Документ подписан простой электронной подписью
Информация о владельце:
ФИО: Саидов Заурбек Алиевич
Должность: Ректор
Дата подписания: 30.06.2025 13:49:34
Уникальный программный ключ:
2e8339f3ca5e6a5b4531845a12d1bb5d1821f0ab

МИНИСТЕРСТВО НАУКИ И ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования
«Чеченский государственный университет
имени Ахмата Абдулхамидовича Кадырова»

Медицинский институт
Кафедра нормальной и топографической анатомии с оперативной хирургией

МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ИЗУЧЕНИЮ УЧЕБНОЙ ДИСЦИПЛИНЫ «Топографическая анатомия и оперативная хирургия»

Код направления подготовки (специальности)	31.05.01
Направление подготовки (специальности)	Лечебное дело
Квалификация выпускника	Врач- лечебник
Форма обучения	Очная

Грозный

СОДЕРЖАНИЕ

1. Методические основы по организации самостоятельной работы обучающихся.
2. Методические рекомендации для организации и проведения практических занятий.
3. Методические рекомендации по выполнению рефератов.
4. Методические рекомендации по подготовке и созданию презентаций.
5. Организация самостоятельной работы обучающихся при подготовке к текущей, промежуточной аттестациям.
6. Методические материалы по самостоятельной работе обучающегося при прохождении производственной практики

1. Методические основы по организации самостоятельной работы обучающихся

Самостоятельная работа по дисциплинам является обязательным элементом федеральных государственных образовательных стандартов по программам высшего образования.

Самостоятельная работа обучающегося – организационная форма обучения - система педагогических условий, обеспечивающих управление учебной деятельностью обучающихся по освоению знаний и умений в учебной и научной деятельности без посторонней помощи.

Самостоятельная работа обучающихся является специфическим педагогическим средством организации и сопровождения самостоятельной деятельности обучающихся в учебном процессе.

Цели

К целям самостоятельной работы относится:

— формирование способностей у обучающегося к саморазвитию, самосовершенствованию и самореализации;

— развитие исследовательских умений.

— фиксирование и систематизирование полученных теоретических познаний и практического опыта; формирование умений использовать научную, правовую, справочную и специальную литературу;

— развитие познавательных способностей и инициативности обучающихся, ответственность, организованность, стремление к саморазвитию; формирование умения правильно пользоваться полученным ранее материалом, собранным в процессе самостоятельного наблюдения, выполнения заданий различного характера.

Формы самостоятельной работы

При обучении используются следующие виды и формы самостоятельной работы:

— подготовка к практическим занятиям;

— подготовка и написание рефератов; - подготовка докладов на заданные темы рефератов, либо выбранные по заданному направлению;

— изучение и систематизация нормативно-правовых документов, регламентирующих деятельность в сфере обращения лекарственных средств в части организационно-управленческих вопросов с использованием информационно-справочных систем «Консультант Плюс», «Консультант врача», компьютерной сети «Интернет»;

— изучение учебной, научной и методической литературы, материалов периодической литературы с использованием электронных библиотечных систем, официальных статистических данных, научной периодики; - создание презентации;

— подготовка к устному опросу, к дискуссии;

— тестирование;

— решение ситуационных задач;

— подготовка к текущей, промежуточной аттестации и т.д.

Контроль результатов внеаудиторной самостоятельной работы преподаватель осуществляет в начале каждого семинарского/практического занятия.

Контроль результатов аудиторной самостоятельной работы осуществляется в пределах времени, отведенного на практические занятия по дисциплине. В зависимости от сложности познавательной деятельности при изучении дисциплин используется три уровня самостоятельной работы:

— репродуктивная самостоятельная работа, которая включает изучение основной и дополнительной рекомендованной литературы, изучение методических рекомендаций к занятию, решение типовых задач, ситуаций;

— реконструктивная самостоятельная работа включает в себя подготовку к презентациям, сообщениям по заданной теме, решение профессиональных задач, моделирование профессиональной деятельности;

— творческая самостоятельная работа включает анализ, обобщение и систематизацию научных и нормативно-правовых документов, самостоятельное составление ситуаций, задач, проектов, составление выступлений по проблемам профессиональной деятельности.
Контроль результатов внеаудиторной самостоятельной работы преподаватель осуществляет на семинарском/практическом занятии.
Самостоятельная работа начинается с изучения рабочей программы дисциплины, отражена в рабочих программах дисциплин.
Для конспектирования лекционного материала, а также выполнения семинарских/практических работ требуются рабочие тетради.
Самостоятельная работа обучающегося подразделяется на аудиторную и внеаудиторную самостоятельную работу
Аудиторная самостоятельная работа по дисциплинам выполняется на учебных занятиях (семинарские или практические) под непосредственным руководством преподавателя и по его заданию.
Основными видами аудиторной самостоятельной работы являются:
— выполнение практических работ;
— работа с нормативно-правовыми документами в области обращения лекарственных средств;
— решение ситуационных/симуляционных задач;
— презентация результатов научно-исследовательской работы по заданным темам
Выполнение практических работ осуществляется на семинарских/практических занятиях в соответствии с графиком учебного процесса и расписанием занятий.
Работа с основной, дополнительной литературой, эмпирическими и статистическими данными, как правило, основана на изучении документов и данных, их обобщении и представлении.
Решение ситуационных задач используется на семинарских/практических занятиях. Проблемная/ситуационная задача должна иметь четкую формулировку, к ней должны быть поставлены вопросы, ответы на которые необходимо найти и обосновать.
Критерии для оценки каждого вида аудиторной самостоятельной работы обучающегося разрабатываются преподавателем для конкретной дисциплины /цикла из предложенного перечня критериев оценки результатов аудиторной самостоятельной работы:
— уровень освоения учебного материала;
— умение использовать теоретические знания при выполнении лабораторных, практических, ситуационных, симуляционных задач;
— сформированность заявленных умений по теме аудиторного занятия;
— обоснованность и четкость изложения ответов;
— оформление материала в соответствии с требованиями, заявленными в задании;
— уровень самостоятельности обучающегося при выполнении аудиторной самостоятельной работы.
Внеаудиторная самостоятельная работа является элементом каждой темы дисциплин.
Планирование времени, необходимого на внеаудиторное самостоятельное изучение дисциплин, обучающие должны осуществлять весь семестр, предусматривая при этом регулярное повторение материала.
Материал, законспектированный на лекциях, необходимо регулярно прорабатывать и дополнять сведениями из других источников литературы, представленных не только в программах дисциплин, но и в периодических профильных научных изданиях, материалах конференций.
При изучении дисциплин сначала необходимо по каждой теме прочитать рекомендованную литературу и составить краткий конспект основных положений, терминов, сведений, требующих запоминания и являющихся основополагающими в этой теме для освоения последующих тем курса. Для расширения знания по дисциплине

рекомендуется использовать Интернет-ресурсы; проводить поиски в различных системах и использовать материалы сайтов, рекомендованных преподавателем.
При выполнении самостоятельной работы по написанию реферата необходимо: прочитать теоретический материал в рекомендованной литературе, периодических изданиях, на Интернет-сайтах; творчески переработать изученный материал и представить его для отчета в форме реферата, проиллюстрировав схемами, диаграммами, фотографиями и рисунками.
Тексты докладов и рефератов должны быть изложены внятно, простым и ясным языком.
Для обеспечения внеаудиторной самостоятельной работы по каждой теме дисциплин/блоку разработаны:
а) перечень основной и дополнительной литературы;
б) вопросы для самоконтроля.
При выполнении внеаудиторной самостоятельной работы обучающийся имеет право обращаться к преподавателю за консультацией с целью уточнения задания, формы контроля выполненного задания.
Контроль результатов внеаудиторной самостоятельной работы отражается в индивидуальном плане после выполнения внеаудиторной самостоятельной работы.
Критерии оценки внеаудиторной работы формируются преподавателем самостоятельно для каждого вида работы. Основными критериями оценки внеаудиторной работы обучающегося выступают:
- уровень освоения материала;
- уровень умения использовать теоретические знания при выполнении заданий, решении ситуационных задач;
- обоснованность и четкость изложения ответов,
- результаты тестирования по шкале оценок;
- уровень умения использовать электронные образовательные ресурсы;
- умение четко формулировать проблему, предложив ее решение, критическая оценка последствий решения;
- уровень умения сформулировать собственную позицию и аргументировать ее.

Качество выполнения внеаудиторной самостоятельной работы оценивается посредством текущего контроля самостоятельной работы обучающегося. Текущий контроль представляет собой форму планомерного контроля качества и объема осваиваемых компетенций в процессе изучения конкретной дисциплины, проводится на семинарских/практических занятиях и во время индивидуальной работы преподавателя с обучающимися.

Шкала оценивания внеаудиторной самостоятельной работы:
Зачтено – задание выполнено полно и правильно, изложено в правильных нормативных формулировках с использованием точного понятийного аппарата, с использованием рекомендованных источников литературы, продемонстрировано умение формулировать проблему, предложены пути ее решения, проведена критическая оценка последствий такого решения, а также умение формулировать собственную позицию и аргументировать ее.
Не зачтено – обучающийся не выполнил задание либо выполнил не в полном объеме, демонстрирует несформированность понятийного аппарата по теме, отсутствие умения формулировать проблему, обобщать материал, не может аргументировать свой ответ.

2. Методические рекомендации для организации и проведения практических занятий

Практическое занятие - вид учебных занятий, при котором в результате предварительной работы над учебным материалом преподавателя и студента, в обстановке их контактной работы в аудитории решаются задачи познавательного и воспитательного характера.
Цель такой формы обучения – углубленное изучение дисциплины, закрепление полученного теоретического материала в форме внеаудиторной самостоятельной работы, овладение методологией научного познания и формирования базовых умений. Немаловажным преимуществом практических занятий является и формирование навыков профессиональной дискуссии.
Задачи практических занятий:
- мотивация к регулярному изучению теоретического учебного материала, основной, дополнительной литературы;
- закрепление теоретических знаний, полученных при прослушивании лекций и во время внеаудиторной самостоятельной работы;
- получение навыков устного и публичного выступления по теоретическим вопросам, включая навыки по свободному оперированию организационными и управленческими понятиями и категориями;
- формирование навыков по универсальным и профессиональным компетенциям;
- возможность преподавателю систематически контролировать как самостоятельную работу студента, так и свою работу.

Практические занятия проводятся по плану.
Каждая тема практического занятия, как правило, включает: цель занятия, перечень основных и дополнительных источников литературы, вопросы к устному обсуждению на занятии, ситуационные задачи и перечень заданий, которые обучающиеся самостоятельно должны решить на практическом занятии.
Каждое практическое занятие посвящено, как правило, изучению нескольких компетенций и включает три основных этапа.
Первый этап - устный опрос по заранее сформулированным вопросам либо представление докладов/презентаций, подготовленных в рамках внеаудиторной самостоятельной работы по заранее сформулированным требованиям. Важнейшей частью этапа, является обсуждение представленных докладов/презентаций. Цель преподавателя – организовать обмен мнениями, дискуссию в группе, скорректировать уровень подготовленности студентов.
Одним из возможных элементов первого этапа является решение ситуационных задач, которые максимально приближены к профессиональной деятельности.
Требования к ответам обучающихся – самостоятельность в подборе фактического материала и аналитическом отношении к нему, умение рассматривать примеры и факты во взаимосвязи и взаимообусловленности, отбирать наиболее существенные из них.
Для оценивания первого (теоретического) этапа занятия используются знания, умения, владения, которые заявлены на каждое занятие:
1) знание учебного материала и владение понятийным аппаратом по теме занятия;
2) умение связывать теорию с практикой;
3) умение иллюстрировать ответ примерами, фактами, данными научных исследований;
4) умение применять теоретические знания при решении ситуационных задач.

Второй этап – аудиторное самостоятельное выполнение семинарских /практических заданий, которые обучающийся выполняет индивидуально либо в группе, если такое предусмотрено заданием.
В процессе выполнения самостоятельной аудиторной работы обучающийся имеет право на получение индивидуальных консультаций у преподавателя.
По окончании выполнения аудиторной самостоятельной работы обучающийся сдает отчет о выполнении самостоятельных лабораторных заданий преподавателю, который оценивается по шкале «зачет/незачет».
Критерии оценивания практического занятия осуществляются по следующим критериям:

1. своевременное выполнение внеаудиторной самостоятельной работы по изучаемой теме;
2. демонстрируемый обучающимся уровень усвоения заявленной к освоению компетенции (знания, умения, навыки);
— хорошее знание и уверенное владение на занятии теоретическим содержанием учебного материала;
— адекватное применение теоретического материала к решению ситуационных задач, заданий для аудиторной самостоятельной работы;
— умение аргументировать свои решения, развернуто отвечать на дополнительные вопросы преподавателя.
3. Соблюдение организационных и дисциплинарных требований, предъявляемых к обучающемуся на семинарских/практических занятиях: аккуратный внешний вид, соблюдение дисциплины на занятиях, полнота и своевременность представления выполненных заданий в полном объеме (не позднее даты окончания занятия и в полном соответствии с предъявляемыми к их содержанию и качеству оформления).
Третий этап – заключительный. Преподаватель дает общую оценку уровня подготовленности обучаемых к практическим занятиям, характеризует активность каждого обучающегося на занятии и озвучивает оценки каждому обучающемуся с их обоснованием.

Шкала оценивания осуществляется по четырехбалльной шкале (таблица 2)

Критерии оценивания лабораторного/практического занятия	Шкала оценок
Полное соответствие работы обучающегося требованиям. Обучающийся демонстрирует уверенные знания, способен творчески решать поставленные задачи, самостоятельно демонстрирует умения, обладает некоторыми навыками. Обучающийся успешно выполнил внеаудиторную самостоятельную работу, демонстрирует глубокое теоретическое знание по изучаемой теме, умение его применять на практике (в установленный срок сдал протоколы занятия/представил и защитил доклады/презентации и др.).	Отлично
Работа обучающегося содержит неполное соответствие требованиям. Обучающийся демонстрирует хорошее знание материала, способен творчески решать поставленные задачи, демонстрирует базовые умения. Обучающийся выполнил внеаудиторную самостоятельную работу, продемонстрировал знание учебного материала, содержатся отдельные пробелы в умении применить полученные теоретические знании к решению ситуационных задач .	Хорошо
Работа обучающегося содержит неполное соответствие требованиям. Обучающийся демонстрирует знание базового материала, способен решать поставленные задачи под руководством преподавателя, освоил базовые умения. Успешно выполнил внеаудиторную самостоятельную работу, продемонстрировал знание учебного материала, но затрудняется интерпретировать его практически.	Удовлетвори тельно
Работа не соответствует требованиям.	Неудовлетво рительно

3. Методические рекомендации по организации и выполнению рефератов
Реферат предусматривает углубленное изучение дисциплины, способствует развитию навыков самостоятельной работы с литературными источниками.
Реферат – краткое изложение в письменном виде содержания научного труда по предоставленной теме. Это самостоятельная научноисследовательская работа, где

обучающийся раскрывает суть исследуемой проблемы с элементами анализа по теме реферата. Приводит различные точки зрения, а также собственные взгляды на проблемы темы реферата.
Содержание реферата должно быть логичным, изложение материала носить проблемно-тематический характер.
Объем реферата может колебаться в пределах 15-20 печатных страниц.
Основные разделы: оглавление (план), введение, основное содержание, заключение, список литературы.
Текст реферата должен содержать следующие разделы:
— титульный лист реферата (приложение 2);
— ведение, актуальность темы.
— основной раздел.
— заключение
— список литературных источников
Список литературных источников- библиографическое описание используемых источников литературы, в том числе и интернет-источников, оформленное по ГОСТ 7.1 – 2003; 7.80 – 2000; должен иметь не менее 10 библиографических названий, включая сетевые ресурсы.
Текстовая часть реферата оформляется на листе следующего формата:
— отступ сверху – 2 см;
— отступ слева – 3 см;
— отступ справа – 1,5 см;
— отступ снизу – 2,5 см;
— шрифт текста: Times New Roman, высота шрифта – 14, пробел – 1,5;
— нумерация страниц – снизу листа. На первой странице номер не ставится.
Реферат должен быть выполнен грамотно с соблюдением культуры изложения. Обязательно должны иметься ссылки на используемую литературу, включая периодическую литературу за последние 5 лет.
Критерии оценки реферата:
— актуальность темы исследования;
— соответствие содержания теме;
— глубина проработки материала;
— правильность и полнота разработки темы;
— значимость выводов для дальнейшей практической деятельности;
— правильность и полнота использования литературы;
— соответствие оформления реферата стандарту;
— качество сообщения и ответов на вопросы при защите реферата.
Практическое занятие по защите рефератов может проводиться в качестве «круглого стола» в форме представления докладов, посвященных теме занятия, по следующим этапам:
Этап 1. Каждый обучающийся представляет собственный доклад (обязательно использование презентации) по выбранной теме. Доклад 5-7 минут. Обсуждение доклада, вопросы – 2-3 минуты.
Этап 2. Оценка докладов и презентаций, представленных в группе (таблица 3).

Таблица 3 - Шкала оценки докладов на практическом занятии

Критерии оценки	Шкала оценок
1. Доклад четко выстроен, сопровождается презентацией, отражающей проблематику доклада, имеет четкие выводы, полностью характеризующие работу. Автор отлично ориентируется в материале и	Отлично

отвечает на все вопросы, владеет специальной терминологией. 2. Обучающийся активно участвует в обсуждении докладов других обучающихся из группы	
1. Доклад структурирован, презентация не отражает в полной мере содержание доклада, допущены неточности, выводы нечеткие. Автор затрудняется ответить на вопросы, слабо использует специальную терминологию. 2. Обучающийся участвует в обсуждении докладов других обучающихся из группы	Хорошо
1. Доклад структурирован, содержание не полностью раскрывает цель доклада, отсутствует презентация. 2. Обучающийся пассивен при обсуждении докладов других обучающихся из группы	Удовлетвори тельно
1. Доклад не структурирован/отсутствует, презентация отсутствует. Автор не владеет материалом. 2. Обучающийся не участвует в обсуждении докладов.	Неудовлетво рительно

4. Методические рекомендации по подготовке и созданию презентаций

Создание материалов-презентаций — это вид самостоятельной работы обучающихся по созданию наглядных информационных пособий, выполненных с помощью мультимедийной компьютерной программы PowerPoint.

Этот вид работы требует координации навыков обучающегося по сбору, систематизации, переработке информации, оформления ее в виде подборки материалов, кратко отражающих основные вопросы изучаемой темы, в электронном виде. Создание презентаций расширяет методы и средства обработки и представления учебной информации, формирует у обучающихся навыки работы на компьютере.

Презентации готовятся обучающимся в виде слайдов с использованием программы Microsoft PowerPoint.

Обучающийся при подготовке презентации должен выполнить следующий комплекс взаимосвязанных видов самостоятельной работы:

— изучить материалы темы, выделяя главное и второстепенное;

— установить логическую связь между элементами темы;

— представить характеристику элементов в краткой форме;

— выбрать опорные сигналы для акцентирования главной информации и отобразить в структуре работы;

— оформить презентацию в соответствии с рекомендациями (таблица 4), разместить ее в электронной образованной среде университета, к установленному сроку либо представить на практическое/лабораторное занятие.

Таблица 4 - Методические рекомендации по оформлению презентации

Критерии оценки	Шкала оценок
1. Стиль	1.1 Соблюдайте единый стиль оформления. 1.2 Избегайте стилей, которые будут отвлекать от самой презентации. 1.3 Вспомогательная информация не должны преобладать над основной информацией (текст, рисунки).
2. Фон	Для фона предпочтительнее использовать более холодные тона (синий или зеленый).
3. Использование цвета	3.1 На одном слайде рекомендуется использовать не более трех цветов: один для фона, один для заголовков, один для текста. для фона и текста используйте контрастные цвета. 3.2. Обратите особое внимание на цвет гиперссылок (до и после

	использования).
4 Текст/ представление информации	4.1 Используйте короткие слова и предложения. 4.2. Минимизируйте количество предлогов, наречий, прилагательных. 4.3.Заголовки должны привлекать внимание аудитории. 4.4 Предпочтительно горизонтальное расположение информации. 4.5 Наиболее важная информация должна располагаться в центре экрана. Если на слайде располагается картинка, надпись должна располагаться под ней. 4.6 Наибольшая эффективность достигается тогда, когда ключевые пункты отображаются по одному на каждом отдельном слайде.
5.Шрифты	5.1 Для заголовков не менее 24 5.2 Для информации- не менее 18. 5.3Шрифты без засечек легче читать с большого расстояния. 5.4.Нельзя смешивать разные типы шрифтов в одном тексте 5.5.Для выделения информации следует использовать жирный шрифт, курсив или подчеркивание. 5.6 Нельзя злоупотреблять прописными буквами (они читаются хуже строчных букв).
6.Анимационные эффекты	Возможности компьютерной анимации для оформления презентации необходимо использовать умерено, они не должны отвлекать внимание от содержания информации на слайде.

Критерии оценивания презентаций:

— соответствие содержания теме;

— правильная структурированность информации;

— наличие логической связи изложенной информации;

— эстетичность оформления, его соответствие требованиям;

— презентация выполнена и представлена в срок.

Шкала оценивания презентаций разрабатывается преподавателем и доводится до сведения обучающихся вместе с заданием.

Оценка «Отлично»:

презентация отличается целостностью, логичностью и оригинальностью. Оформление логично, эстетично, не противоречит содержанию доклада. Информация структурирована. Иллюстрации презентации соответствуют содержанию, дополняют информацию о раскрываемой проблеме. Текст доклада, сопровождающего презентацию, излагается обучающимся самостоятельно, с незначительной опорой на печатный текст. Ответы на вопросы преподавателя и аудитории четкие, аргументированные, сопровождаются ссылкой на факты и примеры.

Оценка «Хорошо»:

презентация характеризуется целостностью, логической завершенностью, с незначительными недочетами в логике изложения материала. Оформление эстетично, логично, структурировано. Текст доклада излагается с преимущественной опорой на текст. Ответы на дополнительные и уточняющие вопросы не вносят ясности, преимущественно повторяют содержание презентации.

Оценка «Удовлетворительно»:

презентация характеризуется отсутствием единого стиля в оформлении, ввиду чего информация тяжело воспринимается аудиторией. Сведения, излагаемые обучающимся разрозненные, плохо структурированы и аргументированы. Текст доклада

преимущественно зачитывается, обучающимся допускаются неточности и ошибки в изложении материала. Ответы на дополнительные вопросы затруднительны.
Оценка «Неудовлетворительно»:
оформление презентации не соответствует заявленным требованиям. Работа характеризуется отсутствием единого стиля. Обучающийся представляет разрозненные сведения, которые слабо коррелируют с заявленной темой исследования, текст доклада зачитывается, обучающимся часто допускаются ошибки в изложении материала, допускаются ошибки в использовании научной и профессиональной терминологии. Ответы на дополнительные вопросы обучающийся не дает.

5. Организация самостоятельной работы обучающего при подготовке к текущей, промежуточной аттестациям

Текущий контроль осуществляется систематически с целью установления уровня овладения заявленными в рабочей программе дисциплины/практики компетенциями при изучении. В течение года в соответствии с программой дисциплины проводятся текущие аттестации. Форма проведения текущей аттестации (письменное / устное собеседование, тестирование, решение ситуационных задач, защита реферата) определяется руководителем курса и доводится до обучающихся. Вопросы по текущей аттестации доводятся до сведения обучающихся не позднее 3 дней до проведения аттестации.
Подготовка к промежуточной аттестации предполагает систематизацию обучающимся усвоенных в ходе обучения по дисциплинам профессиональных знаний и умений. Программа промежуточной аттестации экзамена имеет обобщающий характер и ориентирует обучающегося в процессе подготовки к нему на актуализацию знаний, умений и навыков, отражающих наиболее существенные компоненты содержания дисциплин, закрепление в профессиональном сознании комплексного и целостного знания.
Подготовка к промежуточной аттестации является формой самостоятельной работы обучающегося. Ее эффективной организации будут способствовать рекомендованные перечни основной и дополнительной литературы, информационных и электронно-образовательных ресурсов, а также список вопросов, которые составляют основу для итогового анализа профессиональной компетентности обучающегося и оценки ее соответствия требованиям ФГОС по компетенциям, закрепленным за дисциплинами. Ориентируясь в перечнях основной и дополнительной литературы, обучающийся может выбрать из них как основополагающие источники, так и те, которые позволят углубить и расширить знания по актуальным проблемам специальностей, систематизировать их и отразить в комплексе.
В ходе подготовки к промежуточной аттестации рекомендуется составлять развернутый план ответа на вопрос программы экзамена, что обеспечит логическую последовательность изложения материала. Продумывая структуру ответа, необходимо: во-первых, уделить внимание раскрытию теоретической сущности явления или понятий, обозначенных в контрольно-измерительном материале, во-вторых, осветить содержание и закономерности рассматриваемых явлений, отразить состояние их изученности в современной медицине. Обучающийся должен продемонстрировать на промежуточной аттестации владение категориальным аппаратом дисциплин, показать умение использовать знания, полученные при изучении дисциплин для анализа современных тенденций в медицине, применять их для решения профессиональных задач врачей по специальностям.
В ходе подготовки к промежуточной аттестации обучающемуся рекомендуется использовать весь набор методов и средств современных информационных технологий для изучения содержания отечественной и зарубежной литературы по дисциплине, анализа и оценки ее текущего состояния и перспектив развития.

При подготовке к промежуточной аттестации рекомендуется активно применять следующие образовательные и профессионально-ориентированные технологии:
– информационные технологии – компьютерные технологии, в том числе доступ в Интернет (для получения учебной и учебно-методической информации, представленной в научных электронных журналах и на сайтах библиотек);
– информационно-коммуникационные технологии.
Оценка знаний, умений и навыков, характеризующая этапы формирования компетенций в рамках изучения дисциплины осуществляется в ходе текущей и промежуточной аттестаций.
Форма проведения текущей/ промежуточной аттестации определяется рабочей программой дисциплины. Оценивание компетенций, вынесенных на промежуточную аттестацию в форме экзамена, осуществляется по четырехбалльной шкале:
оценка «отлично» - 5 баллов
оценка «хорошо» - 4 балла
оценка «удовлетворительно» - 3 балла
оценка «неудовлетворительно» - 2 балла.
При сдаче промежуточной аттестации в форме зачета:
«зачтено» - 3-5 баллов или «не зачтено» - 2 балла.

6. Методические материалы по самостоятельной работе обучающегося при прохождении производственной(клинической) практики

Производственная (клиническая) практика составлена по модулям – дисциплинам и проводится в форме контактной и самостоятельной работы обучающегося.
Контактная работа предусматривает работу руководителя практики с обучающимся в форме индивидуальных/групповых консультаций.
К самостоятельной работе по практикам относятся следующие виды работ обучающегося:
- ознакомление с нормативно-правовым обеспечением практик, включая программы практик;
- изучение законодательной и нормативно-правовой обеспеченности профессиональной деятельности в сфере обращения лекарственных средств в предметной области практики;
- выполнение заданий, заполнение отчета о прохождении практики;
- подготовка к промежуточной аттестации по итогам практики.
По окончании практики обучающийся оформляет отчёт. Материал для составления отчета собирается и накапливается с первого дня практики. Отчет должен содержать самоанализ выполненной работы обучающимся.
Во время прохождения практики необходимо выполнение следующих условий:
- Явиться на установочное собрание, проводимое руководителем практики и получить пакет документов в учебно-методическом отделе.
- В первый день практики прийти на базу к 8 часам утра, и представиться общему руководителю.
- Быть одетым строго по форме и следить за ее чистотой. Иметь сменную обувь.
- Работать строго по графику. Пропущенные дни, даже по уважительной причине, отрабатываются в дополнительное время.
- Ознакомиться с документацией структурных подразделений (поликлиника, стационар, приемный покой, в отделениях - процедурные кабинеты, пост и т.д.).
- Активно участвовать в общественной жизни структурных подразделений, а также в санитарно-просветительной работе.
- Бережно относиться к имуществу лечебно-профилактических учреждений.
- Быть дисциплинированными, спокойными и вежливыми в обращении с товарищами по работе, с больными и их родственниками, в отделениях соблюдать тишину и порядок.

- Ежедневно и аккуратно вести отчет, заполнять листы обязательных манипуляций. Критерии оценки промежуточной аттестации по производственной (клинической) практике представлены в Таблице 6.

Таблица 6 – Критерии оценки промежуточной аттестации по производственной практике

Критерии оценки	Шкала оценок
Обучающийся предоставил оформленный соответствующим образом, отчет и отзыв с положительной характеристикой руководителя практики; продемонстрировал систематические знания по контролируемым компетенциям; владеет способностью и готовностью применять знания, умения и навыки для решения профессиональных задач на практике; в ответе присутствует четкая структура, логическая последовательность, современная профессиональная терминология; ответ обоснован нормативной документацией и конкретными примерами из производственной практики.	Зачтено
Обучающийся предоставил неполный перечень отчетной документации; демонстрирует полное отсутствие или фрагментарные знания, умения и навыки по контролируемой компетенции и неспособность применять их на практике для решения профессиональных задач; не в состоянии обосновать свой ответ нормативной документацией и примерами из производственной практики; дополнительные и уточняющие вопросы преподавателя не приводят к коррекции ответа	Не зачтено

МИНИСТЕРСТВО НАУКИ И ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования
«Чеченский государственный университет
имени Ахмата Абдулхамидовича Кадырова»
Медицинский институт
Кафедра факультетской хирургии

МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ИЗУЧЕНИЮ УЧЕБНОЙ ДИСЦИПЛИНЫ «Травматология, ортопедия»

Код направления подготовки (специальности)	31.05.01
Направление подготовки (специальности)	Лечебное дело
Квалификация выпускника	Врач- лечебник
Форма обучения	Очная

Грозный 2025

СОДЕРЖАНИЕ

1. Методические основы по организации самостоятельной работы обучающихся.
2. Методические рекомендации для организации и проведения практических занятий.
3. Методические рекомендации по выполнению рефератов.
4. Методические рекомендации по подготовке и созданию презентаций.
5. Организация самостоятельной работы обучающихся при подготовке к текущей, промежуточной аттестациям.
6. Методические материалы по самостоятельной работе обучающегося при прохождении производственной практики

1. Методические основы по организации самостоятельной работы обучающихся

Самостоятельная работа по дисциплинам является обязательным элементом федеральных государственных образовательных стандартов по программам высшего образования.

Самостоятельная работа обучающегося – организационная форма обучения - система педагогических условий, обеспечивающих управление учебной деятельностью обучающихся по освоению знаний и умений в учебной и научной деятельности без посторонней помощи.

Самостоятельная работа обучающихся является специфическим педагогическим средством организации и сопровождения самостоятельной деятельности обучающихся в учебном процессе.

Цели

К целям самостоятельной работы относится:

− формирование способностей у обучающегося к саморазвитию, самосовершенствованию и самореализации;

− развитие исследовательских умений.

− фиксирование и систематизирование полученных теоретических познаний и практического опыта; формирование умений использовать научную, правовую, справочную и специальную литературу;

− развитие познавательных способностей и инициативности обучающихся, ответственность, организованность, стремление к саморазвитию; формирование умения правильно пользоваться полученным ранее материалом, собранным в процессе самостоятельного наблюдения, выполнения заданий различного характера.

Формы самостоятельной работы

При обучении используются следующие виды и формы самостоятельной работы:

− подготовка к практическим занятиям;

− подготовка и написание рефератов; - подготовка докладов на заданные темы рефератов, либо выбранные по заданному направлению;

− изучение и систематизация нормативно-правовых документов, регламентирующих деятельность в сфере обращения лекарственных средств в части организационно-управленческих вопросов с использованием информационно-справочных систем «Консультант Плюс», «Консультант врача», компьютерной сети «Интернет»;

− изучение учебной, научной и методической литературы, материалов периодической литературы с использованием электронных библиотечных систем, официальных статистических данных, научной периодики; - создание презентации;

− подготовка к устному опросу, к дискуссии;

− тестирование;

− решение ситуационных задач;

− подготовка к текущей, промежуточной аттестации и т.д.

Контроль результатов внеаудиторной самостоятельной работы преподаватель осуществляет в начале каждого семинарского/практического занятия.

Контроль результатов аудиторной самостоятельной работы осуществляется в пределах времени, отведенного на практические занятия по дисциплине. В зависимости от сложности познавательной деятельности при изучении дисциплин используется три уровня самостоятельной работы:

− репродуктивная самостоятельная работа, которая включает изучение основной и дополнительной рекомендованной литературы, изучение методических рекомендаций к занятию, решение типовых задач, ситуаций;

− реконструктивная самостоятельная работа включает в себя подготовку к презентациям, сообщениям по заданной теме, решение профессиональных задач, моделирование профессиональной деятельности;

− творческая самостоятельная работа включает анализ, обобщение и систематизацию научных и нормативно-правовых документов, самостоятельное составление ситуаций, задач, проектов, составление выступлений по проблемам профессиональной деятельности. Контроль результатов внеаудиторной самостоятельной работы преподаватель осуществляет на семинарском/практическом занятии.

Самостоятельная работа начинается с изучения рабочей программы дисциплины, отражена в рабочих программах дисциплин.

Для конспектирования лекционного материала, а также выполнения семинарских/практических работ требуются рабочие тетради.

Самостоятельная работа обучающегося подразделяется на аудиторную и внеаудиторную самостоятельную работу

Аудиторная самостоятельная работа по дисциплинам выполняется на учебных занятиях (семинарские или практические) под непосредственным руководством преподавателя и по его заданию.

Основными видами аудиторной самостоятельной работы являются:

− выполнение практических работ;

− работа с нормативно-правовыми документами в области обращения лекарственных средств;

− решение ситуационных/симуляционных задач;

− презентация результатов научно-исследовательской работы по заданным темам

Выполнение практических работ осуществляется на семинарских/практических занятиях в соответствии с графиком учебного процесса и расписанием занятий.

Работа с основной, дополнительной литературой, эмпирическими и статистическими данными, как правило, основана на изучении документов и данных, их обобщении и представлении.

Решение ситуационных задач используется на семинарских/практических занятиях. Проблемная/ситуационная задача должна иметь четкую формулировку, к ней должны быть поставлены вопросы, ответы на которые необходимо найти и обосновать.

Критерии для оценки каждого вида аудиторной самостоятельной работы обучающегося разрабатываются преподавателем для конкретной дисциплины /цикла из предложенного перечня критериев оценки результатов аудиторной самостоятельной работы:

− уровень освоения учебного материала;

− умение использовать теоретические знания при выполнении лабораторных, практических, ситуационных, симуляционных задач;

− сформированность заявленных умений по теме аудиторного занятия;

− обоснованность и четкость изложения ответов;

− оформление материала в соответствии с требованиями, заявленными в задании;

− уровень самостоятельности обучающегося при выполнении аудиторной самостоятельной работы.

Внеаудиторная самостоятельная работа является элементом каждой темы дисциплин.

Планирование времени, необходимого на внеаудиторное самостоятельное изучение дисциплин, обучающие должны осуществлять весь семестр, предусматривая при этом регулярное повторение материала.

Материал, законспектированный на лекциях, необходимо регулярно прорабатывать и дополнять сведениями из других источников литературы, представленных не только в программах дисциплин, но и в периодических профильных научных изданиях, материалах конференций.

При изучении дисциплин сначала необходимо по каждой теме прочитать рекомендованную литературу и составить краткий конспект основных положений, терминов, сведений, требующих запоминания и являющихся основополагающими в этой теме для освоения последующих тем курса. Для расширения знания по дисциплине

рекомендуется использовать Интернет-ресурсы; проводить поиски в различных системах и использовать материалы сайтов, рекомендованных преподавателем.
При выполнении самостоятельной работы по написанию реферата необходимо: прочитать теоретический материал в рекомендованной литературе, периодических изданиях, на Интернет-сайтах; творчески переработать изученный материал и представить его для отчета в форме реферата, проиллюстрировав схемами, диаграммами, фотографиями и рисунками.
Тексты докладов и рефератов должны быть изложены внятно, простым и ясным языком.
Для обеспечения внеаудиторной самостоятельной работы по каждой теме дисциплин/блоку разработаны:
а) перечень основной и дополнительной литературы;
б) вопросы для самоконтроля.
При выполнении внеаудиторной самостоятельной работы обучающийся имеет право обращаться к преподавателю за консультацией с целью уточнения задания, формы контроля выполненного задания.
Контроль результатов внеаудиторной самостоятельной работы отражается в индивидуальном плане после выполнения внеаудиторной самостоятельной работы.
Критерии оценки внеаудиторной работы формируются преподавателем самостоятельно для каждого вида работы. Основными критериями оценки внеаудиторной работы обучающегося выступают:
- уровень освоения материала;
- уровень умения использовать теоретические знания при выполнении заданий, решении ситуационных задач;
- обоснованность и четкость изложения ответов,
- результаты тестирования по шкале оценок;
- уровень умения использовать электронные образовательные ресурсы;
- умение четко формулировать проблему, предложив ее решение, критическая оценка последствий решения;
- уровень умения сформулировать собственную позицию и аргументировать ее.

Качество выполнения внеаудиторной самостоятельной работы оценивается посредством текущего контроля самостоятельной работы обучающегося. Текущий контроль представляет собой форму планомерного контроля качества и объема осваиваемых компетенций в процессе изучения конкретной дисциплины, проводится на семинарских/практических занятиях и во время индивидуальной работы преподавателя с обучающимися.

Шкала оценивания внеаудиторной самостоятельной работы:
Зачтено – задание выполнено полно и правильно, изложено в правильных нормативных формулировках с использованием точного понятийного аппарата, с использованием рекомендованных источников литературы, продемонстрировано умение формулировать проблему, предложены пути ее решения, проведена критическая оценка последствий такого решения, а также умение формулировать собственную позицию и аргументировать ее.
Не зачтено – обучающийся не выполнил задание либо выполнил не в полном объеме, демонстрирует несформированность понятийного аппарата по теме, отсутствие умения формулировать проблему, обобщать материал, не может аргументировать свой ответ.

2. Методические рекомендации для организации и проведения практических занятий

Практическое занятие - вид учебных занятий, при котором в результате предварительной работы над учебным материалом преподавателя и студента, в обстановке их контактной работы в аудитории решаются задачи познавательного и воспитательного характера.

Цель такой формы обучения – углубленное изучение дисциплины, закрепление полученного теоретического материала в форме внеаудиторной самостоятельной работы, овладение методологией научного познания и формирования базовых умений. Немаловажным преимуществом практических занятий является и формирование навыков профессиональной дискуссии.

Задачи практических занятий:

− мотивация к регулярному изучению теоретического учебного материала, основной, дополнительной литературы;

− закрепление теоретических знаний, полученных при прослушивании лекций и во время внеаудиторной самостоятельной работы;

− получение навыков устного и публичного выступления по теоретическим вопросам, включая навыки по свободному оперированию организационными и управленческими понятиями и категориями;

− формирование навыков по универсальным и профессиональным компетенциям;

− возможность преподавателю систематически контролировать как самостоятельную работу студента, так и свою работу.

Практические занятия проводятся по плану.

Каждая тема практического занятия, как правило, включает: цель занятия, перечень основных и дополнительных источников литературы, вопросы к устному обсуждению на занятии, ситуационные задачи и перечень заданий, которые обучающиеся самостоятельно должны решить на практическом занятии.

Каждое практическое занятие посвящено, как правило, изучению нескольких компетенций и включает три основных этапа.

Первый этап - устный опрос по заранее сформулированным вопросам либо представление докладов/презентаций, подготовленных в рамках внеаудиторной самостоятельной работы по заранее сформулированным требованиям. Важнейшей частью этапа, является обсуждение представленных докладов/презентаций. Цель преподавателя – организовать обмен мнениями, дискуссию в группе, скорректировать уровень подготовленности студентов.

Одним из возможных элементов первого этапа является решение ситуационных задач, которые максимально приближены к профессиональной деятельности.

Требования к ответам обучающихся – самостоятельность в подборе фактического материала и аналитическом отношении к нему, умение рассматривать примеры и факты во взаимосвязи и взаимообусловленности, отбирать наиболее существенные из них.

Для оценивания первого (теоретического) этапа занятия используются знания, умения, владения, которые заявлены на каждое занятие:

1) знание учебного материала и владение понятийным аппаратом по теме занятия;

2) умение связывать теорию с практикой;

3) умение иллюстрировать ответ примерами, фактами, данными научных исследований;

4) умение применять теоретические знания при решении ситуационных задач.

Второй этап – аудиторное самостоятельное выполнение семинарских /практических заданий, которые обучающийся выполняет индивидуально либо в группе, если такое предусмотрено заданием.

В процессе выполнения самостоятельной аудиторной работы обучающийся имеет право на получение индивидуальных консультаций у преподавателя.

По окончании выполнения аудиторной самостоятельной работы обучающийся сдает отчет о выполнении самостоятельных лабораторных заданий преподавателю, который оценивается по шкале «зачет/незачет».

Критерии оценивания практического занятия осуществляются по следующим критериям:

1. своевременное выполнение внеаудиторной самостоятельной работы по изучаемой теме;

2. демонстрируемый обучающимся уровень усвоения заявленной к освоению компетенции (знания, умения, навыки);

− хорошее знание и уверенное владение на занятии теоретическим содержанием учебного материала;
− адекватное применение теоретического материала к решению ситуационных задач, заданий для аудиторной самостоятельной работы;
− умение аргументировать свои решения, развернуто отвечать на дополнительные вопросы преподавателя.
3. Соблюдение организационных и дисциплинарных требований, предъявляемых к обучающемуся на семинарских/практических занятиях: аккуратный внешний вид, соблюдение дисциплины на занятиях, полнота и своевременность представления выполненных заданий в полном объеме (не позднее даты окончания занятия и в полном соответствии с предъявляемыми к их содержанию и качеству оформления).
Третий этап – заключительный. Преподаватель дает общую оценку уровня подготовленности обучаемых к практическим занятиям, характеризует активность каждого обучающегося на занятии и озвучивает оценки каждому обучающемуся с их обоснованием.

Шкала оценивания осуществляется по четырехбалльной шкале (таблица 2)

Критерии оценивания лабораторного/практического занятия	Шкала оценок
Полное соответствие работы обучающегося требованиям. Обучающийся демонстрирует уверенные знания, способен творчески решать поставленные задачи, самостоятельно демонстрирует умения, обладает некоторыми навыками. Обучающийся успешно выполнил внеаудиторную самостоятельную работу, демонстрирует глубокое теоретическое знание по изучаемой теме, умение его применять на практике (в установленный срок сдал протоколы занятия/представил и защитил доклады/презентации и др.).	Отлично
Работа обучающегося содержит неполное соответствие требованиям. Обучающийся демонстрирует хорошее знание материала, способен творчески решать поставленные задачи, демонстрирует базовые умения. Обучающийся выполнил внеаудиторную самостоятельную работу, продемонстрировал знание учебного материала, содержатся отдельные пробелы в умении применить полученные теоретические знании к решению ситуационных задач .	Хорошо
Работа обучающегося содержит неполное соответствие требованиям. Обучающийся демонстрирует знание базового материала, способен решать поставленные задачи под руководством преподавателя, освоил базовые умения. Успешно выполнил внеаудиторную самостоятельную работу, продемонстрировал знание учебного материала, но затрудняется интерпретировать его практически.	Удовлетвори тельно
Работа не соответствует требованиям.	Неудовлетво рительно

3. Методические рекомендации по организации и выполнению рефератов
Реферат предусматривает углубленное изучение дисциплины, способствует развитию навыков самостоятельной работы с литературными источниками.
Реферат – краткое изложение в письменном виде содержания научного труда по предоставленной теме. Это самостоятельная научноисследовательская работа, где обучающийся раскрывает суть исследуемой проблемы с элементами анализа по теме реферата. Приводит различные точки зрения, а также собственные взгляды на проблемы темы реферата.

Содержание реферата должно быть логичным, изложение материала носить проблемно-тематический характер.
Объем реферата может колебаться в пределах 15-20 печатных страниц.
Основные разделы: оглавление (план), введение, основное содержание, заключение, список литературы.
Текст реферата должен содержать следующие разделы:
- титульный лист реферата (приложение 2);
- ведение, актуальность темы.
- основной раздел.
- заключение
- список литературных источников

Список литературных источников- библиографическое описание используемых источников литературы, в том числе и интернет-источников, оформленное по ГОСТ 7.1 – 2003; 7.80 – 2000; должен иметь не менее 10 библиографических названий, включая сетевые ресурсы.
Текстовая часть реферата оформляется на листе следующего формата:
- отступ сверху – 2 см;
- отступ слева – 3 см;
- отступ справа – 1,5 см;
- отступ снизу – 2,5 см;
- шрифт текста: Times New Roman, высота шрифта – 14, пробел – 1,5;
- нумерация страниц – снизу листа. На первой странице номер не ставится.

Реферат должен быть выполнен грамотно с соблюдением культуры изложения. Обязательно должны иметься ссылки на используемую литературу, включая периодическую литературу за последние 5 лет.
Критерии оценки реферата:
- актуальность темы исследования;
- соответствие содержания теме;
- глубина проработки материала;
- правильность и полнота разработки темы;
- значимость выводов для дальнейшей практической деятельности;
- правильность и полнота использования литературы;
- соответствие оформления реферата стандарту;
- качество сообщения и ответов на вопросы при защите реферата.

Практическое занятие по защите рефератов может проводиться в качестве «круглого стола» в форме представления докладов, посвященных теме занятия, по следующим этапам:
Этап 1. Каждый обучающийся представляет собственный доклад (обязательно использование презентации) по выбранной теме. Доклад 5-7 минут. Обсуждение доклада, вопросы – 2-3 минуты.
Этап 2. Оценка докладов и презентаций, представленных в группе (таблица 3).

Таблица 3 - Шкала оценки докладов на практическом занятии

Критерии оценки	Шкала оценок
1. Доклад четко выстроен, сопровождается презентацией, отражающей проблематику доклада, имеет четкие выводы, полностью характеризующие работу. Автор отлично ориентируется в материале и отвечает на все вопросы, владеет специальной терминологией. 2. Обучающийся активно участвует в обсуждении докладов других обучающихся из группы	Отлично
1. Доклад структурирован, презентация не отражает в полной мере	Хорошо

содержание доклада, допущены неточности, выводы нечеткие. Автор затрудняется ответить на вопросы, слабо использует специальную терминологию. 2. Обучающийся участвует в обсуждении докладов других обучающихся из группы	
1. Доклад структурирован, содержание не полностью раскрывает цель доклада, отсутствует презентация. 2. Обучающийся пассивен при обсуждении докладов других обучающихся из группы	Удовлетвори тельно
1. Доклад не структурирован/отсутствует, презентация отсутствует. Автор не владеет материалом. 2. Обучающийся не участвует в обсуждении докладов.	Неудовлетво рительно

4. Методические рекомендации по подготовке и созданию презентаций

Создание материалов-презентаций — это вид самостоятельной работы обучающихся по созданию наглядных информационных пособий, выполненных с помощью мультимедийной компьютерной программы PowerPoint.

Этот вид работы требует координации навыков обучающегося по сбору, систематизации, переработке информации, оформления ее в виде подборки материалов, кратко отражающих основные вопросы изучаемой темы, в электронном виде. Создание презентаций расширяет методы и средства обработки и представления учебной информации, формирует у обучающихся навыки работы на компьютере.

Презентации готовятся обучающимся в виде слайдов с использованием программы Microsoft PowerPoint.

Обучающийся при подготовке презентации должен выполнить следующий комплекс взаимосвязанных видов самостоятельной работы:

- изучить материалы темы, выделяя главное и второстепенное;
- установить логическую связь между элементами темы;
- представить характеристику элементов в краткой форме;
- выбрать опорные сигналы для акцентирования главной информации и отобразить в структуре работы;
- оформить презентацию в соответствии с рекомендациями (таблица 4), разместить ее в электронной образованной среде университета, к установленному сроку либо представить на практическое/лабораторное занятие.

Таблица 4 - Методические рекомендации по оформлению презентации

Критерии оценки	Шкала оценок
1. Стиль	1.1 Соблюдайте единый стиль оформления. 1.2 Избегайте стилей, которые будут отвлекать от самой презентации. 1.3 Вспомогательная информация не должны преобладать над основной информацией (текст, рисунки).
2. Фон	Для фона предпочтительнее использовать более холодные тона (синий или зеленый).
3. Использование цвета	3.1 На одном слайде рекомендуется использовать не более трех цветов: один для фона, один для заголовков, один для текста. для фона и текста используйте контрастные цвета. 3.2. Обратите особое внимание на цвет гиперссылок (до и после использования).
4 Текст/ представление информации	4.1 Используйте короткие слова и предложения. 4.2. Минимизируйте количество предлогов, наречий, прилагательных.

	4.3.Заголовки должны привлекать внимание аудитории. 4.4 Предпочтительно горизонтальное расположение информации. 4.5 Наиболее важная информация должна располагаться в центре экрана. Если на слайде располагается картинка, надпись должна располагаться под ней. 4.6 Наибольшая эффективность достигается тогда, когда ключевые пункты отображаются по одному на каждом отдельном слайде.
5.Шрифты	5.1 Для заголовков не менее 24 5.2 Для информации- не менее 18. 5.3Шрифты без засечек легче читать с большого расстояния. 5.4.Нельзя смешивать разные типы шрифтов в одном тексте 5.5.Для выделения информации следует использовать жирный шрифт, курсив или подчеркивание. 5.6 Нельзя злоупотреблять прописными буквами (они читаются хуже строчных букв).
6.Анимационные эффекты	Возможности компьютерной анимации для оформления презентации необходимо использовать умерено, они не должны отвлекать внимание от содержания информации на слайде.

Критерии оценивания презентаций:
- соответствие содержания теме;
- правильная структурированность информации;
- наличие логической связи изложенной информации;
- эстетичность оформления, его соответствие требованиям;
- презентация выполнена и представлена в срок.

Шкала оценивания презентаций разрабатывается преподавателем и доводится до сведения обучающихся вместе с заданием.

Оценка «Отлично»:

презентация отличается целостностью, логичностью и оригинальностью. Оформление логично, эстетично, не противоречит содержанию доклада. Информация структурирована. Иллюстрации презентации соответствуют содержанию, дополняют информацию о раскрываемой проблеме. Текст доклада, сопровождающего презентацию, излагается обучающимся самостоятельно, с незначительной опорой на печатный текст. Ответы на вопросы преподавателя и аудитории четкие, аргументированные, сопровождаются ссылкой на факты и примеры.

Оценка «Хорошо»:

презентация характеризуется целостностью, логической завершенностью, с незначительными недочетами в логике изложения материала. Оформление эстетично, логично, структурировано. Текст доклада излагается с преимущественной опорой на текст. Ответы на дополнительные и уточняющие вопросы не вносят ясности, преимущественно повторяют содержание презентации.

Оценка «Удовлетворительно»:

презентация характеризуется отсутствием единого стиля в оформлении, ввиду чего информация тяжело воспринимается аудиторией. Сведения, излагаемые обучающимся разрозненные, плохо структурированы и аргументированы. Текст доклада преимущественно зачитывается, обучающимся допускаются неточности и ошибки в изложении материала. Ответы на дополнительные вопросы затруднительны.

Оценка «Неудовлетворительно»:

оформление презентации не соответствует заявленным требованиям. Работа характеризуется отсутствием единого стиля. Обучающийся представляет разрозненные сведения, которые слабо коррелируют с заявленной темой исследования, текст доклада

зачитывается, обучающимся часто допускаются ошибки в изложении материала, допускаются ошибки в использовании научной и профессиональной терминологии. Ответы на дополнительные вопросы обучающийся не дает.

5. Организация самостоятельной работы обучающего при подготовке к текущей, промежуточной аттестациям

Текущий контроль осуществляется систематически с целью установления уровня овладения заявленными в рабочей программе дисциплины/практики компетенциями при изучении. В течение года в соответствии с программой дисциплины проводятся текущие аттестации. Форма проведения текущей аттестации (письменное / устное собеседование, тестирование, решение ситуационных задач, защита реферата) определяется руководителем курса и доводится до обучающихся. Вопросы по текущей аттестации доводятся до сведения обучающихся не позднее 3 дней до проведения аттестации.

Подготовка к промежуточной аттестации предполагает систематизацию обучающимся усвоенных в ходе обучения по дисциплинам профессиональных знаний и умений. Программа промежуточной аттестации экзамена имеет обобщающий характер и ориентирует обучающегося в процессе подготовки к нему на актуализацию знаний, умений и навыков, отражающих наиболее существенные компоненты содержания дисциплин, закрепление в профессиональном сознании комплексного и целостного знания.

Подготовка к промежуточной аттестации является формой самостоятельной работы обучающегося. Ее эффективной организации будут способствовать рекомендованные перечни основной и дополнительной литературы, информационных и электронно-образовательных ресурсов, а также список вопросов, которые составляют основу для итогового анализа профессиональной компетентности обучающегося и оценки ее соответствия требованиям ФГОС по компетенциям, закрепленным за дисциплинами. Ориентируясь в перечнях основной и дополнительной литературы, обучающийся может выбрать из них как основополагающие источники, так и те, которые позволят углубить и расширить знания по актуальным проблемам специальностей, систематизировать их и отразить в комплексе.

В ходе подготовки к промежуточной аттестации рекомендуется составлять развернутый план ответа на вопрос программы экзамена, что обеспечит логическую последовательность изложения материала. Продумывая структуру ответа, необходимо: во-первых, уделить внимание раскрытию теоретической сущности явления или понятий, обозначенных в контрольно-измерительном материале, во-вторых, осветить содержание и закономерности рассматриваемых явлений, отразить состояние их изученности в современной медицине. Обучающийся должен продемонстрировать на промежуточной аттестации владение категориальным аппаратом дисциплин, показать умение использовать знания, полученные при изучении дисциплин для анализа современных тенденций в медицине, применять их для решения профессиональных задач врачей по специальностям.

В ходе подготовки к промежуточной аттестации обучающемуся рекомендуется использовать весь набор методов и средств современных информационных технологий для изучения содержания отечественной и зарубежной литературы по дисциплине, анализа и оценки ее текущего состояния и перспектив развития.

При подготовке к промежуточной аттестации рекомендуется активно применять следующие образовательные и профессионально-ориентированные технологии:

– информационные технологии – компьютерные технологии, в том числе доступ в Интернет (для получения учебной и учебно-методической информации, представленной в научных электронных журналах и на сайтах библиотек);

– информационно-коммуникационные технологии.

Оценка знаний, умений и навыков, характеризующая этапы формирования компетенций в рамках изучения дисциплины осуществляется в ходе текущей и промежуточной аттестаций.
Форма проведения текущей/ промежуточной аттестации определяется рабочей программой дисциплины. Оценивание компетенций, вынесенных на промежуточную аттестацию в форме экзамена, осуществляется по четырехбалльной шкале:
оценка «отлично» - 5 баллов
оценка «хорошо» - 4 балла
оценка «удовлетворительно» - 3 балла
оценка «неудовлетворительно» - 2 балла.
При сдаче промежуточной аттестации в форме зачета:
«зачтено» - 3-5 баллов или «не зачтено» - 2 балла.

6. Методические материалы по самостоятельной работе обучающегося при прохождении производственной(клинической) практики

Производственная (клиническая) практика составлена по модулям – дисциплинам и проводится в форме контактной и самостоятельной работы обучающегося.
Контактная работа предусматривает работу руководителя практики с обучающимся в форме индивидуальных/групповых консультаций.
К самостоятельной работе по практикам относятся следующие виды работ обучающегося:
- ознакомление с нормативно-правовым обеспечением практик, включая программы практик;
- изучение законодательной и нормативно-правовой обеспеченности профессиональной деятельности в сфере обращения лекарственных средств в предметной области практики;
- выполнение заданий, заполнение отчета о прохождении практики;
- подготовка к промежуточной аттестации по итогам практики.
По окончании практики обучающийся оформляет отчёт. Материал для составления отчета собирается и накапливается с первого дня практики. Отчет должен содержать самоанализ выполненной работы обучающимся.
Во время прохождения практики необходимо выполнение следующих условий:
- Явиться на установочное собрание, проводимое руководителем практики и получить пакет документов в учебно-методическом отделе.
- В первый день практики прийти на базу к 8 часам утра, и представиться общему руководителю.
- Быть одетым строго по форме и следить за ее чистотой. Иметь сменную обувь.
- Работать строго по графику. Пропущенные дни, даже по уважительной причине, отрабатываются в дополнительное время.
- Ознакомиться с документацией структурных подразделений (поликлиника, стационар, приемный покой, в отделениях - процедурные кабинеты, пост и т.д.).
- Активно участвовать в общественной жизни структурных подразделений, а также в санитарно-просветительной работе.
- Бережно относиться к имуществу лечебно-профилактических учреждений.
- Быть дисциплинированными, спокойными и вежливыми в обращении с товарищами по работе, с больными и их родственниками, в отделениях соблюдать тишину и порядок.
- Ежедневно и аккуратно вести отчет, заполнять листы обязательных манипуляций.
Критерии оценки промежуточной аттестации по производственной (клинической) практике представлены в Таблице 6.

Таблица 6 – Критерии оценки промежуточной аттестации по производственной практике

Критерии оценки	Шкала оценок

Обучающийся предоставил оформленный соответствующим образом, отчет и отзыв с положительной характеристикой руководителя практики; продемонстрировал систематические знания по контролируемым компетенциям; владеет способностью и готовностью применять знания, умения и навыки для решения профессиональных задач на практике; в ответе присутствует четкая структура, логическая последовательность, современная профессиональная терминология; ответ обоснован нормативной документацией и конкретными примерами из производственной практики.	Зачтено
Обучающийся предоставил неполный перечень отчетной документации; демонстрирует полное отсутствие или фрагментарные знания, умения и навыки по контролируемой компетенции и неспособность применять их на практике для решения профессиональных задач; не в состоянии обосновать свой ответ нормативной документацией и примерами из производственной практики; дополнительные и уточняющие вопросы преподавателя не приводят к коррекции ответа	Не зачтено

МИНИСТЕРСТВО НАУКИ И ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
Федеральное государственное бюджетное образовательное
учреждение высшего образования
«Чеченский государственный университет
имени Ахмата Абдулхамидовича Кадырова»

МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ
Кафедра факультетской терапии

Методические рекомендации по изучению дисциплины «Факультетская терапия, профессиональные болезни»

Направление подготовки(специальности)	Лечебное дело
Код направленияподготовки (специальности)	31.05.01
Квалификация выпускника	Врач- лечебник
Форма обучения	Очная

Грозный, 2025 г.

СОДЕРЖАНИЕ

1. Общие положения 3
2. Методические рекомендации по изучению дисциплины в процессе аудиторных занятий..... 3
2.1. Рекомендации по подготовке к лекционным занятиям (теоретический курс) 3
2.2. Рекомендации по подготовке к практическим (семинарским) занятиям 3
3. Методические рекомендации по выполнению различных форм самостоятельных заданий 4
3.1. Методические рекомендации по работе с литературой 4
3.2. Методические рекомендации по подготовке научного доклада 4
3.3. Методические рекомендации по подготовке реферата 5

1. Общие положения

Методические указания по освоению дисциплины **«Факультетская терапия, профессиональные болезни»** адресованы студентам очной формы обучения. Учебным планом по направлению подготовки 31.05.01 «Лечебное дело», предусмотрены следующие виды занятий: лекции; практические занятия;

2. Методические рекомендации по изучению дисциплины в процессе аудиторных занятий.

2.1 Рекомендации по подготовке к лекционным занятиям (теоретический курс)

Изучение дисциплины требует систематического и последовательного накопления знаний. Студентам необходимо вести конспект прослушанных лекций. Перед очередной лекцией необходимо просмотреть по конспекту материал предыдущей лекции. При затруднениях в восприятии материала следует обратиться к основным литературным источникам. Если разобраться в материале не удалось, то следует обратиться к лектору (по графику его консультаций) или к преподавателю на практических занятиях.

2.2 Рекомендации по подготовке к практическим (семинарским) занятиям

Студентам следует:

- ознакомиться с заданием к занятию; определить примерный объем работы по подготовке к ним; выделить вопросы и задачи, ответы на которые или выполнение и решение без предварительной подготовки не представляется возможным;
- иметь в виду и то, что в библиотеке учебного заведения не всегда имеются в наличии все рекомендованные источники, их необходимо найти заранее.
- приносить с собой рекомендованную преподавателем литературу к конкретному занятию;
- до очередного практического занятия по рекомендованным литературным источникам проработать теоретический материал, соответствующей темы занятия;
- пользоваться техническими средствами обучения и дидактическими материалами, которыми располагает учебное заведение.
- при подготовке к практическим занятиям следует обязательно использовать не только лекции, учебную литературу, но и нормативно-правовые акты и материалы правоприменительной практики;
- теоретический материал следует соотносить с правовыми нормами, так как в них могут быть внесены изменения, дополнения, которые не всегда отражены в учебной литературе;
- при ответах на вопросы и решения задач необходимо внимательно прочитать их текст и попытаться дать аргументированное объяснение с обязательной ссылкой на соответствующую правовую норму;
- в начале занятий задать преподавателю вопросы по материалу, вызвавшему затруднения в его понимании и освоении при решении задач, заданных для самостоятельного решения;
- по ходу семинара давать конкретные, четкие ответы по существу вопросов. Структура ответов может быть различной: либо вначале делается вывод, а затем приводятся аргументы, либо дается развернутая аргументация принятого решения, на основании которой предлагается ответ. Возможны и несколько вариантов ответов, которые должны быть обоснованны.
- на занятии доводить каждую задачу до окончательного решения, демонстрировать понимание проведенного анализа проблемной ситуации, в случае затруднений обращаться к преподавателю.

Студентам, пропустившим занятия (независимо от причин), не имеющие письменного решения задач или не подготовившиеся к данному практическому занятию, рекомендуется не позже чем в 2-недельный срок явиться на консультацию к преподавателю и отчитаться по теме, изучавшейся на занятии. Студенты, не отчитавшиеся по каждой не проработанной ими на занятиях теме к началу зачетной сессии, упускают возможность получить положенные баллы за работу в соответствующем семестре.

3. Методические рекомендации по выполнению различных форм самостоятельных заданий

Самостоятельная работа студентов включает в себя выполнение различного рода заданий, которые ориентированы на более глубокое усвоение материала изучаемой дисциплины. По каждой теме учебной дисциплины Студентам предлагается перечень заданий для самостоятельной работы. К выполнению заданий для самостоятельной работы предъявляются следующие требования: задания должны исполняться самостоятельно и представляться в установленный срок, а также соответствовать установленным требованиям по оформлению.

Студентам следует:

- руководствоваться графиком самостоятельной работы, определенным рабочей программой дисциплины;
- выполнять все плановые задания, выдаваемые преподавателем для самостоятельного выполнения, и разбирать на семинарах и консультациях неясные вопросы;
- использовать при подготовке нормативные документы университета, а именно, положение о написании письменных работ.

3.1 Методические рекомендации по работе с литературой.

Любая форма самостоятельной работы студента (подготовка к семинарскому занятию, написание эссе, курсовой работы, доклада и т.п.) начинается с изучения соответствующей литературы.

К каждой теме учебной дисциплины подобрана основная и дополнительная литература, которая указана в соответствующем разделе рабочей программы.

Основная литература - это учебники и учебные пособия.

Дополнительная литература - это монографии, сборники научных трудов, журнальные и газетные статьи, различные справочники, энциклопедии, интернет ресурсы.

Рекомендации студенту:

выбранную монографию или статью целесообразно внимательно просмотреть. В книгах следует ознакомиться с оглавлением и научно-справочным аппаратом, прочитать аннотацию и предисловие. Целесообразно ее пролистать, рассмотреть иллюстрации, таблицы, диаграммы, приложения. Такое поверхностное ознакомление позволит узнать, какие главы следует читать внимательно, а какие прочитать быстро;

- в книге или журнале, принадлежащие самому студенту, ключевые позиции можно выделять маркером или делать пометки на полях. При работе с Интернет -источником целесообразно также выделять важную информацию;
- если книга или журнал не являются собственностью студента, то целесообразно записывать номера страниц, которые привлекли внимание. Позже следует возвратиться к ним, перечитать или переписать нужную информацию. Физическое действие по записыванию помогает прочно заложить данную информацию в «банк памяти».

Выделяются следующие виды записей при работе с литературой:

Конспект - краткая схематическая запись основного содержания научной работы. Целью является не переписывание произведения, а выявление его логики, системы доказательств, основных выводов. Хороший конспект должен сочетать полноту изложения с краткостью.

Цитата - точное воспроизведение текста. Заключается в кавычки. Точно указывается страница источника.

Тезисы - концентрированное изложение основных положений прочитанного материала.

Аннотация - очень краткое изложение содержания прочитанной работы. Резюме - наиболее общие выводы и положения работы, ее концептуальные итоги.

Записи в той или иной форме не только способствуют пониманию и усвоению изучаемого материала, но и помогают вырабатывать навыки ясного изложения в письменной форме тех или иных теоретических вопросов.

3.2 Методические рекомендации по подготовке научного доклада

Одной из форм самостоятельной работы студента является подготовка научного доклада, для обсуждения его на практическом (семинарском) занятии.

Цель научного доклада - развитие у студентов навыков аналитической работы с научной литературой, анализа дискуссионных научных позиций, аргументации собственных взглядов. Подготовка научных докладов также развивает творческий потенциал студентов.

Научный доклад готовится под руководством преподавателя, который ведет практические (семинарские) занятия.

Рекомендации студенту:

- перед началом работы по написанию научного доклада согласовать с преподавателем тему, структуру, литературу, а также обсудить ключевые вопросы, которые следует раскрыть в докладе;

- представить доклад научному руководителю в письменной форме;

- выступить на семинарском занятии с 5-7-минутной презентацией своего научного доклада, ответить на вопросы студентов группы.

Требования:

- к оформлению научного доклада: шрифт - Times New Roman, размер шрифта -14, межстрочный интервал -1, размер полей - 2 см, отступ в начале абзаца - 1 см, форматирование по ширине); листы доклада скреплены скоросшивателем. На титульном листе указывается наименование учебного заведения, название кафедры, наименование дисциплины, тема доклада, ФИО студента;

- к структуре доклада - введение (указывается актуальность, цель и задачи), основная часть, выводы автора, список литературы (не менее 5 позиций источников научной литературы (научные статьи и монографии). Объем согласовывается с преподавателем. В конце работы ставится дата ее выполнения и подпись студента, выполнившего работу.

Общая оценка за доклад учитывает содержание доклада, его презентацию, а также ответы на вопросы.

3.3 Методические рекомендации по подготовке реферата

Целью написания рефератов является:

- привитие студентам навыков библиографического поиска необходимой литературы (на бумажных носителях, в электронном виде);

привитие студентам навыков компактного изложения мнения авторов и своего суждения по выбранному вопросу в письменной форме, научно грамотным языком и в хорошем стиле;

- приобретение навыка грамотного оформления ссылок на используемые источники, правильного цитирования авторского текста;

- выявление и развитие у студента интереса к определенной научной и практической проблематике с тем, чтобы исследование ее в дальнейшем продолжалось в подготовке и написании курсовых и дипломной работы и дальнейших научных трудах.

Основные задачи студента при написании реферата:

- с максимальной полнотой использовать литературу по выбранной теме (как рекомендуемую, так и самостоятельно подобранную) для правильного понимания авторской позиции;

- верно (без искажения смысла) передать авторскую позицию в своей работе;

- уяснить для себя и изложить причины своего согласия (несогласия) с тем или иным автором по данной проблеме.

Требования к содержанию:

- материал, использованный в реферате, должен относится строго к выбранной теме;

- необходимо изложить основные аспекты проблемы не только грамотно, но и в соответствии с той или иной логикой (хронологической, тематической, событийной и др.)

- при изложении следует сгруппировать идеи разных авторов по общности точек зрения или по научным школам;

- реферат должен заканчиваться подведением итогов проведенной исследовательской работы: содержать краткий анализ-обоснование преимуществ той точки зрения по рассматриваемому вопросу, с которой Вы солидарны.

Структура реферата.

1. Титульный лист.

На титульном листе указывается наименование учебного заведения, название кафедры, наименование дисциплины, тема реферата, ФИО студента, ФИО и должность проверившего преподавателя;

2. Оглавление.

Оглавление - это план реферата, в котором каждому разделу должен соответствовать номер страницы, на которой он находится.

3. Текст реферата.

Текст реферата делится на три части: введение, основная часть и заключение.

а) Введение - раздел реферата, посвященный постановке проблемы, которая будет

рассматриваться и обоснованию выбора темы.

б) Основная часть - это звено работы, в котором последовательно раскрывается выбранная тема. Основная часть может быть представлена как цельным текстом, так и разделена на главы. При необходимости текст реферата может дополняться иллюстрациями, таблицами, графиками, но ими не следует "перегружать" текст.

в) Заключение - данный раздел реферата должен быть представлен в виде выводов, которые готовятся на основе подготовленного текста. Выводы должны быть краткими и четкими. Также в заключении можно обозначить проблемы, которые "высветились" в ходе работы над рефератом, но не были раскрыты в работе.

4. Список источников и литературы.

В данном списке называются как те источники, на которые ссылается студент при подготовке реферата, так и все иные, изученные им в связи с его подготовкой. В работе должно быть использовано не менее 7 разных источников. Работа, выполненная с использованием материала, содержащегося в одном научном источнике, является явным плагиатом и не принимается. Оформление Списка источников и литературы должно соответствовать требованиям, принятым в университете.

Объем и технические требования, предъявляемые к выполнению реферата.

Объем работы должен быть, как правило, не менее 15 и не более 20 страниц. Работа должна выполняться через одинарный интервал 14 шрифтом, размеры оставляемых полей - 2 см. Страницы должны быть пронумерованы.

При цитировании необходимо соблюдать следующие правила:

- текст цитаты заключается в кавычки и приводится без изменений, без произвольного сокращения цитируемого фрагмента (пропуск слов, предложений или абзацев допускается, если не влечет искажения всего фрагмента, и обозначается многоточием, которое ставится на месте пропуска) и без искажения смысла;
- каждая цитата должна сопровождаться ссылкой на источник, библиографическое описание которого должно приводиться в соответствии с предъявляемыми требованиями.

Методические материалы, определяющие процедуры оценивания знаний, умений, навыков и (или) опыта деятельности

Устный ответ

Оценка знаний предполагает дифференцированный подход к обучающемуся, учет его индивидуальных способностей, степень усвоения и систематизации основных понятий и категорий по дисциплине. Кроме того, оценивается не только глубина знаний поставленных вопросов, но и умение использовать в ответе практический материал. Оценивается культура речи, владение навыками ораторского искусства.

Критерии оценивания: последовательность, полнота, логичность изложения, анализ различных точек зрения, самостоятельное обобщение материала, использование профессиональных терминов, культура речи, навыки ораторского искусства. Изложение материала без фактических ошибок.

Оценка *«отлично»* ставится в случае, когда материал излагается исчерпывающе, последовательно, грамотно и логически стройно, при этом раскрываются не только основные понятия, но и анализируются точки зрения различных авторов. Обучающийся не затрудняется с ответом, соблюдает культуру речи.

Оценка *«хорошо»* ставится, если обучающийся твердо знает материал, грамотно и по существу излагает его, знает практическую базу, но при ответе на вопрос допускает несущественные погрешности.

Оценка *«удовлетворительно»* ставится, если обучающийся освоил только основной материал, но не знает отдельных деталей, допускает неточности, недостаточно правильные формулировки, нарушает последовательность в изложении материала, затрудняется с ответами, показывает отсутствие должной связи между анализом, аргументацией и выводами.

Оценка *«неудовлетворительно»* ставится, если обучающийся не отвечает на поставленные вопросы.

Творческое задание

Эссе - это небольшая по объему письменная работа, сочетающая свободные, субъективные

рассуждения по определенной теме с элементами научного анализа. Текст должен быть легко читаем, но необходимо избегать нарочито разговорного стиля, сленга, шаблонных фраз. Объем эссе составляет примерно 2 - 2,5 стр. 12 шрифтом с одинарным интервалом (без учета титульного листа).

Критерии оценивания - оценка учитывает соблюдение жанровой специфики эссе, наличие логической структуры построения текста, наличие авторской позиции, ее научность и связь с современным пониманием вопроса, адекватность аргументов, стиль изложения, оформление работы. Следует помнить, что прямое заимствование (без оформления цитат) текста из Интернета или электронной библиотеки недопустимо.

Оценка *«отлично»* ставится в случае, когда определяется: наличие логической структуры построения текста (вступление с постановкой проблемы; основная часть, разделенная по основным идеям; заключение с выводами, полученными в результате рассуждения); наличие четко определенной личной позиции по теме эссе; адекватность аргументов при обосновании личной позиции, стиль изложения.

Оценка *«хорошо»* ставится, когда в целом определяется: наличие логической структуры построения текста (вступление с постановкой проблемы; основная часть, разделенная по основным идеям; заключение с выводами, полученными в результате рассуждения); но не прослеживается наличие четко определенной личной позиции по теме эссе; не достаточно аргументов при обосновании личной позиции

Оценка *«удовлетворительно»* ставится, когда в целом определяется: наличие логической структуры построения текста (вступление с постановкой проблемы; основная часть, разделенная по основным идеям; заключение). Но не прослеживаются четкие выводы, нарушается стиль изложения

Оценка *«неудовлетворительно»* ставится, если не выполнены никакие требования

Кейсы (ситуации и задачи с заданными условиями)

Обучающийся должен уметь выделить основные положения из текста задачи, которые требуют анализа и служат условиями решения. Исходя из поставленного вопроса в задаче, попытаться максимально точно определить проблему и соответственно решить ее.

Задачи могут решаться устно и/или письменно. При решении задач также важно правильно сформулировать и записать вопросы, начиная с более общих и, кончая частными.

Критерии оценивания - оценка учитывает методы и средства, использованные при решении ситуационной, проблемной задачи.

Оценка *«отлично»* ставится в случае, когда обучающийся выполнил задание (решил задачу), используя в полном объеме теоретические знания и практические навыки, полученные в процессе обучения.

Оценка *«хорошо»* ставится, если обучающийся в целом выполнил все требования, но не совсем четко определяется опора на теоретические положения, изложенные в научной литературе по данному вопросу.

Оценка *«удовлетворительно»* ставится, если обучающийся показал положительные результаты в процессе решения задачи.

Оценка *«неудовлетворительно»* ставится, если обучающийся не выполнил все требования.

Деловая игра

Необходимо разбиться на несколько команд, которые должны поочередно высказать свое мнение по каждому из заданных вопросов. Мнение высказывающейся команды засчитывается, если противоположная команда не опровергнет его контраргументами. Команда, чье мнение засчитано как верное (не получило убедительных контраргументов от противоположных команд), получает один балл. Команда, опровергнувшая мнение противоположной команды своими контраргументами, также получает один балл. Побеждает команда, получившая максимальное количество баллов.

Ролевая игра как правило имеет фабулу (ситуацию, казус), распределяются роли, подготовка осуществляется за 2-3 недели до проведения игры.

Критерии оценивания - оцениваются действия всех участников группы. Понимание проблемы, высказывания и действия полностью соответствуют заданным целям. Соответствие реальной действительности решений, выработанных в ходе игры. Владение терминологией, демонстрация владения учебным материалом по теме игры, владение методами аргументации,

умение работать в группе (умение слушать, конструктивно вести беседу, убеждать, управлять временем, бесконфликтно общаться), достижение игровых целей, (соответствие роли - при ролевой игре). Ясность и стиль изложения.

Оценка *«отлично»* ставится в случае, выполнения всех критериев.

Оценка *««хорошо»* ставится, если обучающиеся в целом демонстрируют понимание проблемы, высказывания и действия полностью соответствуют заданным целям. Решения, выработанные в ходе игры, полностью соответствуют реальной действительности. Но некоторые объяснения не совсем аргументированы, нарушены нормы общения, нарушены временные рамки, нарушен стиль изложения.

Оценка *«удовлетворительно»* ставится, если обучающиеся в целом демонстрируют понимание проблемы, высказывания и действия в целом соответствуют заданным целям. Однако, решения, выработанные в ходе игры, не совсем соответствуют реальной действительности. Некоторые объяснения не совсем аргументированы, нарушены временные рамки, нарушен стиль изложения.

Оценка *«неудовлетворительно»* ставится, если обучающиеся не понимают проблему, их высказывания не соответствуют заданным целям.

Информационный проект (доклад с презентацией)

Информационный проект - проект, направленный на стимулирование учебно - познавательной деятельности студента с выраженной эвристической направленностью (поиск, отбор и систематизация информации об объекте, оформление ее для презентации).

Информационный проект отличается от исследовательского проекта, поскольку представляет собой такую форму учебно-познавательной деятельности, которая отличается ярко выраженной эвристической направленностью.

Критерии оценивания - при выставлении оценки учитывается самостоятельный поиск, отбор и систематизация информации, раскрытие вопроса (проблемы), ознакомление обучающихся с этой информацией (представление информации), ее анализ и обобщение, оформление, полные ответы на вопросы аудитории с примерами.

Оценка *«отличн*о» ставится в случае, когда обучающийся полностью раскрывает вопрос (проблему), представляет информацию систематизировано, последовательно, логично, взаимосвязано, использует более 5 профессиональных терминов, широко использует информационные технологии, ошибки в информации отсутствуют, дает полные ответы на вопросы аудитории с примерами.

Оценка *«хорошо»* ставится, если обучающийся раскрывает вопрос (проблему), представляет информацию систематизировано, последовательно, логично, взаимосвязано, использует более 2 профессиональных терминов, достаточно использует информационные технологии, допускает не более 2 ошибок в изложении материала, дает полные или частично полные ответы на вопросы аудитории.

Оценка *«удовлетворительно»* ставится, если обучающийся, раскрывает вопрос (проблему) не полностью, представляет информацию не систематизировано и не совсем последовательно, использует 1 -2 профессиональных термина, использует информационные технологии, допускает 3-4 ошибки в изложении материала, отвечает только на элементарные вопросы аудитории без пояснений.

Оценка *«неудовлетворительно»* ставится, если вопрос не раскрыт, представленная информация логически не связана, не используются профессиональные термины, допускает более 4 ошибок в изложении материала, не отвечает на вопросы аудитории.

Дискуссионные процедуры

Круглый стол, дискуссия, полемика, диспут, дебаты, мини-конференции являются средствами, позволяющими включить обучающихся в процесс обсуждения спорного вопроса, проблемы и оценить их умение аргументировать собственную точку зрения. Задание дается заранее, определяется круг вопросов для обсуждения, группы участников этого обсуждения.

Дискуссионные процедуры могут быть использованы для того, чтобы студенты:

-лучше поняли усвояемый материал на фоне разнообразных позиций и мнений, не обязательно достигая общего мнения;

- смогли постичь смысл изучаемого материала, который иногда чувствуют интуитивно, но не могут высказать вербально, четко и ясно, или конструировать новый смысл, новую позицию;

- смогли согласовать свою позицию или действия относительно обсуждаемой проблемы.

Критерии оценивания - оцениваются действия всех участников группы. Понимание проблемы, высказывания и действия полностью соответствуют заданным целям. Соответствие реальной действительности решений, выработанных в ходе игры. Владение терминологией, демонстрация владения учебным материалом по теме игры, владение методами аргументации, умение работать в группе (умение слушать, конструктивно вести беседу, убеждать, управлять временем, бесконфликтно общаться), достижение игровых целей, (соответствие роли - при ролевой игре). Ясность и стиль изложения.

Оценка *«отлично»* ставится в случае, когда все требования выполнены в полном объеме.

Оценка *««хорошо»* ставится, если обучающиеся в целом демонстрируют понимание проблемы, высказывания и действия полностью соответствуют заданным целям. Решения, выработанные в ходе игры, полностью соответствуют реальной действительности. Но некоторые объяснения не совсем аргументированы, нарушены нормы общения, нарушены временные рамки, нарушен стиль изложения.

Оценка *«удовлетворительно»* ставится, если обучающиеся в целом демонстрируют понимание проблемы, высказывания и действия в целом соответствуют заданным целям. Однако, решения, выработанные в ходе игры, не совсем соответствуют реальной действительности. Некоторые объяснения не совсем аргументированы, нарушены временные рамки, нарушен стиль изложения.

Оценка *«неудовлетворительно»* ставится, если обучающиеся не понимают проблему, их высказывания не соответствуют заданным целям.

Тестирование

Является одним из средств контроля знаний обучающихся по дисциплине.

Критерии оценивания - правильный ответ на вопрос

Оценка *«отлично»* ставится в случае, если правильно выполнено 90-100% заданий

Оценка *«хорошо»* ставится, если правильно выполнено 70-89% заданий

Оценка *«удовлетворительно»* ставится в случае, если правильно выполнено 50-69% заданий

Оценка *«неудовлетворительно»* ставится, если правильно выполнено менее 50% заданий

Контрольная работа

Оценивается не только глубина знаний поставленных вопросов, но и умение изложить письменно.

Критерии оценивания: последовательность, полнота, логичность изложения, анализ различных точек зрения, самостоятельное обобщение материала. Изложение материала без фактических ошибок.

Оценка *«отлично»* ставится в случае, когда соблюдены все критерии.

Оценка *«хорошо»* ставится, если обучающийся твердо знает материал, грамотно и по существу излагает его, знает практическую базу, но допускает несущественные погрешности.

Оценка *«удовлетворительно»* ставится, если обучающийся освоил только основной материал, но не знает отдельных деталей, допускает неточности, недостаточно правильные формулировки, нарушает последовательность в изложении материала, затрудняется с ответами, показывает отсутствие должной связи между анализом, аргументацией и выводами.

Оценка *«неудовлетворительно»* ставится, если обучающийся не отвечает на поставленные вопросы.

МИНИСТЕРСТВО НАУКИ И ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования
«Чеченский государственный университет
имени Ахмата Абдулхамидовича Кадырова»
Медицинский институт
Кафедра факультетской хирургии

МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ИЗУЧЕНИЮ УЧЕБНОЙ ДИСЦИПЛИНЫ
«Факультетская хирургия, урология»

Код направления подготовки (специальности)	31.05.01
Направление подготовки (специальности)	Лечебное дело
Квалификация выпускника	Врач- лечебник
Форма обучения	Очная

Грозный 2025

СОДЕРЖАНИЕ

1. Методические основы по организации самостоятельной работы обучающихся.
2. Методические рекомендации для организации и проведения практических занятий.
3. Методические рекомендации по выполнению рефератов.
4. Методические рекомендации по подготовке и созданию презентаций.
5. Организация самостоятельной работы обучающихся при подготовке к текущей, промежуточной аттестациям.
6. Методические материалы по самостоятельной работе обучающегося при прохождении производственной практики

1. Методические основы по организации самостоятельной работы обучающихся

Самостоятельная работа по дисциплинам является обязательным элементом федеральных государственных образовательных стандартов по программам высшего образования.

Самостоятельная работа обучающегося – организационная форма обучения - система педагогических условий, обеспечивающих управление учебной деятельностью обучающихся по освоению знаний и умений в учебной и научной деятельности без посторонней помощи.

Самостоятельная работа обучающихся является специфическим педагогическим средством организации и сопровождения самостоятельной деятельности обучающихся в учебном процессе.

Цели

К целям самостоятельной работы относится:

− формирование способностей у обучающегося к саморазвитию, самосовершенствованию и самореализации;

− развитие исследовательских умений.

− фиксирование и систематизирование полученных теоретических познаний и практического опыта; формирование умений использовать научную, правовую, справочную и специальную литературу;

− развитие познавательных способностей и инициативности обучающихся, ответственность, организованность, стремление к саморазвитию; формирование умения правильно пользоваться полученным ранее материалом, собранным в процессе самостоятельного наблюдения, выполнения заданий различного характера.

Формы самостоятельной работы

При обучении используются следующие виды и формы самостоятельной работы:

− подготовка к практическим занятиям;

− подготовка и написание рефератов; - подготовка докладов на заданные темы рефератов, либо выбранные по заданному направлению;

− изучение и систематизация нормативно-правовых документов, регламентирующих деятельность в сфере обращения лекарственных средств в части организационно-управленческих вопросов с использованием информационно-справочных систем «Консультант Плюс», «Консультант врача», компьютерной сети «Интернет»;

− изучение учебной, научной и методической литературы, материалов периодической литературы с использованием электронных библиотечных систем, официальных статистических данных, научной периодики; - создание презентации;

− подготовка к устному опросу, к дискуссии;

− тестирование;

− решение ситуационных задач;

− подготовка к текущей, промежуточной аттестации и т.д.

Контроль результатов внеаудиторной самостоятельной работы преподаватель осуществляет в начале каждого семинарского/практического занятия.

Контроль результатов аудиторной самостоятельной работы осуществляется в пределах времени, отведенного на практические занятия по дисциплине. В зависимости от сложности познавательной деятельности при изучении дисциплин используется три уровня самостоятельной работы:

− репродуктивная самостоятельная работа, которая включает изучение основной и дополнительной рекомендованной литературы, изучение методических рекомендаций к занятию, решение типовых задач, ситуаций;

− реконструктивная самостоятельная работа включает в себя подготовку к презентациям, сообщениям по заданной теме, решение профессиональных задач, моделирование профессиональной деятельности;

− творческая самостоятельная работа включает анализ, обобщение и систематизацию научных и нормативно-правовых документов, самостоятельное составление ситуаций, задач, проектов, составление выступлений по проблемам профессиональной деятельности. Контроль результатов внеаудиторной самостоятельной работы преподаватель осуществляет на семинарском/практическом занятии.

Самостоятельная работа начинается с изучения рабочей программы дисциплины, отражена в рабочих программах дисциплин.

Для конспектирования лекционного материала, а также выполнения семинарских/практических работ требуются рабочие тетради.

Самостоятельная работа обучающегося подразделяется на аудиторную и внеаудиторную самостоятельную работу

Аудиторная самостоятельная работа по дисциплинам выполняется на учебных занятиях (семинарские или практические) под непосредственным руководством преподавателя и по его заданию.

Основными видами аудиторной самостоятельной работы являются:

− выполнение практических работ;

− работа с нормативно-правовыми документами в области обращения лекарственных средств;

− решение ситуационных/симуляционных задач;

− презентация результатов научно-исследовательской работы по заданным темам

Выполнение практических работ осуществляется на семинарских/практических занятиях в соответствии с графиком учебного процесса и расписанием занятий.

Работа с основной, дополнительной литературой, эмпирическими и статистическими данными, как правило, основана на изучении документов и данных, их обобщении и представлении.

Решение ситуационных задач используется на семинарских/практических занятиях. Проблемная/ситуационная задача должна иметь четкую формулировку, к ней должны быть поставлены вопросы, ответы на которые необходимо найти и обосновать.

Критерии для оценки каждого вида аудиторной самостоятельной работы обучающегося разрабатываются преподавателем для конкретной дисциплины /цикла из предложенного перечня критериев оценки результатов аудиторной самостоятельной работы:

− уровень освоения учебного материала;

− умение использовать теоретические знания при выполнении лабораторных, практических, ситуационных, симуляционных задач;

− сформированность заявленных умений по теме аудиторного занятия;

− обоснованность и четкость изложения ответов;

− оформление материала в соответствии с требованиями, заявленными в задании;

− уровень самостоятельности обучающегося при выполнении аудиторной самостоятельной работы.

Внеаудиторная самостоятельная работа является элементом каждой темы дисциплин.

Планирование времени, необходимого на внеаудиторное самостоятельное изучение дисциплин, обучающие должны осуществлять весь семестр, предусматривая при этом регулярное повторение материала.

Материал, законспектированный на лекциях, необходимо регулярно прорабатывать и дополнять сведениями из других источников литературы, представленных не только в программах дисциплин, но и в периодических профильных научных изданиях, материалах конференций.

При изучении дисциплин сначала необходимо по каждой теме прочитать рекомендованную литературу и составить краткий конспект основных положений, терминов, сведений, требующих запоминания и являющихся основополагающими в этой теме для освоения последующих тем курса. Для расширения знания по дисциплине

рекомендуется использовать Интернет-ресурсы; проводить поиски в различных системах и использовать материалы сайтов, рекомендованных преподавателем.
При выполнении самостоятельной работы по написанию реферата необходимо: прочитать теоретический материал в рекомендованной литературе, периодических изданиях, на Интернет-сайтах; творчески переработать изученный материал и представить его для отчета в форме реферата, проиллюстрировав схемами, диаграммами, фотографиями и рисунками.
Тексты докладов и рефератов должны быть изложены внятно, простым и ясным языком.
Для обеспечения внеаудиторной самостоятельной работы по каждой теме дисциплин/блоку разработаны:
а) перечень основной и дополнительной литературы;
б) вопросы для самоконтроля.
При выполнении внеаудиторной самостоятельной работы обучающийся имеет право обращаться к преподавателю за консультацией с целью уточнения задания, формы контроля выполненного задания.
Контроль результатов внеаудиторной самостоятельной работы отражается в индивидуальном плане после выполнения внеаудиторной самостоятельной работы.
Критерии оценки внеаудиторной работы формируются преподавателем самостоятельно для каждого вида работы. Основными критериями оценки внеаудиторной работы обучающегося выступают:
- уровень освоения материала;
- уровень умения использовать теоретические знания при выполнении заданий, решении ситуационных задач;
- обоснованность и четкость изложения ответов,
- результаты тестирования по шкале оценок;
- уровень умения использовать электронные образовательные ресурсы;
- умение четко формулировать проблему, предложив ее решение, критическая оценка последствий решения;
- уровень умения сформулировать собственную позицию и аргументировать ее.

Качество выполнения внеаудиторной самостоятельной работы оценивается посредством текущего контроля самостоятельной работы обучающегося. Текущий контроль представляет собой форму планомерного контроля качества и объема осваиваемых компетенций в процессе изучения конкретной дисциплины, проводится на семинарских/практических занятиях и во время индивидуальной работы преподавателя с обучающимися.

Шкала оценивания внеаудиторной самостоятельной работы:
Зачтено – задание выполнено полно и правильно, изложено в правильных нормативных формулировках с использованием точного понятийного аппарата, с использованием рекомендованных источников литературы, продемонстрировано умение формулировать проблему, предложены пути ее решения, проведена критическая оценка последствий такого решения, а также умение формулировать собственную позицию и аргументировать ее.
Не зачтено – обучающийся не выполнил задание либо выполнил не в полном объеме, демонстрирует несформированность понятийного аппарата по теме, отсутствие умения формулировать проблему, обобщать материал, не может аргументировать свой ответ.

2. Методические рекомендации для организации и проведения практических занятий

Практическое занятие - вид учебных занятий, при котором в результате предварительной работы над учебным материалом преподавателя и студента, в обстановке их контактной работы в аудитории решаются задачи познавательного и воспитательного характера.

Цель такой формы обучения – углубленное изучение дисциплины, закрепление полученного теоретического материала в форме внеаудиторной самостоятельной работы, овладение методологией научного познания и формирования базовых умений. Немаловажным преимуществом практических занятий является и формирование навыков профессиональной дискуссии.

Задачи практических занятий:

− мотивация к регулярному изучению теоретического учебного материала, основной, дополнительной литературы;

− закрепление теоретических знаний, полученных при прослушивании лекций и во время внеаудиторной самостоятельной работы;

− получение навыков устного и публичного выступления по теоретическим вопросам, включая навыки по свободному оперированию организационными и управленческими понятиями и категориями;

− формирование навыков по универсальным и профессиональным компетенциям;

− возможность преподавателю систематически контролировать как самостоятельную работу студента, так и свою работу.

Практические занятия проводятся по плану.

Каждая тема практического занятия, как правило, включает: цель занятия, перечень основных и дополнительных источников литературы, вопросы к устному обсуждению на занятии, ситуационные задачи и перечень заданий, которые обучающиеся самостоятельно должны решить на практическом занятии.

Каждое практическое занятие посвящено, как правило, изучению нескольких компетенций и включает три основных этапа.

Первый этап - устный опрос по заранее сформулированным вопросам либо представление докладов/презентаций, подготовленных в рамках внеаудиторной самостоятельной работы по заранее сформулированным требованиям. Важнейшей частью этапа, является обсуждение представленных докладов/презентаций. Цель преподавателя – организовать обмен мнениями, дискуссию в группе, скорректировать уровень подготовленности студентов.

Одним из возможных элементов первого этапа является решение ситуационных задач, которые максимально приближены к профессиональной деятельности.

Требования к ответам обучающихся – самостоятельность в подборе фактического материала и аналитическом отношении к нему, умение рассматривать примеры и факты во взаимосвязи и взаимообусловленности, отбирать наиболее существенные из них.

Для оценивания первого (теоретического) этапа занятия используются знания, умения, владения, которые заявлены на каждое занятие:

1) знание учебного материала и владение понятийным аппаратом по теме занятия;

2) умение связывать теорию с практикой;

3) умение иллюстрировать ответ примерами, фактами, данными научных исследований;

4) умение применять теоретические знания при решении ситуационных задач.

Второй этап – аудиторное самостоятельное выполнение семинарских /практических заданий, которые обучающийся выполняет индивидуально либо в группе, если такое предусмотрено заданием.

В процессе выполнения самостоятельной аудиторной работы обучающийся имеет право на получение индивидуальных консультаций у преподавателя.

По окончании выполнения аудиторной самостоятельной работы обучающийся сдает отчет о выполнении самостоятельных лабораторных заданий преподавателю, который оценивается по шкале «зачет/незачет».

Критерии оценивания практического занятия осуществляются по следующим критериям:

1. своевременное выполнение внеаудиторной самостоятельной работы по изучаемой теме;

2. демонстрируемый обучающимся уровень усвоения заявленной к освоению компетенции (знания, умения, навыки);

− хорошее знание и уверенное владение на занятии теоретическим содержанием учебного материала;
− адекватное применение теоретического материала к решению ситуационных задач, заданий для аудиторной самостоятельной работы;
− умение аргументировать свои решения, развернуто отвечать на дополнительные вопросы преподавателя.
3. Соблюдение организационных и дисциплинарных требований, предъявляемых к обучающемуся на семинарских/практических занятиях: аккуратный внешний вид, соблюдение дисциплины на занятиях, полнота и своевременность представления выполненных заданий в полном объеме (не позднее даты окончания занятия и в полном соответствии с предъявляемыми к их содержанию и качеству оформления).
Третий этап – заключительный. Преподаватель дает общую оценку уровня подготовленности обучаемых к практическим занятиям, характеризует активность каждого обучающегося на занятии и озвучивает оценки каждому обучающемуся с их обоснованием.

Шкала оценивания осуществляется по четырехбалльной шкале (таблица 2)

Критерии оценивания лабораторного/практического занятия	Шкала оценок
Полное соответствие работы обучающегося требованиям. Обучающийся демонстрирует уверенные знания, способен творчески решать поставленные задачи, самостоятельно демонстрирует умения, обладает некоторыми навыками. Обучающийся успешно выполнил внеаудиторную самостоятельную работу, демонстрирует глубокое теоретическое знание по изучаемой теме, умение его применять на практике (в установленный срок сдал протоколы занятия/представил и защитил доклады/презентации и др.).	Отлично
Работа обучающегося содержит неполное соответствие требованиям. Обучающийся демонстрирует хорошее знание материала, способен творчески решать поставленные задачи, демонстрирует базовые умения. Обучающийся выполнил внеаудиторную самостоятельную работу, продемонстрировал знание учебного материала, содержатся отдельные пробелы в умении применить полученные теоретические знании к решению ситуационных задач .	Хорошо
Работа обучающегося содержит неполное соответствие требованиям. Обучающийся демонстрирует знание базового материала, способен решать поставленные задачи под руководством преподавателя, освоил базовые умения. Успешно выполнил внеаудиторную самостоятельную работу, продемонстрировал знание учебного материала, но затрудняется интерпретировать его практически.	Удовлетвори тельно
Работа не соответствует требованиям.	Неудовлетво рительно

3. Методические рекомендации по организации и выполнению рефератов
Реферат предусматривает углубленное изучение дисциплины, способствует развитию навыков самостоятельной работы с литературными источниками.
Реферат – краткое изложение в письменном виде содержания научного труда по предоставленной теме. Это самостоятельная научноисследовательская работа, где обучающийся раскрывает суть исследуемой проблемы с элементами анализа по теме реферата. Приводит различные точки зрения, а также собственные взгляды на проблемы темы реферата.

Содержание реферата должно быть логичным, изложение материала носить проблемно-тематический характер.
Объем реферата может колебаться в пределах 15-20 печатных страниц.
Основные разделы: оглавление (план), введение, основное содержание, заключение, список литературы.
Текст реферата должен содержать следующие разделы:
- титульный лист реферата (приложение 2);
- ведение, актуальность темы.
- основной раздел.
- заключение
- список литературных источников

Список литературных источников- библиографическое описание используемых источников литературы, в том числе и интернет-источников, оформленное по ГОСТ 7.1 – 2003; 7.80 – 2000; должен иметь не менее 10 библиографических названий, включая сетевые ресурсы.
Текстовая часть реферата оформляется на листе следующего формата:
- отступ сверху – 2 см;
- отступ слева – 3 см;
- отступ справа – 1,5 см;
- отступ снизу – 2,5 см;
- шрифт текста: Times New Roman, высота шрифта – 14, пробел – 1,5;
- нумерация страниц – снизу листа. На первой странице номер не ставится.

Реферат должен быть выполнен грамотно с соблюдением культуры изложения. Обязательно должны иметься ссылки на используемую литературу, включая периодическую литературу за последние 5 лет.
Критерии оценки реферата:
- актуальность темы исследования;
- соответствие содержания теме;
- глубина проработки материала;
- правильность и полнота разработки темы;
- значимость выводов для дальнейшей практической деятельности;
- правильность и полнота использования литературы;
- соответствие оформления реферата стандарту;
- качество сообщения и ответов на вопросы при защите реферата.

Практическое занятие по защите рефератов может проводиться в качестве «круглого стола» в форме представления докладов, посвященных теме занятия, по следующим этапам:
Этап 1. Каждый обучающийся представляет собственный доклад (обязательно использование презентации) по выбранной теме. Доклад 5-7 минут. Обсуждение доклада, вопросы – 2-3 минуты.
Этап 2. Оценка докладов и презентаций, представленных в группе (таблица 3).

Таблица 3 - Шкала оценки докладов на практическом занятии

Критерии оценки	Шкала оценок
1. Доклад четко выстроен, сопровождается презентацией, отражающей проблематику доклада, имеет четкие выводы, полностью характеризующие работу. Автор отлично ориентируется в материале и отвечает на все вопросы, владеет специальной терминологией. 2. Обучающийся активно участвует в обсуждении докладов других обучающихся из группы	Отлично
1. Доклад структурирован, презентация не отражает в полной мере	Хорошо

содержание доклада, допущены неточности, выводы нечеткие. Автор затрудняется ответить на вопросы, слабо использует специальную терминологию. 2. Обучающийся участвует в обсуждении докладов других обучающихся из группы	
1. Доклад структурирован, содержание не полностью раскрывает цель доклада, отсутствует презентация. 2. Обучающийся пассивен при обсуждении докладов других обучающихся из группы	Удовлетвори тельно
1. Доклад не структурирован/отсутствует, презентация отсутствует. Автор не владеет материалом. 2. Обучающийся не участвует в обсуждении докладов.	Неудовлетво рительно

4. Методические рекомендации по подготовке и созданию презентаций

Создание материалов-презентаций — это вид самостоятельной работы обучающихся по созданию наглядных информационных пособий, выполненных с помощью мультимедийной компьютерной программы PowerPoint.

Этот вид работы требует координации навыков обучающегося по сбору, систематизации, переработке информации, оформления ее в виде подборки материалов, кратко отражающих основные вопросы изучаемой темы, в электронном виде. Создание презентаций расширяет методы и средства обработки и представления учебной информации, формирует у обучающихся навыки работы на компьютере.

Презентации готовятся обучающимся в виде слайдов с использованием программы Microsoft PowerPoint.

Обучающийся при подготовке презентации должен выполнить следующий комплекс взаимосвязанных видов самостоятельной работы:

- изучить материалы темы, выделяя главное и второстепенное;
- установить логическую связь между элементами темы;
- представить характеристику элементов в краткой форме;
- выбрать опорные сигналы для акцентирования главной информации и отобразить в структуре работы;
- оформить презентацию в соответствии с рекомендациями (таблица 4), разместить ее в электронной образованной среде университета, к установленному сроку либо представить на практическое/лабораторное занятие.

Таблица 4 - Методические рекомендации по оформлению презентации

Критерии оценки	Шкала оценок
1. Стиль	1.1 Соблюдайте единый стиль оформления. 1.2 Избегайте стилей, которые будут отвлекать от самой презентации. 1.3 Вспомогательная информация не должны преобладать над основной информацией (текст, рисунки).
2. Фон	Для фона предпочтительнее использовать более холодные тона (синий или зеленый).
3. Использование цвета	3.1 На одном слайде рекомендуется использовать не более трех цветов: один для фона, один для заголовков, один для текста. для фона и текста используйте контрастные цвета. 3.2. Обратите особое внимание на цвет гиперссылок (до и после использования).
4 Текст/ представление информации	4.1 Используйте короткие слова и предложения. 4.2. Минимизируйте количество предлогов, наречий, прилагательных.

	4.3.Заголовки должны привлекать внимание аудитории. 4.4 Предпочтительно горизонтальное расположение информации. 4.5 Наиболее важная информация должна располагаться в центре экрана. Если на слайде располагается картинка, надпись должна располагаться под ней. 4.6 Наибольшая эффективность достигается тогда, когда ключевые пункты отображаются по одному на каждом отдельном слайде.
5.Шрифты	5.1 Для заголовков не менее 24 5.2 Для информации- не менее 18. 5.3Шрифты без засечек легче читать с большого расстояния. 5.4.Нельзя смешивать разные типы шрифтов в одном тексте 5.5.Для выделения информации следует использовать жирный шрифт, курсив или подчеркивание. 5.6 Нельзя злоупотреблять прописными буквами (они читаются хуже строчных букв).
6.Анимационные эффекты	Возможности компьютерной анимации для оформления презентации необходимо использовать умерено, они не должны отвлекать внимание от содержания информации на слайде.

Критерии оценивания презентаций:
- соответствие содержания теме;
- правильная структурированность информации;
- наличие логической связи изложенной информации;
- эстетичность оформления, его соответствие требованиям;
- презентация выполнена и представлена в срок.

Шкала оценивания презентаций разрабатывается преподавателем и доводится до сведения обучающихся вместе с заданием.

Оценка «Отлично»:

презентация отличается целостностью, логичностью и оригинальностью. Оформление логично, эстетично, не противоречит содержанию доклада. Информация структурирована. Иллюстрации презентации соответствуют содержанию, дополняют информацию о раскрываемой проблеме. Текст доклада, сопровождающего презентацию, излагается обучающимся самостоятельно, с незначительной опорой на печатный текст. Ответы на вопросы преподавателя и аудитории четкие, аргументированные, сопровождаются ссылкой на факты и примеры.

Оценка «Хорошо»:

презентация характеризуется целостностью, логической завершенностью, с незначительными недочетами в логике изложения материала. Оформление эстетично, логично, структурировано. Текст доклада излагается с преимущественной опорой на текст. Ответы на дополнительные и уточняющие вопросы не вносят ясности, преимущественно повторяют содержание презентации.

Оценка «Удовлетворительно»:

презентация характеризуется отсутствием единого стиля в оформлении, ввиду чего информация тяжело воспринимается аудиторией. Сведения, излагаемые обучающимся разрозненные, плохо структурированы и аргументированы. Текст доклада преимущественно зачитывается, обучающимся допускаются неточности и ошибки в изложении материала. Ответы на дополнительные вопросы затруднительны.

Оценка «Неудовлетворительно»:

оформление презентации не соответствует заявленным требованиям. Работа характеризуется отсутствием единого стиля. Обучающийся представляет разрозненные сведения, которые слабо коррелируют с заявленной темой исследования, текст доклада

зачитывается, обучающимся часто допускаются ошибки в изложении материала, допускаются ошибки в использовании научной и профессиональной терминологии. Ответы на дополнительные вопросы обучающийся не дает.

5. Организация самостоятельной работы обучающего при подготовке к текущей, промежуточной аттестациям

Текущий контроль осуществляется систематически с целью установления уровня овладения заявленными в рабочей программе дисциплины/практики компетенциями при изучении. В течение года в соответствии с программой дисциплины проводятся текущие аттестации. Форма проведения текущей аттестации (письменное / устное собеседование, тестирование, решение ситуационных задач, защита реферата) определяется руководителем курса и доводится до обучающихся. Вопросы по текущей аттестации доводятся до сведения обучающихся не позднее 3 дней до проведения аттестации.

Подготовка к промежуточной аттестации предполагает систематизацию обучающимся усвоенных в ходе обучения по дисциплинам профессиональных знаний и умений. Программа промежуточной аттестации экзамена имеет обобщающий характер и ориентирует обучающегося в процессе подготовки к нему на актуализацию знаний, умений и навыков, отражающих наиболее существенные компоненты содержания дисциплин, закрепление в профессиональном сознании комплексного и целостного знания.

Подготовка к промежуточной аттестации является формой самостоятельной работы обучающегося. Ее эффективной организации будут способствовать рекомендованные перечни основной и дополнительной литературы, информационных и электронно-образовательных ресурсов, а также список вопросов, которые составляют основу для итогового анализа профессиональной компетентности обучающегося и оценки ее соответствия требованиям ФГОС по компетенциям, закрепленным за дисциплинами. Ориентируясь в перечнях основной и дополнительной литературы, обучающийся может выбрать из них как основополагающие источники, так и те, которые позволят углубить и расширить знания по актуальным проблемам специальностей, систематизировать их и отразить в комплексе.

В ходе подготовки к промежуточной аттестации рекомендуется составлять развернутый план ответа на вопрос программы экзамена, что обеспечит логическую последовательность изложения материала. Продумывая структуру ответа, необходимо: во-первых, уделить внимание раскрытию теоретической сущности явления или понятий, обозначенных в контрольно-измерительном материале, во-вторых, осветить содержание и закономерности рассматриваемых явлений, отразить состояние их изученности в современной медицине. Обучающийся должен продемонстрировать на промежуточной аттестации владение категориальным аппаратом дисциплин, показать умение использовать знания, полученные при изучении дисциплин для анализа современных тенденций в медицине, применять их для решения профессиональных задач врачей по специальностям.

В ходе подготовки к промежуточной аттестации обучающемуся рекомендуется использовать весь набор методов и средств современных информационных технологий для изучения содержания отечественной и зарубежной литературы по дисциплине, анализа и оценки ее текущего состояния и перспектив развития.

При подготовке к промежуточной аттестации рекомендуется активно применять следующие образовательные и профессионально-ориентированные технологии:

– информационные технологии – компьютерные технологии, в том числе доступ в Интернет (для получения учебной и учебно-методической информации, представленной в научных электронных журналах и на сайтах библиотек);

– информационно-коммуникационные технологии.

Оценка знаний, умений и навыков, характеризующая этапы формирования компетенций в рамках изучения дисциплины осуществляется в ходе текущей и промежуточной аттестаций.
Форма проведения текущей/ промежуточной аттестации определяется рабочей программой дисциплины. Оценивание компетенций, вынесенных на промежуточную аттестацию в форме экзамена, осуществляется по четырехбалльной шкале:
оценка «отлично» - 5 баллов
оценка «хорошо» - 4 балла
оценка «удовлетворительно» - 3 балла
оценка «неудовлетворительно» - 2 балла.
При сдаче промежуточной аттестации в форме зачета:
«зачтено» - 3-5 баллов или «не зачтено» - 2 балла.

6. Методические материалы по самостоятельной работе обучающегося при прохождении производственной(клинической) практики

Производственная (клиническая) практика составлена по модулям – дисциплинам и проводится в форме контактной и самостоятельной работы обучающегося.
Контактная работа предусматривает работу руководителя практики с обучающимся в форме индивидуальных/групповых консультаций.
К самостоятельной работе по практикам относятся следующие виды работ обучающегося:
- ознакомление с нормативно-правовым обеспечением практик, включая программы практик;
- изучение законодательной и нормативно-правовой обеспеченности профессиональной деятельности в сфере обращения лекарственных средств в предметной области практики;
- выполнение заданий, заполнение отчета о прохождении практики;
- подготовка к промежуточной аттестации по итогам практики.
По окончании практики обучающийся оформляет отчёт. Материал для составления отчета собирается и накапливается с первого дня практики. Отчет должен содержать самоанализ выполненной работы обучающимся.
Во время прохождения практики необходимо выполнение следующих условий:
- Явиться на установочное собрание, проводимое руководителем практики и получить пакет документов в учебно-методическом отделе.
- В первый день практики прийти на базу к 8 часам утра, и представиться общему руководителю.
- Быть одетым строго по форме и следить за ее чистотой. Иметь сменную обувь.
- Работать строго по графику. Пропущенные дни, даже по уважительной причине, отрабатываются в дополнительное время.
- Ознакомиться с документацией структурных подразделений (поликлиника, стационар, приемный покой, в отделениях - процедурные кабинеты, пост и т.д.).
- Активно участвовать в общественной жизни структурных подразделений, а также в санитарно-просветительной работе.
- Бережно относиться к имуществу лечебно-профилактических учреждений.
- Быть дисциплинированными, спокойными и вежливыми в обращении с товарищами по работе, с больными и их родственниками, в отделениях соблюдать тишину и порядок.
- Ежедневно и аккуратно вести отчет, заполнять листы обязательных манипуляций.
Критерии оценки промежуточной аттестации по производственной (клинической) практике представлены в Таблице 6.

Таблица 6 – Критерии оценки промежуточной аттестации по производственной практике

Критерии оценки	Шкала оценок

Обучающийся предоставил оформленный соответствующим образом, отчет и отзыв с положительной характеристикой руководителя практики; продемонстрировал систематические знания по контролируемым компетенциям; владеет способностью и готовностью применять знания, умения и навыки для решения профессиональных задач на практике; в ответе присутствует четкая структура, логическая последовательность, современная профессиональная терминология; ответ обоснован нормативной документацией и конкретными примерами из производственной практики.	Зачтено
Обучающийся предоставил неполный перечень отчетной документации; демонстрирует полное отсутствие или фрагментарные знания, умения и навыки по контролируемой компетенции и неспособность применять их на практике для решения профессиональных задач; не в состоянии обосновать свой ответ нормативной документацией и примерами из производственной практики; дополнительные и уточняющие вопросы преподавателя не приводят к коррекции ответа	Не зачтено

МИНИСТЕРСТВО НАУКИ И ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования
«Чеченский государственный университет имени Ахмата Абдулхамидовича Кадырова»

МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ
Кафедра химических дисциплин и фармакологии

МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ИЗУЧЕНИЮ УЧЕБНОЙ ДИСЦИПЛИНЫ «ФАРМАКОЛОГИЯ»

Специальность	Лечебное дело
Код специальности	31.05.01
Квалификация выпускника	Врач-лечебник
Форма обучения	Очная

Грозный

Эвзиева Х.С. Методические рекомендации по изучению учебной дисциплины «Фармакология» / Сост. Эвзиева Х.С. – Грозный: ФГБОУ ВО «Чеченский государственный университет им. А.А. Кадырова».

Методические рекомендации по изучению учебной дисциплины «Фармакология» рассмотрены и одобрены на заседании кафедры химических дисциплин и фармакологии, рекомендованы к использованию в учебном процессе (протокол № 9 от «12» мая 2025 г.), составлены в соответствии с требованиями ФГОС ВО по специальности 31.05.01 Лечебное дело (специалитет), утвержденного приказом Минобрнауки России от 12.08.2020 № 988.

© Эвзиева Х.С.

© ФГБОУ ВО «Чеченский государственный университет им. А.А. Кадырова».

СОДЕРЖАНИЕ

1. Общие положения.....4

2. Методические рекомендации по изучению дисциплины в процессе аудиторных занятий....4

2.1. Рекомендации по подготовке к лекционным занятиям (теоретический курс).....4

2.2. Рекомендации по подготовке к практическим (семинарским) занятиям.....4

3. Методические рекомендации по выполнению различных форм самостоятельных заданий 4

3.1. Методические рекомендации по работе с литературой.....5

3.2. Методические рекомендации по подготовке научного доклада.....5

3.3. Методические рекомендации по подготовке реферата.....6

1. Общие положения

Методические указания по освоению дисциплины «Фармакология» адресованы студентам очной формы обучения.

Учебным планом по направлению подготовки 31.05.01 «Лечебное дело» предусмотрены следующие виды занятий:

- лекции;
- практические занятия;

2. Методические рекомендации по изучению дисциплины в процессе аудиторных занятий.

2.1. Рекомендации по подготовке к лекционным занятиям (теоретический курс)

Изучение дисциплины требует систематического и последовательного накопления знаний.

Студентам необходимо вести конспект прослушанных лекций. Перед очередной лекцией необходимо просмотреть по конспекту материал предыдущей лекции. При затруднениях в восприятии материала следует обратиться к основным литературным источникам. Если разобраться в материале не удалось, то следует обратиться к лектору (по графику его консультаций) или к преподавателю на практических занятиях.

2.2. Рекомендации по подготовке к практическим (семинарским) занятиям

Студентам следует:

- ознакомиться с заданием к занятию; определить примерный объем работы по подготовке к ним; выделить вопросы и задачи, ответы на которые или выполнение и решение без предварительной подготовки не представляется возможным;
- иметь в виду и то, что в библиотеке учебного заведения не всегда имеются в наличии все рекомендованные источники, их необходимо найти заранее.
- приносить с собой рекомендованную преподавателем литературу к конкретному занятию;
- до очередного практического занятия по рекомендованным литературным источникам проработать теоретический материал, соответствующей темы занятия;
- пользоваться техническими средствами обучения и дидактическими материалами, которыми располагает учебное заведение.
- при подготовке к практическим занятиям следует обязательно использовать не только лекции, учебную литературу, но и нормативно-правовые акты и материалы правоприменительной практики;
- теоретический материал следует соотносить с правовыми нормами, так как в них могут быть внесены изменения, дополнения, которые не всегда отражены в учебной литературе;
- при ответах на вопросы и решения задач необходимо внимательно прочитать их текст и попытаться дать аргументированное объяснение с обязательной ссылкой на соответствующую правовую норму;
- в начале занятий задать преподавателю вопросы по материалу, вызвавшему затруднения в его понимании и освоении при решении задач, заданных для самостоятельного решения;
- по ходу семинара давать конкретные, четкие ответы по существу вопросов. Структура ответов может быть различной: либо вначале делается вывод, а затем приводятся аргументы, либо дается развернутая аргументация принятого решения, на основании которой предлагается ответ. Возможны и несколько вариантов ответов, которые должны быть обоснованны.
- на занятии доводить каждую задачу до окончательного решения, демонстрировать понимание проведенного анализа проблемной ситуации, в случае затруднений обращаться к преподавателю.

Студентам, пропустившим занятия (независимо от причин), не имеющие письменного решения задач или не подготовившиеся к данному практическому занятию, рекомендуется не позже чем в 2-недельный срок явиться на консультацию к преподавателю и отчитаться по теме, изучавшейся на занятии. Студенты, не отчитавшиеся по каждой не проработанной ими на занятиях теме к началу зачетной сессии, упускают возможность получить положенные баллы за работу в соответствующем семестре.

3. Методические рекомендации по выполнению различных форм самостоятельных заданий

Самостоятельная работа студентов включает в себя выполнение различного рода заданий, которые ориентированы на более глубокое усвоение материала изучаемой дисциплины. По каждой теме учебной дисциплины студентам предлагается перечень заданий для самостоятельной работы.

К выполнению заданий для самостоятельной работы предъявляются следующие требования: задания должны исполняться самостоятельно и представляться в установленный срок, а также соответствовать установленным требованиям по оформлению.
Студентам следует:
- руководствоваться графиком самостоятельной работы, определенным рабочей программой дисциплины;
- выполнять все плановые задания, выдаваемые преподавателем для самостоятельного выполнения, и разбирать на семинарах и консультациях неясные вопросы;
- использовать при подготовке нормативные документы университета.

3.1. Методические рекомендации по работе с литературой.

Любая форма самостоятельной работы студента (подготовка к семинарскому занятию, написание эссе, курсовой работы, доклада и т.п.) начинается с изучения соответствующей литературы.
К каждой теме учебной дисциплины подобрана основная и дополнительная литература, которая указана в соответствующем разделе рабочей программы.
Основная литература - это учебники и учебные пособия.
Дополнительная литература - это монографии, сборники научных трудов, журнальные и газетные статьи, различные справочники, энциклопедии, интернет ресурсы.
Рекомендации студенту:
выбранную монографию или статью целесообразно внимательно просмотреть. В книгах следует ознакомиться с оглавлением и научно-справочным аппаратом, прочитать аннотацию и предисловие. Целесообразно ее пролистать, рассмотреть иллюстрации, таблицы, диаграммы, приложения. Такое поверхностное ознакомление позволит узнать, какие главы следует читать внимательно, а какие прочитать быстро;
- в книге или журнале, принадлежащие самому студенту, ключевые позиции можно выделять маркером или делать пометки на полях. При работе с Интернет -источником целесообразно также выделять важную информацию;
- если книга или журнал не являются собственностью студента, то целесообразно записывать номера страниц, которые привлекли внимание. Позже следует возвратиться к ним, перечитать или переписать нужную информацию. Физическое действие по записыванию помогает прочно заложить данную информацию в «банк памяти».
Выделяются следующие виды записей при работе с литературой:
Конспект - краткая схематическая запись основного содержания научной работы. Целью является не переписывание произведения, а выявление его логики, системы доказательств, основных выводов. Хороший конспект должен сочетать полноту изложения с краткостью.
Цитата - точное воспроизведение текста. Заключается в кавычки. Точно указывается страница источника.
Тезисы - концентрированное изложение основных положений прочитанного материала.
Аннотация - очень краткое изложение содержания прочитанной работы. Резюме - наиболее общие выводы и положения работы, ее концептуальные итоги.
Записи в той или иной форме не только способствуют пониманию и усвоению изучаемого материала, но и помогают вырабатывать навыки ясного изложения в письменной форме тех или иных теоретических вопросов.

3.2. Методические рекомендации по подготовке научного доклада

Одной из форм самостоятельной работы студента является подготовка научного доклада, для обсуждения его на практическом (семинарском) занятии.
Цель научного доклада - развитие у студентов навыков аналитической работы с научной литературой, анализа дискуссионных научных позиций, аргументации собственных взглядов. Подготовка научных докладов также развивает творческий потенциал студентов.
Научный доклад готовится под руководством преподавателя, который ведет практические (семинарские) занятия.
Рекомендации студенту:
- перед началом работы по написанию научного доклада согласовать с преподавателем тему, структуру, литературу, а также обсудить ключевые вопросы, которые следует раскрыть в докладе;
- представить доклад научному руководителю в письменной форме;
- выступить на семинарском занятии с 5-7-минутной презентацией своего научного доклада, ответить на вопросы студентов группы.

Требования:
- к оформлению научного доклада: шрифт - Times New Roman, размер шрифта -14, межстрочный интервал -1, размер полей – 2 см, отступ в начале абзаца - 1 см, форматирование по ширине); листы доклада скреплены скоросшивателем. На титульном листе указывается наименование учебного заведения, название кафедры, наименование дисциплины, тема доклада, ФИО студента;
- к структуре доклада - введение (указывается актуальность, цель и задачи), основная часть, выводы автора, список литературы (не менее 5 позиций источников научной литературы (научные статьи и монографии). Объем согласовывается с преподавателем. В конце работы ставится дата ее выполнения и подпись студента, выполнившего работу.
Общая оценка за доклад учитывает содержание доклада, его презентацию, а также ответы на вопросы.

3.3. Методические рекомендации по подготовке реферата

Целью написания рефератов является:
- привитие студентам навыков библиографического поиска необходимой литературы (на бумажных носителях, в электронном виде);
привитие студентам навыков компактного изложения мнения авторов и своего суждения по выбранному вопросу в письменной форме, научно грамотным языком и в хорошем стиле;
- приобретение навыка грамотного оформления ссылок на используемые источники, правильного цитирования авторского текста;
- выявление и развитие у студента интереса к определенной научной и практической проблематике с тем, чтобы исследование ее в дальнейшем продолжалось в подготовке и написании курсовых и дипломной работы и дальнейших научных трудах.
Основные задачи студента при написании реферата:
- с максимальной полнотой использовать литературу по выбранной теме (как рекомендуемую, так и самостоятельно подобранную) для правильного понимания авторской позиции;
- верно (без искажения смысла) передать авторскую позицию в своей работе;
- уяснить для себя и изложить причины своего согласия (несогласия) с тем или иным автором по данной проблеме.
Требования к содержанию:
- материал, использованный в реферате, должен относится строго к выбранной теме;
- необходимо изложить основные аспекты проблемы не только грамотно, но и в соответствии с той или иной логикой (хронологической, тематической, событийной и др.)
- при изложении следует сгруппировать идеи разных авторов по общности точек зрения или по научным школам;
- реферат должен заканчиваться подведением итогов проведенной исследовательской работы: содержать краткий анализ-обоснование преимуществ той точки зрения по рассматриваемому вопросу, с которой Вы солидарны.

Структура реферата.
1. Титульный лист.
На титульном листе указывается наименование учебного заведения, название кафедры, наименование дисциплины, тема реферата, ФИО студента, ФИО и должность проверившего преподавателя;
2. Оглавление.
Оглавление - это план реферата, в котором каждому разделу должен соответствовать номер страницы, на которой он находится.
3. Текст реферата.
Текст реферата делится на три части: введение, основная часть и заключение.
а) Введение - раздел реферата, посвященный постановке проблемы, которая будет рассматриваться и обоснованию выбора темы.
б) Основная часть - это звено работы, в котором последовательно раскрывается выбранная тема. Основная часть может быть представлена как цельным текстом, так и разделена на главы. При необходимости текст реферата может дополняться иллюстрациями, таблицами, графиками, но ими не следует "перегружать" текст.
в) Заключение - данный раздел реферата должен быть представлен в виде выводов, которые готовятся на основе подготовленного текста. Выводы должны быть краткими и четкими. Также в

заключении можно обозначить проблемы, которые "высветились" в ходе работы над рефератом, но не были раскрыты в работе.

4. Список источников и литературы.

В данном списке называются как те источники, на которые ссылается студент при подготовке реферата, так и все иные, изученные им в связи с его подготовкой. В работе должно быть использовано не менее 7 разных источников. Работа, выполненная с использованием материала, содержащегося в одном научном источнике, является явным плагиатом и не принимается. Оформление Списка источников и литературы должно соответствовать требованиям, принятым в университете.

Объем и технические требования, предъявляемые к выполнению реферата.

Объем работы должен быть, как правило, не менее 15 и не более 20 страниц. Работа должна выполняться через одинарный интервал 14 шрифтом, размеры оставляемых полей - 2 см. Страницы должны быть пронумерованы.

При цитировании необходимо соблюдать следующие правила:

- текст цитаты заключается в кавычки и приводится без изменений, без произвольного сокращения цитируемого фрагмента (пропуск слов, предложений или абзацев допускается, если не влечет искажения всего фрагмента, и обозначается многоточием, которое ставится на месте пропуска) и без искажения смысла;
- каждая цитата должна сопровождаться ссылкой на источник, библиографическое описание которого должно приводиться в соответствии с предъявляемыми требованиями.

МИНИСТЕРСТВО НАУКИ И ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования
«Чеченский государственный университет
имени Ахмата Абдулхамидовича Кадырова»

МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ
Кафедра гуманитарных, естественнонаучных и социальных дисциплин

МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ИЗУЧЕНИЮ УЧЕБНОЙ ДИСЦИПЛИНЫ «Физика, математика»

Код направления подготовки (специальности)	31.05.01
Направление подготовки (специальности)	Лечебное дело
Квалификация выпускника	Врач- лечебник
Форма обучения	Очная

Грозный

СОДЕРЖАНИЕ

1. Методические основы по организации самостоятельной работы обучающихся.
2. Методические рекомендации для организации и проведения практических занятий.
3. Методические рекомендации по выполнению рефератов.
4. Методические рекомендации по подготовке и созданию презентаций.
5. Организация самостоятельной работы обучающихся при подготовке к текущей, промежуточной аттестациям.
6. Методические материалы по самостоятельной работе обучающегося при прохождении производственной практики

1. Методические основы по организации самостоятельной работы обучающихся

Самостоятельная работа по дисциплинам является обязательным элементом федеральных государственных образовательных стандартов по программам высшего образования.

Самостоятельная работа обучающегося – организационная форма обучения - система педагогических условий, обеспечивающих управление учебной деятельностью обучающихся по освоению знаний и умений в учебной и научной деятельности без посторонней помощи.

Самостоятельная работа обучающихся является специфическим педагогическим средством организации и сопровождения самостоятельной деятельности обучающихся в учебном процессе.

Цели

К целям самостоятельной работы относится:

— формирование способностей у обучающегося к саморазвитию, самосовершенствованию и самореализации;

— развитие исследовательских умений.

— фиксирование и систематизирование полученных теоретических познаний и практического опыта; формирование умений использовать научную, правовую, справочную и специальную литературу;

— развитие познавательных способностей и инициативности обучающихся, ответственность, организованность, стремление к саморазвитию; формирование умения правильно пользоваться полученным ранее материалом, собранным в процессе самостоятельного наблюдения, выполнения заданий различного характера.

Формы самостоятельной работы

При обучении используются следующие виды и формы самостоятельной работы:

— подготовка к практическим занятиям;

— подготовка и написание рефератов; - подготовка докладов на заданные темы рефератов, либо выбранные по заданному направлению;

— изучение и систематизация нормативно-правовых документов, регламентирующих деятельность в сфере обращения лекарственных средств в части организационно-управленческих вопросов с использованием информационно-справочных систем «Консультант Плюс», «Консультант врача», компьютерной сети «Интернет»;

— изучение учебной, научной и методической литературы, материалов периодической литературы с использованием электронных библиотечных систем, официальных статистических данных, научной периодики; - создание презентации;

— подготовка к устному опросу, к дискуссии;

— тестирование;

— решение ситуационных задач;

— подготовка к текущей, промежуточной аттестации и т.д.

Контроль результатов внеаудиторной самостоятельной работы преподаватель осуществляет в начале каждого семинарского/практического занятия.

Контроль результатов аудиторной самостоятельной работы осуществляется в пределах времени, отведенного на практические занятия по дисциплине. В зависимости от сложности познавательной деятельности при изучении дисциплин используется три уровня самостоятельной работы:

— репродуктивная самостоятельная работа, которая включает изучение основной и дополнительной рекомендованной литературы, изучение методических рекомендаций к занятию, решение типовых задач, ситуаций;

— реконструктивная самостоятельная работа включает в себя подготовку к презентациям, сообщениям по заданной теме, решение профессиональных задач, моделирование профессиональной деятельности;

— творческая самостоятельная работа включает анализ, обобщение и систематизацию научных и нормативно-правовых документов, самостоятельное составление ситуаций, задач, проектов, составление выступлений по проблемам профессиональной деятельности.
Контроль результатов внеаудиторной самостоятельной работы преподаватель осуществляет на семинарском/практическом занятии.
Самостоятельная работа начинается с изучения рабочей программы дисциплины, отражена в рабочих программах дисциплин.
Для конспектирования лекционного материала, а также выполнения семинарских/практических работ требуются рабочие тетради.
Самостоятельная работа обучающегося подразделяется на аудиторную и внеаудиторную самостоятельную работу
Аудиторная самостоятельная работа по дисциплинам выполняется на учебных занятиях (семинарские или практические) под непосредственным руководством преподавателя и по его заданию.
Основными видами аудиторной самостоятельной работы являются:
— выполнение практических работ;
— работа с нормативно-правовыми документами в области обращения лекарственных средств;
— решение ситуационных/симуляционных задач;
— презентация результатов научно-исследовательской работы по заданным темам
Выполнение практических работ осуществляется на семинарских/практических занятиях в соответствии с графиком учебного процесса и расписанием занятий.
Работа с основной, дополнительной литературой, эмпирическими и статистическими данными, как правило, основана на изучении документов и данных, их обобщении и представлении.
Решение ситуационных задач используется на семинарских/практических занятиях. Проблемная/ситуационная задача должна иметь четкую формулировку, к ней должны быть поставлены вопросы, ответы на которые необходимо найти и обосновать.
Критерии для оценки каждого вида аудиторной самостоятельной работы обучающегося разрабатываются преподавателем для конкретной дисциплины /цикла из предложенного перечня критериев оценки результатов аудиторной самостоятельной работы:
— уровень освоения учебного материала;
— умение использовать теоретические знания при выполнении лабораторных, практических, ситуационных, симуляционных задач;
— сформированность заявленных умений по теме аудиторного занятия;
— обоснованность и четкость изложения ответов;
— оформление материала в соответствии с требованиями, заявленными в задании;
— уровень самостоятельности обучающегося при выполнении аудиторной самостоятельной работы.
Внеаудиторная самостоятельная работа является элементом каждой темы дисциплин.
Планирование времени, необходимого на внеаудиторное самостоятельное изучение дисциплин, обучающие должны осуществлять весь семестр, предусматривая при этом регулярное повторение материала.
Материал, законспектированный на лекциях, необходимо регулярно прорабатывать и дополнять сведениями из других источников литературы, представленных не только в программах дисциплин, но и в периодических профильных научных изданиях, материалах конференций.
При изучении дисциплин сначала необходимо по каждой теме прочитать рекомендованную литературу и составить краткий конспект основных положений, терминов, сведений, требующих запоминания и являющихся основополагающими в этой теме для освоения последующих тем курса. Для расширения знания по дисциплине

рекомендуется использовать Интернет-ресурсы; проводить поиски в различных системах и использовать материалы сайтов, рекомендованных преподавателем.
При выполнении самостоятельной работы по написанию реферата необходимо: прочитать теоретический материал в рекомендованной литературе, периодических изданиях, на Интернет-сайтах; творчески переработать изученный материал и представить его для отчета в форме реферата, проиллюстрировав схемами, диаграммами, фотографиями и рисунками.
Тексты докладов и рефератов должны быть изложены внятно, простым и ясным языком.
Для обеспечения внеаудиторной самостоятельной работы по каждой теме дисциплин/блоку разработаны:
а) перечень основной и дополнительной литературы;
б) вопросы для самоконтроля.
При выполнении внеаудиторной самостоятельной работы обучающийся имеет право обращаться к преподавателю за консультацией с целью уточнения задания, формы контроля выполненного задания.
Контроль результатов внеаудиторной самостоятельной работы отражается в индивидуальном плане после выполнения внеаудиторной самостоятельной работы.
Критерии оценки внеаудиторной работы формируются преподавателем самостоятельно для каждого вида работы. Основными критериями оценки внеаудиторной работы обучающегося выступают:
- уровень освоения материала;
- уровень умения использовать теоретические знания при выполнении заданий, решении ситуационных задач;
- обоснованность и четкость изложения ответов,
- результаты тестирования по шкале оценок;
- уровень умения использовать электронные образовательные ресурсы;
- умение четко формулировать проблему, предложив ее решение, критическая оценка последствий решения;
- уровень умения сформулировать собственную позицию и аргументировать ее.

Качество выполнения внеаудиторной самостоятельной работы оценивается посредством текущего контроля самостоятельной работы обучающегося. Текущий контроль представляет собой форму планомерного контроля качества и объема осваиваемых компетенций в процессе изучения конкретной дисциплины, проводится на семинарских/практических занятиях и во время индивидуальной работы преподавателя с обучающимися.

Шкала оценивания внеаудиторной самостоятельной работы:
Зачтено – задание выполнено полно и правильно, изложено в правильных нормативных формулировках с использованием точного понятийного аппарата, с использованием рекомендованных источников литературы, продемонстрировано умение формулировать проблему, предложены пути ее решения, проведена критическая оценка последствий такого решения, а также умение формулировать собственную позицию и аргументировать ее.
Не зачтено – обучающийся не выполнил задание либо выполнил не в полном объеме, демонстрирует несформированность понятийного аппарата по теме, отсутствие умения формулировать проблему, обобщать материал, не может аргументировать свой ответ.

2. Методические рекомендации для организации и проведения практических занятий

Практическое занятие - вид учебных занятий, при котором в результате предварительной работы над учебным материалом преподавателя и студента, в обстановке их контактной работы в аудитории решаются задачи познавательного и воспитательного характера.
Цель такой формы обучения – углубленное изучение дисциплины, закрепление полученного теоретического материала в форме внеаудиторной самостоятельной работы, овладение методологией научного познания и формирования базовых умений. Немаловажным преимуществом практических занятий является и формирование навыков профессиональной дискуссии.
Задачи практических занятий:

- мотивация к регулярному изучению теоретического учебного материала, основной, дополнительной литературы;
- закрепление теоретических знаний, полученных при прослушивании лекций и во время внеаудиторной самостоятельной работы;
- получение навыков устного и публичного выступления по теоретическим вопросам, включая навыки по свободному оперированию организационными и управленческими понятиями и категориями;
- формирование навыков по универсальным и профессиональным компетенциям;
- возможность преподавателю систематически контролировать как самостоятельную работу студента, так и свою работу.

Практические занятия проводятся по плану.
Каждая тема практического занятия, как правило, включает: цель занятия, перечень основных и дополнительных источников литературы, вопросы к устному обсуждению на занятии, ситуационные задачи и перечень заданий, которые обучающиеся самостоятельно должны решить на практическом занятии.
Каждое практическое занятие посвящено, как правило, изучению нескольких компетенций и включает три основных этапа.
Первый этап - устный опрос по заранее сформулированным вопросам либо представление докладов/презентаций, подготовленных в рамках внеаудиторной самостоятельной работы по заранее сформулированным требованиям. Важнейшей частью этапа, является обсуждение представленных докладов/презентаций. Цель преподавателя – организовать обмен мнениями, дискуссию в группе, скорректировать уровень подготовленности студентов.
Одним из возможных элементов первого этапа является решение ситуационных задач, которые максимально приближены к профессиональной деятельности.
Требования к ответам обучающихся – самостоятельность в подборе фактического материала и аналитическом отношении к нему, умение рассматривать примеры и факты во взаимосвязи и взаимообусловленности, отбирать наиболее существенные из них.
Для оценивания первого (теоретического) этапа занятия используются знания, умения, владения, которые заявлены на каждое занятие:
1) знание учебного материала и владение понятийным аппаратом по теме занятия;
2) умение связывать теорию с практикой;
3) умение иллюстрировать ответ примерами, фактами, данными научных исследований;
4) умение применять теоретические знания при решении ситуационных задач.
Второй этап – аудиторное самостоятельное выполнение семинарских /практических заданий, которые обучающийся выполняет индивидуально либо в группе, если такое предусмотрено заданием.
В процессе выполнения самостоятельной аудиторной работы обучающийся имеет право на получение индивидуальных консультаций у преподавателя.
По окончании выполнения аудиторной самостоятельной работы обучающийся сдает отчет о выполнении самостоятельных лабораторных заданий преподавателю, который оценивается по шкале «зачет/незачет».
Критерии оценивания практического занятия осуществляются по следующим критериям:

1. своевременное выполнение внеаудиторной самостоятельной работы по изучаемой теме;
2. демонстрируемый обучающимся уровень усвоения заявленной к освоению компетенции (знания, умения, навыки);
— хорошее знание и уверенное владение на занятии теоретическим содержанием учебного материала;
— адекватное применение теоретического материала к решению ситуационных задач, заданий для аудиторной самостоятельной работы;
— умение аргументировать свои решения, развернуто отвечать на дополнительные вопросы преподавателя.
3. Соблюдение организационных и дисциплинарных требований, предъявляемых к обучающемуся на семинарских/практических занятиях: аккуратный внешний вид, соблюдение дисциплины на занятиях, полнота и своевременность представления выполненных заданий в полном объеме (не позднее даты окончания занятия и в полном соответствии с предъявляемыми к их содержанию и качеству оформления).
Третий этап – заключительный. Преподаватель дает общую оценку уровня подготовленности обучаемых к практическим занятиям, характеризует активность каждого обучающегося на занятии и озвучивает оценки каждому обучающемуся с их обоснованием.

Шкала оценивания осуществляется по четырехбалльной шкале (таблица 2)

Критерии оценивания лабораторного/практического занятия	Шкала оценок
Полное соответствие работы обучающегося требованиям. Обучающийся демонстрирует уверенные знания, способен творчески решать поставленные задачи, самостоятельно демонстрирует умения, обладает некоторыми навыками. Обучающийся успешно выполнил внеаудиторную самостоятельную работу, демонстрирует глубокое теоретическое знание по изучаемой теме, умение его применять на практике (в установленный срок сдал протоколы занятия/представил и защитил доклады/презентации и др.).	Отлично
Работа обучающегося содержит неполное соответствие требованиям. Обучающийся демонстрирует хорошее знание материала, способен творчески решать поставленные задачи, демонстрирует базовые умения. Обучающийся выполнил внеаудиторную самостоятельную работу, продемонстрировал знание учебного материала, содержатся отдельные пробелы в умении применить полученные теоретические знании к решению ситуационных задач .	Хорошо
Работа обучающегося содержит неполное соответствие требованиям. Обучающийся демонстрирует знание базового материала, способен решать поставленные задачи под руководством преподавателя, освоил базовые умения. Успешно выполнил внеаудиторную самостоятельную работу, продемонстрировал знание учебного материала, но затрудняется интерпретировать его практически.	Удовлетвори тельно
Работа не соответствует требованиям.	Неудовлетво рительно

3. Методические рекомендации по организации и выполнению рефератов
Реферат предусматривает углубленное изучение дисциплины, способствует развитию навыков самостоятельной работы с литературными источниками.
Реферат – краткое изложение в письменном виде содержания научного труда по предоставленной теме. Это самостоятельная научноисследовательская работа, где

обучающийся раскрывает суть исследуемой проблемы с элементами анализа по теме реферата. Приводит различные точки зрения, а также собственные взгляды на проблемы темы реферата.
Содержание реферата должно быть логичным, изложение материала носить проблемно-тематический характер.
Объем реферата может колебаться в пределах 15-20 печатных страниц.
Основные разделы: оглавление (план), введение, основное содержание, заключение, список литературы.
Текст реферата должен содержать следующие разделы:
— титульный лист реферата (приложение 2);
— ведение, актуальность темы.
— основной раздел.
— заключение
— список литературных источников
Список литературных источников- библиографическое описание используемых источников литературы, в том числе и интернет-источников, оформленное по ГОСТ 7.1 – 2003; 7.80 – 2000; должен иметь не менее 10 библиографических названий, включая сетевые ресурсы.
Текстовая часть реферата оформляется на листе следующего формата:
— отступ сверху – 2 см;
— отступ слева – 3 см;
— отступ справа – 1,5 см;
— отступ снизу – 2,5 см;
— шрифт текста: Times New Roman, высота шрифта – 14, пробел – 1,5;
— нумерация страниц – снизу листа. На первой странице номер не ставится.
Реферат должен быть выполнен грамотно с соблюдением культуры изложения. Обязательно должны иметься ссылки на используемую литературу, включая периодическую литературу за последние 5 лет.
Критерии оценки реферата:
— актуальность темы исследования;
— соответствие содержания теме;
— глубина проработки материала;
— правильность и полнота разработки темы;
— значимость выводов для дальнейшей практической деятельности;
— правильность и полнота использования литературы;
— соответствие оформления реферата стандарту;
— качество сообщения и ответов на вопросы при защите реферата.
Практическое занятие по защите рефератов может проводиться в качестве «круглого стола» в форме представления докладов, посвященных теме занятия, по следующим этапам:
Этап 1. Каждый обучающийся представляет собственный доклад (обязательно использование презентации) по выбранной теме. Доклад 5-7 минут. Обсуждение доклада, вопросы – 2-3 минуты.
Этап 2. Оценка докладов и презентаций, представленных в группе (таблица 3).

Таблица 3 - Шкала оценки докладов на практическом занятии

Критерии оценки	Шкала оценок
1. Доклад четко выстроен, сопровождается презентацией, отражающей проблематику доклада, имеет четкие выводы, полностью характеризующие работу. Автор отлично ориентируется в материале и	Отлично

отвечает на все вопросы, владеет специальной терминологией. 2. Обучающийся активно участвует в обсуждении докладов других обучающихся из группы	
1. Доклад структурирован, презентация не отражает в полной мере содержание доклада, допущены неточности, выводы нечеткие. Автор затрудняется ответить на вопросы, слабо использует специальную терминологию. 2. Обучающийся участвует в обсуждении докладов других обучающихся из группы	Хорошо
1. Доклад структурирован, содержание не полностью раскрывает цель доклада, отсутствует презентация. 2. Обучающийся пассивен при обсуждении докладов других обучающихся из группы	Удовлетвори тельно
1. Доклад не структурирован/отсутствует, презентация отсутствует. Автор не владеет материалом. 2. Обучающийся не участвует в обсуждении докладов.	Неудовлетво рительно

4. Методические рекомендации по подготовке и созданию презентаций

Создание материалов-презентаций — это вид самостоятельной работы обучающихся по созданию наглядных информационных пособий, выполненных с помощью мультимедийной компьютерной программы PowerPoint.

Этот вид работы требует координации навыков обучающегося по сбору, систематизации, переработке информации, оформления ее в виде подборки материалов, кратко отражающих основные вопросы изучаемой темы, в электронном виде. Создание презентаций расширяет методы и средства обработки и представления учебной информации, формирует у обучающихся навыки работы на компьютере.

Презентации готовятся обучающимся в виде слайдов с использованием программы Microsoft PowerPoint.

Обучающийся при подготовке презентации должен выполнить следующий комплекс взаимосвязанных видов самостоятельной работы:

— изучить материалы темы, выделяя главное и второстепенное;

— установить логическую связь между элементами темы;

— представить характеристику элементов в краткой форме;

— выбрать опорные сигналы для акцентирования главной информации и отобразить в структуре работы;

— оформить презентацию в соответствии с рекомендациями (таблица 4), разместить ее в электронной образованной среде университета, к установленному сроку либо представить на практическое/лабораторное занятие.

Таблица 4 - Методические рекомендации по оформлению презентации

Критерии оценки	Шкала оценок
1. Стиль	1.1 Соблюдайте единый стиль оформления. 1.2 Избегайте стилей, которые будут отвлекать от самой презентации. 1.3 Вспомогательная информация не должны преобладать над основной информацией (текст, рисунки).
2. Фон	Для фона предпочтительнее использовать более холодные тона (синий или зеленый).
3. Использование цвета	3.1 На одном слайде рекомендуется использовать не более трех цветов: один для фона, один для заголовков, один для текста. для фона и текста используйте контрастные цвета. 3.2. Обратите особое внимание на цвет гиперссылок (до и после

	использования).
4 Текст/ представление информации	4.1 Используйте короткие слова и предложения. 4.2. Минимизируйте количество предлогов, наречий, прилагательных. 4.3.Заголовки должны привлекать внимание аудитории. 4.4 Предпочтительно горизонтальное расположение информации. 4.5 Наиболее важная информация должна располагаться в центре экрана. Если на слайде располагается картинка, надпись должна располагаться под ней. 4.6 Наибольшая эффективность достигается тогда, когда ключевые пункты отображаются по одному на каждом отдельном слайде.
5.Шрифты	5.1 Для заголовков не менее 24 5.2 Для информации- не менее 18. 5.3Шрифты без засечек легче читать с большого расстояния. 5.4.Нельзя смешивать разные типы шрифтов в одном тексте 5.5.Для выделения информации следует использовать жирный шрифт, курсив или подчеркивание. 5.6 Нельзя злоупотреблять прописными буквами (они читаются хуже строчных букв).
6.Анимационные эффекты	Возможности компьютерной анимации для оформления презентации необходимо использовать умерено, они не должны отвлекать внимание от содержания информации на слайде.

Критерии оценивания презентаций:

— соответствие содержания теме;

— правильная структурированность информации;

— наличие логической связи изложенной информации;

— эстетичность оформления, его соответствие требованиям;

— презентация выполнена и представлена в срок.

Шкала оценивания презентаций разрабатывается преподавателем и доводится до сведения обучающихся вместе с заданием.

Оценка «Отлично»:

презентация отличается целостностью, логичностью и оригинальностью. Оформление логично, эстетично, не противоречит содержанию доклада. Информация структурирована. Иллюстрации презентации соответствуют содержанию, дополняют информацию о раскрываемой проблеме. Текст доклада, сопровождающего презентацию, излагается обучающимся самостоятельно, с незначительной опорой на печатный текст. Ответы на вопросы преподавателя и аудитории четкие, аргументированные, сопровождаются ссылкой на факты и примеры.

Оценка «Хорошо»:

презентация характеризуется целостностью, логической завершенностью, с незначительными недочетами в логике изложения материала. Оформление эстетично, логично, структурировано. Текст доклада излагается с преимущественной опорой на текст. Ответы на дополнительные и уточняющие вопросы не вносят ясности, преимущественно повторяют содержание презентации.

Оценка «Удовлетворительно»:

презентация характеризуется отсутствием единого стиля в оформлении, ввиду чего информация тяжело воспринимается аудиторией. Сведения, излагаемые обучающимся разрозненные, плохо структурированы и аргументированы. Текст доклада

преимущественно зачитывается, обучающимся допускаются неточности и ошибки в изложении материала. Ответы на дополнительные вопросы затруднительны.
Оценка «Неудовлетворительно»:
оформление презентации не соответствует заявленным требованиям. Работа характеризуется отсутствием единого стиля. Обучающийся представляет разрозненные сведения, которые слабо коррелируют с заявленной темой исследования, текст доклада зачитывается, обучающимся часто допускаются ошибки в изложении материала, допускаются ошибки в использовании научной и профессиональной терминологии. Ответы на дополнительные вопросы обучающийся не дает.

5. Организация самостоятельной работы обучающего при подготовке к текущей, промежуточной аттестациям

Текущий контроль осуществляется систематически с целью установления уровня овладения заявленными в рабочей программе дисциплины/практики компетенциями при изучении. В течение года в соответствии с программой дисциплины проводятся текущие аттестации. Форма проведения текущей аттестации (письменное / устное собеседование, тестирование, решение ситуационных задач, защита реферата) определяется руководителем курса и доводится до обучающихся. Вопросы по текущей аттестации доводятся до сведения обучающихся не позднее 3 дней до проведения аттестации.
Подготовка к промежуточной аттестации предполагает систематизацию обучающимся усвоенных в ходе обучения по дисциплинам профессиональных знаний и умений. Программа промежуточной аттестации экзамена имеет обобщающий характер и ориентирует обучающегося в процессе подготовки к нему на актуализацию знаний, умений и навыков, отражающих наиболее существенные компоненты содержания дисциплин, закрепление в профессиональном сознании комплексного и целостного знания.
Подготовка к промежуточной аттестации является формой самостоятельной работы обучающегося. Ее эффективной организации будут способствовать рекомендованные перечни основной и дополнительной литературы, информационных и электронно-образовательных ресурсов, а также список вопросов, которые составляют основу для итогового анализа профессиональной компетентности обучающегося и оценки ее соответствия требованиям ФГОС по компетенциям, закрепленным за дисциплинами. Ориентируясь в перечнях основной и дополнительной литературы, обучающийся может выбрать из них как основополагающие источники, так и те, которые позволят углубить и расширить знания по актуальным проблемам специальностей, систематизировать их и отразить в комплексе.
В ходе подготовки к промежуточной аттестации рекомендуется составлять развернутый план ответа на вопрос программы экзамена, что обеспечит логическую последовательность изложения материала. Продумывая структуру ответа, необходимо: во-первых, уделить внимание раскрытию теоретической сущности явления или понятий, обозначенных в контрольно-измерительном материале, во-вторых, осветить содержание и закономерности рассматриваемых явлений, отразить состояние их изученности в современной медицине. Обучающийся должен продемонстрировать на промежуточной аттестации владение категориальным аппаратом дисциплин, показать умение использовать знания, полученные при изучении дисциплин для анализа современных тенденций в медицине, применять их для решения профессиональных задач врачей по специальностям.
В ходе подготовки к промежуточной аттестации обучающемуся рекомендуется использовать весь набор методов и средств современных информационных технологий для изучения содержания отечественной и зарубежной литературы по дисциплине, анализа и оценки ее текущего состояния и перспектив развития.

При подготовке к промежуточной аттестации рекомендуется активно применять следующие образовательные и профессионально-ориентированные технологии:
– информационные технологии – компьютерные технологии, в том числе доступ в Интернет (для получения учебной и учебно-методической информации, представленной в научных электронных журналах и на сайтах библиотек);
– информационно-коммуникационные технологии.
Оценка знаний, умений и навыков, характеризующая этапы формирования компетенций в рамках изучения дисциплины осуществляется в ходе текущей и промежуточной аттестаций.
Форма проведения текущей/ промежуточной аттестации определяется рабочей программой дисциплины. Оценивание компетенций, вынесенных на промежуточную аттестацию в форме экзамена, осуществляется по четырехбалльной шкале:
оценка «отлично» - 5 баллов
оценка «хорошо» - 4 балла
оценка «удовлетворительно» - 3 балла
оценка «неудовлетворительно» - 2 балла.
При сдаче промежуточной аттестации в форме зачета:
«зачтено» - 3-5 баллов или «не зачтено» - 2 балла.

6. Методические материалы по самостоятельной работе обучающегося при прохождении производственной(клинической) практики

Производственная (клиническая) практика составлена по модулям – дисциплинам и проводится в форме контактной и самостоятельной работы обучающегося.
Контактная работа предусматривает работу руководителя практики с обучающимся в форме индивидуальных/групповых консультаций.
К самостоятельной работе по практикам относятся следующие виды работ обучающегося:
- ознакомление с нормативно-правовым обеспечением практик, включая программы практик;
- изучение законодательной и нормативно-правовой обеспеченности профессиональной деятельности в сфере обращения лекарственных средств в предметной области практики;
- выполнение заданий, заполнение отчета о прохождении практики;
- подготовка к промежуточной аттестации по итогам практики.
По окончании практики обучающийся оформляет отчёт. Материал для составления отчета собирается и накапливается с первого дня практики. Отчет должен содержать самоанализ выполненной работы обучающимся.
Во время прохождения практики необходимо выполнение следующих условий:
- Явиться на установочное собрание, проводимое руководителем практики и получить пакет документов в учебно-методическом отделе.
- В первый день практики прийти на базу к 8 часам утра, и представиться общему руководителю.
- Быть одетым строго по форме и следить за ее чистотой. Иметь сменную обувь.
- Работать строго по графику. Пропущенные дни, даже по уважительной причине, отрабатываются в дополнительное время.
- Ознакомиться с документацией структурных подразделений (поликлиника, стационар, приемный покой, в отделениях - процедурные кабинеты, пост и т.д.).
- Активно участвовать в общественной жизни структурных подразделений, а также в санитарно-просветительной работе.
- Бережно относиться к имуществу лечебно-профилактических учреждений.
- Быть дисциплинированными, спокойными и вежливыми в обращении с товарищами по работе, с больными и их родственниками, в отделениях соблюдать тишину и порядок.

- Ежедневно и аккуратно вести отчет, заполнять листы обязательных манипуляций. Критерии оценки промежуточной аттестации по производственной (клинической) практике представлены в Таблице 6.

Таблица 6 – Критерии оценки промежуточной аттестации по производственной практике

Критерии оценки	Шкала оценок
Обучающийся предоставил оформленный соответствующим образом, отчет и отзыв с положительной характеристикой руководителя практики; продемонстрировал систематические знания по контролируемым компетенциям; владеет способностью и готовностью применять знания, умения и навыки для решения профессиональных задач на практике; в ответе присутствует четкая структура, логическая последовательность, современная профессиональная терминология; ответ обоснован нормативной документацией и конкретными примерами из производственной практики.	Зачтено
Обучающийся предоставил неполный перечень отчетной документации; демонстрирует полное отсутствие или фрагментарные знания, умения и навыки по контролируемой компетенции и неспособность применять их на практике для решения профессиональных задач; не в состоянии обосновать свой ответ нормативной документацией и примерами из производственной практики; дополнительные и уточняющие вопросы преподавателя не приводят к коррекции ответа	Не зачтено

МИНИСТЕРСТВО НАУКИ И ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования
«Чеченский государственный университет имени Ахмата Абдулхамидовича Кадырова»

МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ
Кафедра акушерства и гинекологии

ФИЗИОЛОГИЧЕСКИЙ И ПАТОЛОГИЧЕСКИЙ ПОСЛЕРОДОВЫЙ ПЕРИОД

Учебное пособие для студентов

Грозный

СОДЕРЖАНИЕ

Список сокращений……4
Введение……5
Глава 1. Физиологические изменения в организме родильницы после родов……7
1.1. Инволюция в половой системе (матка, маточные трубы, яичники, влагалище, связочный аппарат, мышцы промежности) после родов…….. …8
1.2. Изменения в молочных железах, становление лактации после родов …….. 16
1.3. Изменения в эндокринной системе, восстановление функции яичников у женщин после родов ……23
Глава 2. Системные изменения в организме женщины в послеродовом периоде ……27
2.1. Особенности функционирования сердечнососудистой системы в послеродовом периоде ……27
2.2. Система дыхания в послеродовом периоде……34
2.3. Мочевыделительная система в послеродовом периоде……36
2.4. Пищеварительная система в послеродовом периоде……38
2.5. Вегетативное и психоэмоциональное состояние женщин в послеродовом периоде ……41
2.6. Иммунологические изменения в послеродовом периоде ……46
2.7.Основные клинико-лабораторные показатели в послеродовом периоде……48
Глава 3. Клиническое течение и ведение послеродового периода ……57
3.1. Ранний послеродовой период ……57
3.2. Течение и ведение послеродового периода во время пребывания родильниц в стационаре…… 62
3.3. Отдаленные результаты родоразрешения (более 6-8 нед после родов)……69

Литература…… …..73

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ

АКТГ — адренокортикотропный гормон АТ III — антитромбин III
АЧТВ — активированное частичное тромбопластиковое время ВМС — внутриматочные средства ГМК — гладкомышечные клетки
ДВС — диссеминированное внутрисосудистое свертывание ИТП — индекс тромбодинамического потенциала КДО — конечный диастолический объем
КДР ЛЖ — конечный диастолический размер левого желудочка
КСО — конечный систолический объем
КСР — конечный систолический размер
ЛГ — лютеинизирующий гормон
ЛГ-РГ — лютеинизирующий рилизинг-гормон
МОС — минутный объем сердца
НПС — нижний пищеводный сфинктер
ОРВИ — острые респираторные вирусные инфекции
ОЦК — объем циркулирующей крови
ПИ — протромбиновый индекс
РКМФ — растворимые комплексы мономеров фибрина
СИ — сердечный индекс
СРВ — С-реактивный белок
ТВ — тромбопластиновое время
ТЭЛА — тромбоэмболия легочной артерии
УВ — ударный выброс
уд/мин — удары в минуту
УЗИ — ультразвуковое исследование
УИ — ударный индекс
ФСГ — фолликулостимулирующий гормон ХГ — хорионический гонадотропин CMV — цитометаловирус
HTLV — Т-клеточный вирус лимфоцита человека

ВВЕДЕНИЕ

Охрана здоровья матери и ребенка в нашей стране является приоритетным направлением. Развитие медицинской науки, и в частности акушерства, появление новых технологий, новых эффективных медикаментозных средств способствуют рациональному ведению беременности, родов и послеродового периода.

На современном этапе оказания акушерской помощи как в России, так и за рубежом принципы классического акушерства уступают место принципам перинатального акушерства, что способствует росту частоты кесарева сечения. В настоящее время акушеры-гинекологи, особенно в нашей стране, стараются избегать влагалищных операций в связи с большим числом тяжелых осложнений у матери и плода и отсутствием достаточного опыта их выполнения, особенно у молодых врачей. Мы считаем, что наложение акушерских щипцов и вакуум-экстрактора, несмотря на травматичность, нельзя отменить или заменить другими операциями, но при их применении необходимо учитывать показания, противопоказания и условия проведения операции.

Внедрение современных эхографических, иммунологических, бактериологических, инструментальных, лабораторных и других методов исследования в акушерскую практику позволило получить новые данные о течении физиологического и осложненного послеродового периода, что позволяет с новых позиций оценить тактику ведения родильниц после самопроизвольных и оперативных родов. Правильное ведение послеродового периода позволяет избежать многих осложнений как после родов, так и в дальнейшей жизни женщины.

Известная монография F. Fromme «Физиология и патология послеродового периода» (переведена с немецкого языка) была издана в 1911 г., т.е. почти 100 лет назад, а за это время появилось много новых технологий и эффективных средств и методов лечения. Заслуживает внимания монография А.Н. Стрижакова и соавт. «Физиология и патология послеродового периода» (2004), в которой с современных позиций освещены многие вопросы, касающиеся послеродового периода.

Однако до настоящего времени нет единого мнения в определении послеродового периода, его деления на ранний и поздний периоды, нет четкой классификации послеродовых осложнений. Имея большой опыт работы по послеродовому периоду, мы с современных позиций попытались осветить вопросы ведения послеродового периода после самопроизвольных

родов и абдоминального родоразрешения, лактации, совместного пребывания матери и ребенка, контрацепции, вопросы иммунизации родильниц и новорожденных, а также тромбоэмболические осложнения, психоэмоциональные расстройства у родильниц, влияние родов на здоровье матери.

В книге приведены основы законодательства Российской Федерации об охране здоровья матери и ребенка, систематизированы данные литературы, а также обобщены результаты собственных наблюдений и клинико-физиологических исследований.

Глава 1. Физиологические изменения в организме родильницы после родов.

Послеродовым (пуэрперальным) периодом называют период, начинающийся после рождения последа и продолжающийся 6-8 нед. Данная дефиниция не совсем точна, так как, согласно МКБ-10 — 5.8.1. (1995), материнская смертность, связанная с беременностью, исчисляется в течение 42 дней после родов. Поздняя материнская смертность определяется как превышающая 42 дня после родов, но не более 1 года после родов.

Начало пуэрперального периода можно установить точно, но совершенно определенных признаков его окончания не существует. Причина этого заключается в том, что процесс обратного развития всех органов и систем (инволюция) происходит не с одинаковой быстротой и зависит от целого ряда факторов, связанных как с конституциональными особенностями каждого организма, так и с различными внешними условиями (покой, уход, питание и др.).

Послеродовой период совпадает с началом формирования новых семейных связей. Болезнь матери или ребенка может нарушить этот процесс (Силвер Х., Смит Л., 1999).

В течение 6-8 нед после родов происходит инволюция органов и систем, которые подверглись изменениям в связи с беременностью и родами. У первородящих беременность и особенно роды обычно оставляют после себя следы, не исчезающие в течение всей жизни женщины.

В послеродовом периоде в центральной нервной, сердечнососудистой, эндокринной, мочевыделительной, пищеварительной, иммунной и других системах организма родильницы происходят интенсивные процессы морфофункциональной перестройки. Наиболее выраженные изменения наблюдаются в эндокринной, половой системах и молочных железах. Функция молочных желез достигает своего расцвета в послеродовом периоде. Темп инволюционных процессов максимально выражен в первые 8-12 дней после родов.

Ближайшие 2 ч после родов, а по данным зарубежных авторов 1 ч, называется ранним послеродовым периодом.

1.1. Инволюция в половой системе (матка, маточные трубы, яичники, влагалище, связочный аппарат, мышцы промежности) после родов

Во время беременности матка значительно увеличивается в размерах и массе за счет накопления коллагена, гипертрофии и гиперплазии гладкомышечной ткани. После рождения плода и последа размеры матки значительно уменьшаются из-за резкого сокращения ее мускулатуры, вследствие чего снижается кровоснабжение матки и начинается процесс обратного развития (физиологическая инволюция). Из-за уменьшения притока крови цитоплазма мышечной клетки подвергается жировому перерождению, а вновь образовавшиеся мышечные клетки — жировой дистрофии и резорбции. В послеродовом периоде в матке происходит чрезвычайно интенсивная резорбция коллагена. Деградация коллагена осуществляется под действием коллагеназы, после чего фрагменты коллагеновых фибрилл фагоцитируются клетками и лизируются в лизосомах (Рывняк В.В., 2001). Ведущая роль в лизисе коллагена принаджлежит катепсину В (Maciewitz R. et al., 2001; Reddy V. et al., 2005).

Большую роль в накоплении лизосом и их ферментов играет снижение содержания прогестерона и эстрогенов в послеродовом периоде. Максимальное повышение активности лизосомных ферментов приходится на 4-й день после родов и сопровождается интенсивным распадом коллагена. К 4-му дню послеродового периода более 85% коллагена подвергается обратному развитию. К концу 4-й недели пуэрперия активность лизосомных ферментов возвращается к таковой у здоровых небеременных женщин (Чешем К. и др., 2008).

В резорбции коллагена активное участие принимают гладкомышечные клетки (ГМК), которые секретируют в межклеточное пространство протеиназы, активируют проколлагеназу и могут самостоятельно синтезировать коллагеназу. Незначительная часть коллагена резорбируется ГМК внутриклеточно путем фагоцитоза и последующего лизиса в фаголизосомах. Интенсивный внеклеточный катаболизм соединительной ткани происходит в основном благодаря ГМК, тогда как внутриклеточный лизис коллагена осуществляется, как правило, макрофагами и фибробластомами (Рывняк В.В. и др., 2009; Kaidi R. et al., 2001).

Помимо расщепления коллагена, макрофаги и фибробласты участвуют в процессе резорбции ГМК — гетерофагии, которая осуществляется посредством фагоцитоза и лизиса. В свою очередь лизосомы ГМК миометрия вовлечены в аутофагию, в результате которой происходят уменьшение размеров миоцитов, гибель клеток и снижение количества ГМК, что

обеспечивает инволюцию матки в послеродовом периоде. В послеродовом периоде также происходит облитерация многих кровеносных сосудов матки.

Размеры и масса матки после родов быстро уменьшаются. Непосредственно после родов масса матки составляет около 1000 г, к концу 1-й недели пуэрперия уменьшается до 500 г, к концу 2-й недели —до 300 г, к 3-й неделе — до 200 г, а к 6-7-й неделе составляет 50- 70 г. К концу 1-х суток дно матки находится на уровне пупка 14-16 см над лоном. В последующие дни высота стояния дна матки уменьшается на 1-2 см в сутки, и на 5-е сутки пуэрперия оно находится на середине расстояния между лоном и пупком, к 10-м суткам у лона, к концу 2-й недели — за лоном.

Однако общепринятое клиническое определение высоты стояния дна матки не позволяет точно судить о ее размерах и объективно оценивать динамику их уменьшения, особенно у женщин с ожирением, после кесарева сечения, когда в брюшной полости имеется выраженный спаечный процесс. В последние годы для контроля за течением инволюционных процессов в матке и выявления патологических изменений широко применяется ультразвуковое сканирование (Стрижаков А.II. н др., 2001; LaveryJ., Shaw I,., 2009; Van Moe L. et al., 2005). Эхографические исследования показали, что в первые дни после родов матка занимает срединное положение и представляет собой образование средней эхогенности с однородной внутренней структурой. При поперечном сканировании форма ее тела приближается к овальной, при продольном сканировании к эллипсоидной.

При эхографическом исследовании матки для оценки скорости и характера инволюционных процессов в динамике измеряют длину, ширину, переднезадний размер ее тела, а также размер ее полости.

Ранее (Fromme F., 2011) для определения длины полости матки производили ее зондирование.

Для большей информативности линейных параметров оценки инволюции матки А.Н. Стрижаков и соавт. (1987) предложили определять объем матки (V) по формуле: V = 0,5236х Ах Вх С, где А — длина тела матки, см; В — ширина, см; С — переднезадний размер, см.

На инволюцию послеродовой матки влияют особенности течения родовой деятельности, частота, сила и длительность послеродовых схваток, состояние лактационной функции у родильницы, наличие и характер оперативного вмешательства на матке.

Наружная гистерография также позволяет судить об инволюции послеродовой матки (Молчанова Г.Я., 1968). У родильниц, перенесших слабость родовой деятельности, сократительная активность послеродовой матки снижена в 2,8 раза, а после кесарева сечения — в 3 раза по сравнению с физиологическими родами. Послеродовая инволюция матки происходит быстрее у кормящих матерей, что объясняется воздействием окситоцина,

который выделяется гипофизом в ответ на раздражение сосков молочной железы во время кормления ребенка (маммарно-маточный рефлекс).

Сразу после родов сокращения в области перешейка (нижнего сегмента) и шейки матки выражены слабо (толщина стенки в этих отделах составляет лишь 0,5 см).

Шейка матки после родов имеет вид тонкостенного мешка. Широко зияющий наружный зев с надорванными краями свисает во влагалище. Диаметр внутреннего зева непосредственно после родов составляет 10-12 см, а весь шеечный канал свободно пропускает в полость матки кисть акушера.

Инволюция шейки матки отличается от инволюции тела матки. Раньше всех других отделов в шейке матки начинает сокращаться внутренний маточный зев. Через 10-12 ч после родов он определяется в виде толстой каймы. Канал шейки матки в связи с этим приобретает воронкообразную форму. Через 3 сут внутренний зев пропускает один поперечник пальца. Быстрое уменьшение диаметра внутреннего зева связано с сокращением циркулярных мышечных волокон, окружающих его. Формирование шеечного канала происходит значительно медленнее — оно заканчивается к концу 10-х суток. К этому моменту полностью закрывается внутренний зев. Наружный маточный зев смыкается к концу 3-й недели и принимает щелевидную форму. Первоначально округлая форма наружного зева не восстанавливается из-за боковых надрывов шейки в родах, что в судебно-медицинской экспертизе является фактором имевших место родов. Следует подчеркнуть, что формирование шейки матки после родов происходит в обратной последовательности: у первородящих первым раскрывается внутренний зев.

Наряду с инволюционными процессами в мышце матки существенные изменения происходят на внутреннем поверхности матки, процесс заживления которой начинается с распада и отторжения обрывков губчатого слоя децидуальной оболочки, сгустков крови, тромбов. Этому способствуют протеолитические ферменты и биологические активные вещества, образующиеся, в частности, при распаде лейкоцитов и микроорганизмов. В течение 3 дней поверхностный слой децидуальной оболочки некротизируется, отторгается и выделяется из матки. Базальный слой, содержащий эндометриальные железы, и является источником регенерации эндометрия. С полости матки эпителизируются к 7-10-м суткам, поданным N. Кгап/Ыап и соавт. (2004), — к 16-м суткам пуэрперия. Эпителизация плацентарной площадки происходит за счет роста эндометрия с соседних с ней участков и желез в области плацентарной площадки и завершается к концу 2-3-й недели, а восстановление нормальной толщины слизистой оболочки — к 6-8-й неделе послеродового периода.

При физиологическом течении послеродового периода 3-4 дня полость матки остается стерильной. В очищении внутренней поверхности матки большая роль принадлежит фагоцитозу и внеклеточному протеолизу. Протеолитические ферменты и антитоксины уничтожают бактерии и нейтрализуют токсины. На внутренней поверхности матки с первых часов послеродового периода обнаруживаются микроскопические изменения в более глубоких слоях — мелкоклеточная лимфоцитарная инфильтрация. Она определяется во всем мышечном слое матки, но более всего выражена вблизи внутренней поверхности — это грануляционный вал, который формируется к 3- 4-м суткам пуэрперия. По мере инволюции матки мелкоочаговая инфильтрация исчезает. Распадающиеся частицы децидуальной оболочки, сгустки крови, слизь и другие отторгающиеся тканевые элементы представляют собой раневой секрет, называемый лохиями (от греч. lochia —роды). Лохии имеют своеобразный прелый запах, нейтральную или щелочную среду. За 7 дней пуэрперия количество лохий составляет примерно 300-500 мл. Количество и характер лохий зависят от процессов эпителизации и регенерации раневой поверхности в матке. В первые 2 дня после родов лохии имеют ярко-красный цвет (lochia rubra), с 3-го дня их цвет изменяется и становится буровато-красным с коричневым оттенком (lochia fusca), с 7-8-го дня из-за обилия лейкоцитов они становятся желтовато-белыми (lochia flava, lochia serosa), с 10-го дня - белыми (lochia alba).

Ранее считали, что лохии выделяются в течение примерно 2 нед после родов. По данным L. Oppenheimer и соавт. (1986), C. Visness и соавт. (1997), этот процесс продолжается от 4 до 8 нед (56 дней) после родов. Возраст родильницы, паритет, масса плода и грудное вскармливание не влияют на длительность выделения лохий.

В наши дни представления о процессах, происходящих на внутренней поверхности матки после родов, изменились (Кулаков В.И., Прошина И.В., 1994; Никонов А.П., 1993).

В первые дни после родов внутренняя поверхность матки представляет собой обширную рану, морфофункциональные изменения в которой сходны с таковыми при неосложненном раневом процессе в хирургии. В первые дни (до 3-4 сут) наблюдается первая фаза, обусловленная механической травмой тканей после отделения последа, которая имеет все признаки воспаления: наличие некротических масс в полости матки и их выраженная лимфо- и лейкоцитарная инфильтрация, выпадение фибрина, развитие метаболического ацидоза, отек и гиперемия тканей матки. Отличительной чертой этой воспалительной реакции является ее строгая локализация в пределах нежизнеспособных тканей без перехода на эндо- и миометрий. В лизисе некротически измененных тканей в полости матки в качестве биологического окислителя непосредственное участие принимают и

условно-патогенные микроорганизмы (эпидермальный стафилококк, энтеробактерии, грамположительные палочки, энтерококки и др.). К 6-8-м суткам после родов наблюдается переход от фазы воспаления ко второй фазе — регенерации.

Для оценки физиологического течения послеродового периода проводится цитологическое исследование лохий. В первые 3-4 сут отмечается воспалительный тип цитограмм: нейтрофилы 70-80%, лимфоциты 18%, моноциты и полибласты 6-7%, макрофаги единичные. Па 5-8-е сутки выявляется воспалительно-регенеративный тип цитограмм: количество нейтрофилов уменьшается до 60-65%, количество лимфоцитов увеличивается до 25%, недифференцированные полибласты, фибробласты, моноциты и макрофаги составляют 10-15%. Микробные клетки наблюдаются в небольшом количестве в состоянии активного фагоцитоза. На 9-14-е сутки отмечается регенеративный тип цитограмм: нейтрофилы составляют 40-50%, значительно увеличено количество моноцитов, полибластов, фиброблас- тов, макрофагов, выявляются эпителиальные клетки, что свидетельствует о физиологическом восстановлении раневой поверхности матки (Фурсова З.К. и др., 1991).

Объективную картину изменений состояния полости матки и ее содержимого позволяет получить трансвагинальное ультразвуковое сканирование. В первые 3 дня послеродового периода полость матки определяется как эхонегативная структура, расширяющаяся в нижней трети (область нижнего сегмента). Переднезадний размер полости матки на уровне тела колеблется от 0,4 до 1,5 см, нижнего сегмента — от 0,7 до 2 см. К концу 1-й недели послеродового периода переднезадний размер полости матки на уровне тела уменьшается на 40%, нижнего сегмента — на 20%. К 7-9-м суткам переднезадний размер полости матки не превышает 1-1,1 см. (Стрижаков А.I I. и др., 2008).

При физиологическом течении послеродового периода сократительная активность, тонус матки и последовательные изменения толщины ее стенок обеспечивают поддержание формы матки, способствующей активному оттоку лохий от дна к шейке матки. При трансвагинальном ультразвуковом исследовании (УЗИ) на 3-и сутки в полости матки на уровне ее тела в 92% определяются неоднородные эхоструктуры, свидетельствующие о наличии лохий. На уровне нижнего сегмента в этот период они отмечаются в 100% наблюдений. К концу 1-й недели частота выявления эхоструктур на уровне тела уменьшаются в 2 раза, тогда как в области нижнего сегмента эхо-структуры встречаются в 75% наблюдений (Баев О.Р., 1987, 1998).

В течение беременности наблюдается тенденция к снижению численности некоторых групп микроорганизмов в половых путях (аэробные грамположительные кокки и грамотринательные палочки, анаэробные грамположительные и грамотрицательные кокки, анаэробные

грамотрицательные палочки). При этом несколько нарастает количество лактобактерий. Эти изменения наблюдаются постоянно, и ребенок рождается в среде, содержащей микроорганизмы с низкой вирулентностью (Ларсен Б., 1988).

После родов в составе микрофлоры родовых путей происходят значительные изменения. В 1-е сутки после родов в полости матки, цервикальном канале, влагалище и на коже промежности количество микроорганизмов значительно снижено. Однако достаточно быстро существенно увеличивается состав большинства групп бактерий, включая Bacteroides spp., Esherichia coli, Streptococcus B и f) spp. (Коршунов В.М. и др., 2009; Larsen B., 2003).

Следует отметить, что в начале послеродового периода снижается редокс-потенциал тканей, увеличивается pH содержимого влагалища до нейтральной и щелочной реакции. Это связано с наличием большого количества некротизированных фрагментов тканей и элементов крови в лохиях. На этом фоне снижается общее количество лактобацилл и увеличивается количество облигатно-анаэробных бактерий. В шейке матки число анаэробных видов на 1 культуру возрастает с 2,5 в III триместре до 4,9 на 3-й день после родов. Также происходит некоторое увеличение числа видов факультативных микроорганизмов (Esherichia coli, Proteus spp., Pseudomonas spp., Enterobacterspp., Klebsiella spp. и др. (Анкирская А.С., Муравьева В.В., 2010).

На 3-5-й день послеродового периода микрофлора кожи промежности представлена условно-патогенными микроорганизмами: Staphylococcus epidermidis, Staphylococcus aureus, Corynebacterium spp., Esherichia coli, Enterococcus spp., Proteus spp., дрожжеподобными грибами Candida spp. и др. (Тарасова Н.И. и др., 1999).

Следовательно, численность важнейших групп микроорганизмов, таких, как грамотрицательные факультативно-анаэробные палочки и большинство анаэробных видов, возрастает после родов. Уменьшается количество лактобацилл, наблюдается экспансия влагалищной микрофлоры в шейку матки. В этот период восприимчивость организма женщины к инфекции возрастает, имеется повышенный риск развития эндометрита (Гуртовой Б.Л. и др., 1981).

При неосложненном течении послеродового периода в течение 2-3 нед популяция лактобацилл восстанавливается, а количество условно-патогенной микрофлоры снижается. В последующем микроэкология влагалища родильниц, как и женщин репродуктивного возраста, представлена более чем 40 видами микроорганизмов и состоит из постоянно обитающих (индигенная, аутохтонная микрофлора) и транзиторных (аллохтонная, случайная микрофлора) микроорганизмов. Индигенная микрофлора доминирует по численности (до 95-98%), хотя количество видов,

представляющих ее, невелико, в отличие от видового разнообразия транзиторных микроорганизмов, общая численность которых в норме не превышает 3-5%. Во влагалищной среде доминируют Lactobacillus spp., чаще выделяются следующие виды: L. acidophilus, L. brevis, Ljensenii, L. leishmanii, L. plantarum. Эстрогензависимая способность лактобацилл к адгезии на эпителиальных клетках влагалища с образованием защитной биопленки, продукция перекиси водорода и антибиотикоподобных веществ, способность при ферментативном расщеплении гликогена образовывать молочную кислоту, снижающую уровень pH, способствуют ограничению роста сопутствующих лактобациллам многочисленных видов условно-патогенной микрофлоры. Среди транзиторных микроорганизмов влагалища чаще выделяются коагулазоотрицательные стафилококки, в первую очередь Staphylococcus epidermidis, кроме того, обнаруживаются Corynebacterium spp., Bacteroides spp., Prevotella spp., Mycoplasma hominis, Micrococcus spp., Propionbacterium spp., Eubacterium spp., Clostridium spp., Ureaplasma urealyticum, Actinomyces spp., Fusobacterium spp., Escherichia coli, Gardnerella vaginalis, Candida spp. и др. (Анкирская А.С. и др., 1999, 2000; Larsen B., 2013; Mardh P.A., 2001; Menta A. et al., 2005).

Маточные трубы во время беременности и родов из-за усиленного кровенаполнения утолщены и удлинены. В послеродовом периоде в течение 2 нед гиперемия и отек постепенно исчезают и маточные трубы приобретают исходный до беременности вид. Трубы вместе с маткой опускаются в полость малого таза и к 10-му дню принимают обычное горизонтальное положение.

В яичниках в послеродовом периоде заканчивается регресс желтого тела и начинается созревание фолликулов. Вследствие выделения большого количества пролактина у кормящих женщин менструация отсутствует в течение нескольких месяцев или всего времени кормления грудью. У большинства некормящих грудью женщин менструации восстанавливаются на 6-8-й неделе после родов. По данным N. Franzblau и соавт. (2004), в среднем менструации восстанавливаются через 7-8 нед, а у женщин, не кормящих грудью, наблюдали овуляцию через 27 дней.

Первая менструация после родов, как правило, происходит на фоне ановуляторного цикла. В дальнейшем овуляториые циклы восстанавливаются. У некоторых женщин овуляция и наступление беременности возможны в течение первых месяцев после родов даже на фоне кормления ребенка.

Связочный аппарат матки восстанавливается к концу 3-й недели после родов.

Влагалище после родов широко раскрыто. Нижние отделы его стенок выдаются в зияющую половую щель. Стенки влагалища отечны, сине-багрового цвета. На их поверхности обнаруживаются трещины, ссадины.

Поперечная складчатость у первородящих хорошо выражена. Стенки влагалища благодаря их эластичности сокращаются. Ссадины и надрывы заживают к 7-8-му дню послеродового периода. Половая щель смыкается, но не полностью. Девственная плева представлена в виде сосочков (caruncula myrtiformis).

По данным N. Franzblau и соавт. (2014), повышенное кровоснабжение влагалища и отек исчезают к 3-й неделе пуэрперия и появляются складки влагалища у женщин, которые не кормят грудью, влагалищный эпителий (по данным исследования мазка) атрофичный. У женщин, кормящих грудью, вагинальный эпителий восстанавливается к 6-10-й неделе, что объясняется резким снижением уровня эстрогенов.

Мышцы промежности, если они не травмированы, начинают восстанавливать свою функцию уже в первые дни, и приобретают обычный тонус к 10-12-му дню пуэрперия. По данным D. Danforth (2011), N. Franzblau и соавт. (2014), мышцы промежности приходят в нормальное состояние к 6-й неделе после родов.

Мышцы передней брюшной стенки постепенно восстанавливают свой тонус к 6-й неделе послеродового периода. Иногда остается некоторое расхождение прямых мышц живота, прогрессирующее при последующих родах. Багровые рубцы беременности (stria gravidarum) на поверхности кожи постепенно бледнеют и остаются в виде белесоватых морщинистых полосок. Выраженность рубцов беременности зависит от количества соединительной ткани.

Мочевой тракт.

В течение 12-18 ч после родов слизистая оболочка мочевого пузыря и мочеиспускательного канала отечна и гиперимирована. Нередко отмечаются атония мочевого пузыря и задержка мочеиспускания. Дилатация верхнего мочевого тракта может сохраняться 3-6 нед. У 40% женщин отмечается белок в моче, который исчезает в течение 24-36 ч.

Таким образом, в послеродовом периоде изменения в половой системе характеризуются развитием инволюционных процессов в миометрии, морфофункциональным восстановлением слизистой оболочки матки и влагалища, функция молочных желез достигает расцвета.

В первые 2-3 нед послеродового периода имеется высокий риск развития гнойно-воспалительных осложнений, обусловленный наличием входных ворот инфекции (раневые поверхности в полости матки, шейке и влагалище), большого количества некротизированных фрагментов децидуальной оболочки и сгустков крови (питательная среда), изменениями в составе микрофлоры половых путей (снижение численности лактобацилл и увеличение количества условно-патогенных микроорганизмов).

1.2. Изменения в молочных железах, становление лактации после родов

Во время беременности наступает морфофункциональная зрелость *молочных желез.* Изменения в молочной железе и становление лактации обусловлены гормональными процессами, которые обеспечиваются влиянием эндокринной системы матери (гипофиз, щитовидная железа, яичники, надпочечники, поджелудочная железа), плода и плаценты (Сметник В.П., 2000).

Развитие *молочных протоков* во время беременности обусловлено влиянием высоких концентраций эстрогенов, соматотропного гормона, пролактина и кортизола. Развитие дольчатоальвеолярной системы происходит под влиянием прогестерона и плацентарного лактогена.

В связи с родами резко снижается уровень прогестерона и эстрогенов и устраняется ингибирующее влияние прогестерона на продукцию а-лактальбумина эндоплазматическим ретикулулом. Увеличение содержания а-лактальбумина стимулирует синтез лактозы и повышение ее уровня в молоке. Снижение уровня прогестерона позволяет пролактину стимулировать продукцию а-лактальбумина (Porter J., 2014).

Основным гормоном, контролирующим образование молока, является пролактин, который синтезируется лактоферами гипофиза и секретируется эпизодически с интервалами 30- 40 мин между пиками. Выделяемый пролактин имеет различную амплитуду и накладывается на постоянную базальную секрецию. Концентрация пролактина достигает максимума через 6-8 ч после начала сна.

Установлено, что пролактин выполняет множество функций: участвует в синтезе протеинов молока (глобулина, а- лактальбумина), регулирует синтез лактозы (основного углеводного составляющего молока), способствует отложению и мобилизации жира, усиливает реакцию инсулина на глюкозу и др. Основная биологическая роль пролактина — регуляция лактации. Синергистами пролактина в обеспечении лактогенеза и лактации является гипоталамический тиреогропин-рилизинг-гормон, гормоны гипофиза — соматотропный, адренокортикотропный (АКТГ), тиреотроипый, а также окситоцин, вазопрессин, кортизол, тироксин, паратгормон, плацентарный лактоген, эстрогены, ангиотензип, серотонин, инсулин, гистамин и др.

В развитии молочной железы и секреции молока важную роль играет инсулин (Williams Obstetrics, 2011).

Пролактин, гормоны яичников и плаценты, взаимодействуя в конце беременности, вызывают полную экспрессию генома молочной железы.

Способствует лактации раннее прикладывание ребенка к груди, которое стимулирует высвобождение пролактина и окситоцина. Стресс и страх уменьшают синтез и выделение пролактина за счет повышенного синтеза дофамина (ингибитора пролактина). В течение первых 2-3 дней после родов пролактин вызывает нагрубание и болезненность молочных желез, так как альвеолы растягиваются молозивом. Окситоцин, выделяемый задней долей гипофиза, способствует сокращению миоэпителиальных клеток, окружающих альвеолы и мелкие протоки, и молоко выдавливается в более крупные протоки и молочные синусы. Кроме того, окситоцин подавляет выделение дофамина и таким образом стимулирует лактацию (Серов В.Н., Маркин С.А., 2003).

Важным фактором, влияющим на продукцию пролактина, является нервно-рефлекторное воздействие, возникающее в ответ на тактильное механическое раздражение периферических рецепторов, расположенных на соске молочной железы при сосании ребенка (или использовании молокоотсоса).

Увеличение секреции пролактина во время беременности индуцируется эстрогенами, и к концу беременности она достигает уровня, в 10 раз превышающего таковой у здоровых небеременных женщин.

Концентрация пролактина резко снижается во время активной фазы родов, достигая минимального значения за 2 ч до родоразрешения. Непосредственно перед родами и сразу после них происходит резкий выброс пролактина, достигающий пика в течение первых 2 ч. В последующие 5 ч он несколько снижается и остается на относительно высоком уровне с резкими колебаниями в течение ближайших 16 ч. В первые 2 сут концентрация эстрогенов быстро снижается, в результате ослабляется их тормозящее влияние на пролактин и резко увеличивается количество рецепторов пролактина в железистой ткани молочной железы, в связи с чем активизируются процессы лактогенеза и начинается лактация. Концентрация пролактина достигает максимума на 3-6-е сутки и остается высокой в течение 10 дней послеродового периода. В первые 2-3 нед после родов уровень гормона превышает таковой у небеременных женщин в 10-30 раз. К 3-4-му, а иногда к 6-12-му месяцу лактации концентрация пролактина приближается к базальному уровню у небеременных женщин (Йен С.С.К., Джаффе Р.Б., 2008).

Проведенные исследования выявили зависимость между содержанием пролактина в сыворотке крови родильниц и количеством секретируемого молока, что согласуется с данными отечественных и зарубежных авторов.

Установлено, что в конце беременности содержание гормона было довольно высоким. Затем в 1-е сутки отмечено его снижение в крови у всех родильниц. Статистически достоверных различий в группах обследованных родильниц на данном этапе не установлено.

Начиная с 3-х суток выявлено повышение содержания пролактина. Во всех группах его максимум наблюдался на 5-е сутки. 11аиболее достоверные показатели отмечались у родильниц после самопроизвольных родов. На 7-е сутки после родоразрешения наблюдается снижение уровня пролактина в сыворотке крови родильниц обеих групп. Однако после операции данный показатель приближается к таковому, характерному для 1-х суток, тогда как после самопроизвольных родов он был выше. Достоверных различий содержания пролактина в зависимости от времени проведения операции в разные сроки исследования не выявлено (p >0,05).

Установлена зависимость между содержанием пролактина в сыворотке крови и количеством секретируемого молока начиная с 5-х суток при самопроизвольных родах и абдоминальном родоразрешении.

После абдоминального родоразрешения отмечено значительное укорочение периода лактации. Так, ее средняя продолжительность составила 1,5±0,7 мес, несмотря на желание продолжить естественное вскармливание, тогда как родильницы после самопроизвольных родов продолжали грудное вскармливание в течение 5,3±0,5 мес.

После абдоминального родоразрешения выявлено более позднее и длительное становление лактации, чем после самопроизвольных родов, высоки частота развития гипогалактии и быстрое прекращение лактации в дальнейшем. Мы полагаем, что это связано не только с операцией как таковой, но и с наркозом, величиной кровопотери, а также с отягощенным течением беременности и родов, сопутствующей экстрагенитальной патологией, поздним грудным вскармливанием, необходимостью соблюдения низкокалорийной диеты в период становления лактации и др.

Несмотря на снижение концентрации пролактина и растормаживание гипоталамо-гипофизарной системы с включением менструального цикла, у здоровой женщины, продолжающей грудное вскармливание ребенка, лактация не прерывается. Сохранение лактационной функции в этот период зависит от частоты прикладывания ребенка к груди, регулярности ее опорожнения и не связано с продолжительностью акта сосания. У женщин, часто прикладывающих новорожденного к груди, в крови концентрация пролактина высокая. Во время сосания уровень его повышается на 5%, через 15 мин — на 28%, через 30 мин — на 38%, через 1 ч — на 20%, через 2 ч — на 10% (Бахаев В. В. и др., 2006). Выброс пролактина обеспечивает сохранение и стабильность лактопоэза и способствует накоплению молока в промежутке между кормлениями. Раздражение области соска и ареолы активно сосущим ребенком формирует устойчивый нейроэндокринный (пролактиновый) рефлекс у родильницы, который возникает в условиях раннего прикладывания новорожденного к груди и закрепляется при его частом кормлении. Имеют значение также активность и сила сосания молока ребенком. При механическом раздражении соска во время сосания

возникающие сигналы передаются по афферентным путям спинного мозга, достигают гипоталамуса и вызывают быструю реакцию нейросональной системы, которая контролирует выделение пролактина и окситоцина. Окситоцин вызывает вазодилатацию в молочной железе, что сопровождается увеличением скорости кровотока и повышением температуры ткани. Кроме того, окситоцин повышает сокращение миоэпителиальных клеток альвеол и долевых протоков молочных желез, обеспечивая галактокинез, при котором механизмы экструзии (выделения) молока могут быть различными. Первый — мерокриновый тип — характеризуется выходом секрета, главным образом белковых гранул, через неповрежденную оболочку секреторной клетки или отверстия в ней и не сопровождается гибелью клеток. Второй — леммокриновый тип, при котором секрет выделяется с частью плазматической мембраны и незначительно нарушает жизнедеятельность клеток. Третий - апокриновый тип, при котором секрет отделяется от клетки вместе с ее апикальной частью или расширенными микроворсинками. После отшнуровывания части клетки лактоцит вновь достигает своей прежней величины, и начинается новый цикл секреции. Четвертый — голокриновый тип, при котором секрет выделяется в просвет альвеолы вместе с клеткой, на этом этапе происходит гибель лактоцита. Этот тип секреции постоянно поддерживается интенсивными митозами секреторного эпителия (Воронцов И.М. и др., 2003; Фотиева Е.М., Царегородская Ж.В., 2000).

Разные типы экструзии секрета отражаются на качественном составе молока. Так, накопление в альвеолярных полостях и синусах железы молока в промежутке между кормлениями осуществляется за счет экструзии мерокринового и леммокринового типов. Это молоко содержит несколько меньше жира, чем то, которое формируется при включении апокриновой или голокриновой экструзии. Поэтому ребенок в начале акта сосания получает так называемое «переднее» молоко с низкой жирностью. При реализации рефлекса молоко- выделения во время активного сосания ребенка происходит включение апокриновой, а иногда и голокриновой секреции, что приводит к формированию «заднего» молока с более высокой жирностью и энергетической ценностью. Концентрация белка в «заднем» молоке увеличена до 25-30 г/л, жира — до 85 г/л. Скорость секреции молока в молочной железе относительно невелика и составляет в среднем 1-
2 мл на 1 г ткани в день. Кормящая женщина выделяет в среднем 500-600 мл молока в день. Выделение молока начинается через несколько минут после начала сосания. Давление в молочной железе изменяется волнообразно, имеет один пик в минуту и снижается вскоре после сосания. Таким образом, секреция молока регулируется гипоталамо-гипофизарной системой и

обусловлена действием двух взаимосвязанных рефлексов: молокообразования и молокоотдачи (Кулагина Н.В., 1996).

Выделению молока способствует крик ребенка, а угнетению — испуг или стресс.

Молокообразование зависит от степени развития ткани молочной железы, питания родильницы, состояния ребенка, внешних факторов и др.

Функциональная активность молочной железы коррелирует со степенью ее васкуляризации. С помощью тепловизионного метода выявлено три типа сосудистого рисунка молочной железы: I тип мелкосетчатая гиперваскуляризация, II тип — крупносетчатая васкуляризация, III тип — неравномерная гиперваскуляризация линейного типа. Наибольшая секреторная активность молочной железы наблюдается при мелкосетчатой гиперваскуляризации (на 5-е сутки послеродового периода выделяется 900-1000 мл молока), наименьшая — при линейном типе васкуляризации (240-300 мл). При II типе кровообращения молочной железы суточное количество молока составляет 400-500 мл (Кочиева С.К. и др., 2002; Чернуха Е.А. и др., 1996).

Секрет молочных желез, вырабатывающийся в первые 2-3 дня после родов, называется молозивом (colostrums). По сравнению со зрелым молоком в нем содержится больше минералов и белка, в основном глобулина, меньше сахара и жиров. В молозиве содержится большое количество антител, иммуноглобулина А, защищающего новорожденного от кишечных патогенов. В молозиве и молоке находятся макрофаги, лимфоциты, лактоферрин, лактопероксидаза, лизоцим.

Секрет, выделяющийся из молочной железы на 3-4-й день лактации, называется переходным молоком. В среднем к 4-5-му дню пуэрперия переходное молоко превращается в зрелое грудное молоко, которое представляет собой суспензию жира и белка в углеродсодержащем минеральном растворе. Основными компонентами молока являются белки, лактоза, жиры, минералы, витамины, вода. Незаменимые аминокислоты поступают в молоко непосредственно из крови матери, а заменимые — частично из крови матери, а частично синтезируются в молочной железе. Белковые фракции женского молока идентичны белкам сыворотки крови. Главными белками считаются лактальбумин, лактоглобулин и казеин (Воронцов И.М. и др., 1993; Фотиева Е.М., Царегородская Ж.В., 2000).

В грудном молоке содержится большое количество интерлейки- на-6 (Saito S. et al., 2011). Пик содержания цитокинов выявлен в молозиве. В грудном молоке находятся иммуноглобулин А, пролактин, эпидермальный фактор (Koldovsky O. et al., 2011; McCleary M.,2013) .

В грудном молоке обнаружены все витамины, кроме витамина К, поэтому после родов с целью профилактики геморрагических нарушений необходимо его дополнительное введение новорожденным.

Важное значение имеют иммунологические аспекты грудного вскармливания. При кормлении ребенка грудным молоком формируется его иммунная защита против инфекций. В молоке выявлены иммуноглобулины G, A, M, D (Korhonen H. et al., 2010). Антитела, находящиеся в молозиве и молоке, плохо всасываются через стенку кишечника, однако их роль все же значительна. Установлено, что иммуноглобулин А содержит антитела к Escherichia coli (Gravioto A. et al., 2011) и предотвращает проникновение бактерий через стенку кишечника (Samra H. et al., 2004). Более того, грудное молоко обеспечивает защиту от ротавирусной инфекции, которая проявляется гастроэнтеритом (Newburg D. et al., 2008).

В грудном молоке содержатся Т- и В-лимфоциты, но Т-лимфоциты отличаются от Т-лимфоцитов крови. Интерлейкин-6, находящийся в молозиве, стимулирует увеличение количества мононуклеарных клеток в грудном молоке (Saito S. et al.,2011).

Общее количество лейкоцитов в молоке в первые дни лактации составляет 1-2 млн/мл, затем оно снижается. Высокое содержание лейкоцитов в молоке необходимо для обеспечения защитной реакции организма. При длительной задержке молока происходят необратимые повреждения и инволюция железистого эпителия (Бахаев В.В. и др., 1996).

У женщин, у которых продолжается лактация при наличии овуляции, отмечено изменение состава молока за 5-6 дней до и 6-7 дней после овуляции. Уровень натрия хлорида повышается, содержание калия, лактозы и глюкозы снижается. При наступлении беременности у кормящих матерей секреторная функция молочной железы увядает (Hartmann P., Prosser C., 2004).

По окончании лактации в молочной железе происходят инволюционные изменения, т.е. прекращаются пролиферативпые и секреторные процессы, а паренхима и строма частично замещаются жировой тканью.

Беременность, роды и грудное вскармливание снижают чувствительность к канцерогенам и риск развития злокачественных процессов в молочной железе. (Russo I. et al., 2008).

Согласно результатам наблюдения, опубликованного в томе 360, № 9328 британского медицинского журнала «Ланцет», указывается, что чем дольше женщина кормит грудью, тем лучше она защищена от рака молочной железы. В нем подчеркивалась профилактическая роль деторождения и грудного вскармливания. Ученые проанализировали данные о почти 150 тыс. женщин, участвовавших в 47 эпидемиологических исследованиях в 30 странах. Данные включали информацию об особенностях грудного вскармливания и других аспектах деторождения у женщин, страдающих раком молочной железы, и у здоровых женщин.

Другое сообщение было опубликовано исследователями Йельского медицинского университета в Нью-Хейвене, штат Коннектикут. В нем

указывается, что грудное вскармливание в течение года снижает риск развития рака молочной железы у матери примерно на 50% по сравнению с женщинами, которые никогда не кормили грудью. При проведении исследования, в котором сравнивалась группа, включавшая около 500 жительниц Коннектикута с недавно выявленным раком молочной железы, и группа здоровых женщин примерно того же возраста, было обнаружено, что у женщин, кормивших ребенка грудью более 13 мес или вскормивших грудью более 3 детей, риск развития рака молочной железы был в 2 раза ниже, чем у женщин, никогда не кормивших грудью.

Благотворное для матери и ребенка грудное вскармливание считается одним из немногих факторов, сдерживающих развитие рака молочной железы, и одним из важнейших факторов, положительно влияющих на здоровье ребенка. Согласно информации Национального центра профилактики хронических заболеваний и пропаганды здорового образа жизни при центрах контроля и профилактики заболеваний (CDC), младенцы, находящиеся на грудном вскармливании, реже болеют отитами, инфекциями дыхательных путей и диареей.

В процессе физиологической беременности, родов и лактации молочная железа достигает полной морфологической и функциональной зрелости.

1.3. Изменения в эндокринной системе, восстановление функции яичников у женщин после родов

Во время беременности происходит существенное изменение гормонального фона, которое направлено на сохранение беременности. Перестройка гормонального фона обеспечивает потребности развивающейся беременности (плода), адаптационно-приспособительные изменения в организме женщины (увеличение и развитие матки, увеличение объема циркулирующей крови — ОЦК, изменения гемостаза и др.).

Послеродовой период как новое физиологическое состояние организма характеризуется интенсивной гуморальной и нейроэндокринной перестройкой. При этом затормаживаются циклические «процессы» в гипоталамо-гипофизарной системе регуляции менструального цикла, концентрация стероидных половых гормонов возрастает в сотни раз, появляются новые гормоны белкового происхождения (хорионический гонадотропин, плацентарный лактоген), изменяется синтез кортикостероидов. Главную роль в изменении гормонального фона играет развивающийся фетоплацентарный комплекс, на долю которого приходится 90% эстриола (Серов В.Н. и др., 1997).

Сразу после рождения плода и последа начинается интенсивный процесс освобождения организма родильницы от влияний фетоплацентарного комплекса (Соколова З.П., 1981). Через 30 мин после рождения плаценты концентрация эстриола в плазме крови снижается на 30%, а спустя 4 ч после родов она становится в 2 раза ниже, чем во время беременности. На 2-е сутки содержание этого гормона приближается к значениям у здоровых небеременных женщин. Медленнее происходит снижение экскреции эстриола с мочой, только к 8-м суткам пуэрперия содержание эстриола в моче приближается к таковому у здоровых небеременных женщин. Резко снижается концентрация эстрадиола, и наиболее низка она в крови родильниц на 4, 5, 6-й дни после родов.

У женщин со слабо выраженной лактацией повышение уровня эстрадиола наблюдается с 12-18-го дня, с умеренной лактацией — с 24-го дня, с повышенной — с 33-го дня послеродового периода (Керимкулова Н.В., 1988).

Концентрация прогестерона в плазме крови родильниц прогрессивно снижается в первые 3-4 дня после родов, затем она устанавливается на уровне, соответствующем фолликулярной фазе менструального цикла.

Сразу после родов исчезает плацентарный лактоген. Содержание хорионического гонадотропина в плазме крови остается высоким в первые 2 дня после родов и снижается к 3-му дню. Небольшое количество этого гормона в крови родильниц определяется еще в течение 2- 3 нед.

Концентрация кортизола в крови и моче снижается к 6-му дню послеродового периода, и к 8-10-му дню показатели кортизола не отличаются от таковых у здоровых небеременных женщин.

По нашим данным, высокое содержание пролактина наблюдалось на 2-4-й день пуэрперия, что совпадает с началом активной секреции молока, затем уровень пролактина несколько снижался, но оставался по-прежнему высоким.

У женщин с высоким уровнем пролактина и хорошей секрецией молока отмечается наиболее продолжительная послеродовая аменорея. Повышенная концентрация пролактина оказывает тормозящее влияние на гонадотропную функцию гипофиза. Введение лютеинизирующего рилизинг-гормона (ЛГ-РГ) родильницам в первые недели после родов не приводит к увеличению активности гонадотропной функции гипофиза. Однако введенный тем же женщинам и в той же дозе ЛГ-РГ через 1,5-2 мес после родов вызывает закономерное увеличение содержания Л Г и ФСГ в плазме крови. Угнетение функции гипофиза, отсутствие его реакции на гипоталамическую стимуляцию и как следствие наличие ановуляторных циклов, помимо гиперпролактинемии, обусловлены еще и продолжительным тормозящим действием плацентарных стероидных гормонов. Окончательно тормозящий эффект плацентарных гормонов устраняется приблизительно через 1 мес после родов. Тогда же происходит и нормализация базальных уровней гонадотропных гормонов в сыворотке крови (Чернуха Е.А. и др., 1981).

Содержание гонадотропинов в первые 12 дней после родов резко снижено, причем концентрация ФСГ в плазме крови составляет 50-30% от уровня в фолликулярную фазу нормального менструального цикла. Повышение концентрации ФСГ у родильниц начинается с 12-18-го дня послеродового периода. Максимальный уровень ЛГ, равный по величине овуляторному пику, наблюдается на 17-25-й день послеродового периода. Вместе с тем повышение уровня эстрадиола в ответ на увеличение концентрации гонадотропинов происходит в разные сроки и зависит, прежде всего от степени гиперпролактинемии и выраженности лактации.

Восстановление менструальной функции после родов свидетельствует об овуляции, а следовательно, имеется возможность забеременеть.

A. Sharman (1966), проводя гистологическое исследование эндометрия, определил овуляцию уже на 42-й день после родов. A. Peretz и соавт. (1992) установили овуляцию у кормящих женщин па 36-й день после родов, желтое тело было выявлено во время проведения хирургической стерилизации на 6-й неделе пуэрперия.

По данным A. Audebert и C. Verdoux (1986), I. Bolajj и соавт. (2012), овуляция происходит через 6 нед после рождения ребенка у 5% кормящих и 15% некормящих женщин. К 3-му месяцу после родов восстановление

менструальной функции наблюдается у 20% кормящих и значительной части некормящих женщин, к 6-му месяцу у 85% женщин менструальная функция восстанавливается (Audebert A., Verdoux C., 1986; Campbell O., Iray H., 1993). По данным K. Kennedy, C. Visness (1992), наступление первой овуляции на фоне лактационной аменореи к 6-му месяцу после родов имеет место в 39%, к 12-му месяцу — в 79,7%. Частота наступления беременности к 6-му месяцу составляет 2,9%, к 12-му — 5,9%, к 24-му — 13%.

По данным Е.М. Вихляевой и Е.И. Николаевой (2003), у женщин, кормящих грудью, к 3-му месяцу менструации возобновились у 39,3%, к 6-му — у 78,2%, в среднем восстановление менструального цикла произошло через 4,5 мес. Интервал между родами и восстановлением менструального цикла у нелактирующих и кормящих женщин составляет соответственно 9 и 18 нед. Лютеиновая фаза в первом менструальном цикле определяется у каждой 3-й женщины (Bolaji I. et al., 1992). В США почти у 60% женщин наблюдается восстановление овуляции до наступления первой менструации (Gray R. et al., 1988). По данным В.А. Ананьева и соавт. (2000), при определении уровня прогестерона в слюне родильниц было установлено, что в 35% случаев первый менструальный цикл был ановуляторным.

O. Campbell и R. Gray (1993), исследуя ежедневно мочу на гормоны, установили, что овуляция наступает раньше у некормящих женщин. Она в ряде случаев может не сопровождаться кровотечением. Риск наступления беременности у кормящих женщин составляет 4%.

По данным J. Moore и A. DeCherney (1998), у 50% кормящих матерей овуляция восстанавливается через 6-12 мес, беременность наступает у 5-10% женщин. У женщин, перенесших кесарево сечение и не кормящих грудью, мы неоднократно наблюдали наступление менструации уже через 4 нед после операции.

Согласно данным E. Baszak и соавт. (2010), возобновление циклических менструальных выделений у 10% женщин наблюдается через 1 мес, у 26% — через 1,5 мес, у 20% — через 3 мес после родов, т.е. у 56% женщин циклические кровотечения возникают не позднее первых 3 мес послеродового периода. Однако следует отметить, что полноценные двухфазные менструальные циклы наблюдаются лишь у 37,5% женщин. У большинства женщин по данным базальной температуры, секреции эстрогенов и прогестерона первый менструальный цикл является ановуляторным или сопровождается неполноценной лютеиновой фазой, что связано с лютеолитическим действием пролактина. Последующие менструальные циклы становятся овуляторными, и в этот период, несмотря на лактацию, у женщины может наступить беременность.

О.Б. Саадян (1978) наблюдала овуляторные циклы у женщин с физиологическим течением послеродового периода в 37,5% случаев.

Наступление беременности в период лактационной аменореи имело место у 4,7% женщин.

По данным Т.В. Бабичевой (2004), через 1,5 мес после родов при УЗИ у здоровых родильниц в яичниках выявляется фолликулярный аппарат, при обследовании гормонального статуса женщин уровень эстрадиола в среднем составил 166,5 пмоль/л, ФСГ — 6,8 МЕ/л.

Таким образом, функциональная перестройка женского организма после беременности и родов происходит при активном участии эндокринной системы. В первые месяцы послеродового периода высокий уровень пролактина оказывает ингибирующее действие не только на гонадотропную функцию гипофиза, но и на функцию яичников, нормализация которой происходит лишь после снижения концентрации пролактина, что влечет за собой повышение уровня ЛГ и ФСГ и приводит к увеличению содержания яичниковых стероидов, появлению у большинства женщин ановуляторного менструального кровотечения с последующим переходом в овуляторный менструальный цикл.

Глава 2. Системные изменения в организме женщины в послеродовом периоде

2.1. Особенности функционирования сердечнососудистой системы в послеродовом периоде

В период беременности возникают физиологически обратимые, но достаточно выраженные изменения гемодинамики и функции сердца, обусловленные повышенной нагрузкой на сердечнососудистую систему, а также увеличением содержания в крови эстрогенов, прогестерона, простагландинов Е1; Е2 и F2a. Это повышение нагрузки связано с усилением обмена веществ, направленным на обеспечение потребностей плода, увеличением ОЦК, появлением дополнительной плацентарной системы кровообращения и постоянно нарастающей массой тела беременной.

Данные литературы свидетельствуют о том, что во время беременности значительно повышается рабочая нагрузка на сердце. Одной из основных причин постепенного увеличения нагрузки на сердечнососудистую систему является значительный прирост массы тела женщины. По данным разных авторов, он достигает к моменту родов от 9,5 кг до 12 кг (при неосложненном течении беременности) (Савельева Г.М., 2000; Баев О.Р. и др., 1986; Schauberger C. et al.,1992) .

Одним из наиболее существенных системных изменений при физиологической беременности является задержка жидкости, которая дает от 8 до 10 кг общей прибавки массы тела (Вихляева Е.М., 2004; Теппермен Дж., Теппермен Х., 2009).

Некоторые авторы указывают, что у части беременных в положении на спине появляется аортокавальный синдром, проявляющийся слабостью, одышкой, тахикардией, снижением артериального давления, объясняющийся уменьшением притока крови к правым отделам сердца в результате сдавления нижней полой вены и аорты беременной маткой (Василенко В.Х., 1996; Вихляева Е.М., 1998; Демидов В.Н., 1997; Шехтман М.М., 1997; Чернуха Е.А., 2001; Liddel H., Fisher P., 2005; Milsom Forsman L., 2004).

К концу беременности снижается общая емкость легких в основном за счет остаточного объема, улучшаются показатели смешения воздуха в легких, усиливается поглощение кислорода в связи с увеличением вентиляции и более экономным расходованием кислорода вдыхаемого воздуха. При аускультации нижних отделов легких иногда выявляются крепитация или ателектатические хрипы (Василенко В.Х., 1966), которые возникают из-за высокого стояния диафрагмы, что ведет к уменьшению ее колебательных

движений и снижению ее функции как добавочного механизма кровообращения (Малевич Ю.К., 1979; Серов В.Н. и др., 1981)

Определенный интерес представляют данные об изменении объема сердца в период беременности. Установлено, что при нормально протекающей беременности увеличиваются левое предсердие, систолический и диастолический объем левого желудочка сердца (Баев О.Р., 1986). Объем сердца у здоровых небеременных женщин составляет в среднем 560 мл, к концу беременности он увеличивается до 714-746 мл (Баев О.Р. и др., 1996; Вихляева Е.М., 1999; Демидов В.Н., 1977; Манухин И.Б., 1987; Ванина Л.В., 1991).

Давно привлекают внимание исследователей изменения волемических параметров кровообращения при беременности. Е.М. Вихляева (1994) отмечала, что одним из основных механизмов, обеспечивающих в течение беременности адекватные условия для развития плода, поддержания внутренней среды организма и микроциркуляции в жизненно важных органах, является увеличение ОЦК, получившее название физиологической гиперволемии беременных.

Следует отметить, что из всех волемических показателей кровообращения наиболее изученным является изменение объема циркулирующей плазмы в период беременности. Большинство авторов указывают, что объем плазмы у здоровых женщин в период беременности возрастает в среднем на 900-1300 мл (Демидов В.Н., 1997). Установлено, что объем циркулирующей плазмы у здоровых небеременных женщин составил в среднем 2,49 л. Между 29-й и 32-й неделями беременности зарегистрировано наибольшее увеличение ее объема (на 46,6%) с некоторым незначительным (в среднем на 200 мл) его понижением к концу беременности.

В отношении изменения ОЦК при беременности до настоящего времени нет единого мнения. Большинство авторов считают, что он возрастает в среднем на 26-35%, но некоторые авторы приводят более низкие (11%) и более высокие (45%) цифры (Вихляева Е.М., 1969, 1974)

По данным В.Н. Демидова (1977), ОЦК к концу беременности на 27% превышает средние значения у здоровых небеременных женщин.

Возрастание ОЦК следует рассматривать как приспособительную реакцию организма, направленную на увеличение наполнения сосудистого русла вследствие наблюдающейся во время беременности вазодилатации, возникающей как под действием прогестерона (Персианинов Л.С., Молчанова Г.Я., 1995), так и в результате увеличения емкости сосудистых областей матки и молочных желез.

С увеличением ОЦК отмечаются повышение содержания эстрогенов и увеличение продукции кортикостероидов (Персианинов Л.С. и др., 1974).

В настоящее время существуют и разногласия относительно изменения основных показателей гемодинамики и частоты сердечных сокращений. По мнению В.Н. Демидова (1987), частота сердечных сокращений при беременности меняется незначительно, но другие исследователи отмечают увеличение частоты пульса по сравнению с небеременными женщинами в среднем на 15-17 ударов в минуту (уд/мин).

В отношении артериального давления также имеются противоречивые данные, однако большинство исследователей отметили его некоторое снижение между 16-й и 24-28-й неделями беременности (по данным разных авторов) с постепенным повышением его в III триместре и даже некоторым превышением по сравнению с небеременными (Lowe S., 2002).

Существенные изменения, происходящие в организме женщины во время беременности, оказывают влияние и на величину минутного объема сердца (МОС), которая является мерой общего количества крови, поступающей в сосудистую систему в единицу времени. Наиболее выраженное увеличение МОС было установлено между 29-й и 32-й неделями беременности и составило 36,7% от исходного, но к концу III триместра он постепенно снижался и оказался к родам только на 10% выше, чем у здоровых небеременных женщин. Поскольку частота сердечных сокращений во время неосложненной беременности изменяется незначительно, можно считать, что возрастание МОС происходит исключительно за счет систолического выброса.

Как известно, конец III триместра беременности — это период, соответствующий максимуму физиологической гиперволемии, что связано с включением в систему гемодинамики новой сосудистой зоны маточно-плацентарного кровообращения.

Согласно приведенным выше данным, у практически здоровых женщин на протяжении беременности ОЦК по сравнению с небеременными увеличивается на 1000-1500 мл.

Гиперволемия, гиперплазмия и повышение эритроцитной массы являются приспособительными компенсаторными механизмами организма беременных, позволяющими, в частности, справиться с последствиями кровопотери в родах.

В.Н. Демидов (1988) также отмечает, что частота сердечных сокращений у большинства здоровых родильниц колеблется в нормальных пределах, однако он считает, что систолическое и диастолическое артериальное давление в послеродовом периоде несколько повышается и даже превышает таковое у небеременных женщин.

По данным B. Walters и соавт. (2006), S. Robson и соавт. (2009), в послеродовом периоде у женщин, не страдающих гипертонической болезнью, не было выявлено закономерного повышения или понижения артериального давления. Не установлено также, когда артериальное

давление возвращается к дородовому уровню. Не выявлено различий среднего артериального давления до беременности и через 6 и 12 нед после родов (Capeless E., Clapp J., 2001), но другие сердечнососудистые показатели значительно варьируют. Установлено снижение системного сосудистого сопротивления по сравнению с таковыми до беременности, в то время как конечный диастолический объем (КДО), ударный объем крови, сердечный выброс через 12 нед после родов выше (Capeless E.L., Clapp J., 2011). Нет равномерного возвращения сердечнососудистых показателей к уровню, который был до беременности, в течение 6 нед после родов.

В ходе динамического эхокардиографического исследования нами выявлены определенные закономерности изменений анатомофункционального состояния сердца, отражающие сложные процессы перестройки деятельности сердечнососудистой системы в послеродовом периоде.

Полученные нами результаты исследования основных функциональных параметров работы сердца родильниц свидетельствуют о том, что на 3-и сутки пуэрперия приходятся значительные изменения параметров гемодинамики, которые выражаются в увеличении сердечного выброса, что, возможно, является компенсаторной реакцией организма на снижение ОЦК, появившуюся анемию и достаточно существенную потерю массы тела родильницами за незначительный промежуток времени.

Потерю массы тела родильницей после родов можно предположительно объяснить обратным развитием метаболических изменений, возникших в организме в связи с беременностью, с чем согласуется предположение C. Schauberger и соавт. (2012), а также усилением выведения жидкости из организма, что подтверждается повышением диуреза.

Согласно полученным нами данным, количество эстрадиола на 3-и сутки после родов составляет 120,2± 18,5 пмоль/л, прогестерона — 4,8±0,3 МЕ/л, что значительно меньше такового при беременности. Учитывая механизм действия эстрогенов и прогестерона на липидный и углеводный обмен, можно предположить, что снижение их концентрации в крови вызывает уменьшение содержания липопротеидов высокой плотности и усиление выведения жидкости из организма (Robson S. et al., 2007; Schauberger C. et al., 2012; Walsh T. et al., 2008).

В литературе нет единого мнения, что первично при развитии метаболического синдрома в гинекологии (изменение гормонального статуса, как, например, в менопаузе или наследственная предрасположенность к инсулинорезистентности), однако можно предположить, что в акушерстве именно изменение количества выработки половых гормонов непосредственно после родов стимулирует некоторую естественную, достаточно значимую за небольшой промежуток времени (7-

10 дней) потерю массы тела, которая в сумме составляет значительно больше, чем просто сумма массы тела плода, плаценты, околоплодных вод и т.д. (Дороднева Е.Ф. и др., 2012; Подзолкова Н.М. и др., 2003; Репина М.А., 2003; Chmouliovsky L. et al., 2011; Douchi T. et al., 2008; Haffner S. et al., 2009).

В наших исследованиях суммарная потеря массы в течение недели после родов составила 11-12 кг.

На 3-и сутки послеродового периода, прежде всего следует отметить достаточно выраженное однонаправленное изменение основных размеров полостей сердца по сравнению с таковыми при беременности. Одновременно изменяются показатели, характеризующие его объем и сократимость.

Конечный систолический размер левого желудочка (КСР Л Ж) увеличивается на 8% при отсутствии достоверного изменения конечного диастолического размера левого желудочка (КДР ЛЖ).

КДО и конечный систолический объем (КСО) к 3-м суткам возрастают в среднем на 5,2 и 17,2% соответственно, что ведет к увеличению ударного индекса (УИ) на 11,5%.

Анализ полученных при эхокардиографии данных показал, что наиболее существенные изменения на 3-и сутки пуэрперия установлены при определении МОС, который составил накануне родов 5,39+0,3 л/мин, а на 3-и сутки повысился на 12,7% и составил 6,07±0,39 л/мин. В.Н. Демидов (1977) также отметил увеличение МОС именно на 2-3-и сутки пуэрперия ($p < 0,05$).

Динамика сердечного индекса (СИ) была сходна с таковой МОС, и накануне родов он составил 3,05±0,24 л/(мин-м2), на 3-и сутки незначительно повысился и составил 3,13±0,18 л/(мин м2) ($p < 0,05$).

Поскольку частота сердечных сокращений в послеродовом периоде достоверно не менялась, то изменения МОС происходили, по нашему мнению, в основном за счет ударного выброса (УВ), повышение которого также отмечалось на 3-и сутки пуэрперия по сравнению с показателями в конце беременности на 13,1% с дальнейшим постепенным понижением к 7-м суткам.

Аналогичная закономерность установлена и при определении УИ: к 3-м суткам послеродового периода происходит достоверное увеличение количества крови, выбрасываемой сердцем в аорту за 1 сердечное сокращение.

Диаметр же аорты в послеродовом периоде достоверно не менялся по сравнению с таковым при беременности и составил в среднем 2,23±0,19 см.

После опускания диафрагмы и снижения внутригрудного давления происходят улучшение венозного притока к сердцу и некоторая дилатация камер сердца при сохранении нормальной способности миокарда к сокращению, которые, видимо, являются компенсаторноприспособительными реакциями. По данным большинства

авторов, изучавших волемические параметры гемодинамики в послеродовом периоде, наибольшие изменения, выражающиеся в увеличении сердечного выброса, приходятся именно на 3-и и 5-е сутки после родов (Баев О.Р. и др., 2006; Taaffe D. et al., 2005).

При изучении параметров гемодинамики отмечено дальнейшее достоверное повышение размеров левого желудочка сердца, соответственно возрастают и функциональные показатели (КДО и КСО увеличиваются еще на 9,4%), несмотря на то, что показатели сердечного выброса начинают плавно снижаться. В этом отношении наши данные не согласуются с данными О.Р. Баева (1986), который считает, что на 5-е сутки уже идет прогрессивное снижение основных размеров левого желудочка сердца параллельно со снижением его функции.

На наш взгляд, дальнейшая некоторая дилатация левых отделов сердца в этот период объясняется усиленной нагрузкой на организм в связи с максимумом процессов лактации. Ведь на 5-е сутки достигает своего пика в крови концентрация пролактина, разрешается процесс нагрубания молочных желез и у основной части женщин (19,8%) устанавливается грудное вскармливание. Также следует отметить, что хотя в этот период еще сохраняется некоторая разница в гемодинамических параметрах у перво- и повторнородящих, но она уже недостоверна, что не согласуется с данными О.Р. Баева (2006) и S. Robson и соавт. (2007).

Начиная с 7-х суток уменьшаются основные размеры левого желудочка сердца и соответственно — показатели его функции: снижается ударный объем и УИ, однако полученные данные еще не соответствуют контрольным. Различия в показателях КДО и УВ между перво- и повторнородящими, установленные нами в более ранние сроки пуэрперия, на 7-е сутки выравниваются, что соответствует данным Е.М. Вихляевой (1987), О.Р. Баева (1986), Л.В. Ваниной (1991).

На 30-е сутки основные размеры полостей сердца уменьшаются по сравнению с таковыми на 14-е сутки, и КДР ЛЖ составляет 4,51+0,15 см, КСР ЛЖ — 2,97±0,18 см, что практически совпадает с размерами у здоровых небеременных женщин. Показатели сердечного выброса на 30-е сутки пуэрперия также существенно отличаются от таковых на 14-е сутки, и практически полная нормализация параметров гемодинамики отмечена именно в этот срок, когда СИ составил 2,05±0,3 л/(мин-м2), УИ — 28,3±2,3 мл/м2.

КДО и КСО у родильниц на 3-и сутки пуэрперия превышали таковые в конце беременности на 5%, а на 5-е сутки они повышались еще на 9,4%. Выявленное повышение работы левого желудочка сердца происходило за счет возрастания его размеров к 5-м суткам пуэрперия с дальнейшим их достоверным уменьшением.

Полученные результаты свидетельствуют о том, что наибольшие изменения параметров гемодинамики приходятся на 3-и сутки пуэрперия и выражаются в увеличении сердечного выброса, что, возможно, является компенсаторной реакцией организма на снижение ОЦК. Несмотря на это, на 5-е сутки пуэрперия фиксируются дальнейшие изменения размеров и работы левых отделов сердца, и только к 7-м суткам отмечается тенденция к их снижению.

Выявленное увеличение размеров левого желудочка сердца свидетельствует о некоторой дилатации сердца в послеродовом периоде, но сохранность параметров его сократимости, вероятно, является компенсаторно-приспособительной реакцией на снижение внутригрудного и внутрибрюшного давления после опускания диафрагмы и улучшения венозного притока к сердцу после родов соответственно адекватной компенсации нагнетательной функции сердца.

С целью выявления возможных различий в функциональном состоянии сердца у женщин после первых и повторных родов мы провели оценку основных параметров гемодинамики у перво- и повторнородящих. Результаты исследования подтверждают, что уровень адаптационно-приспособительных реакций сердечнососудистой системы у перво- и повторнородящих существенно различается. Несмотря на отсутствие различий в частоте пульса у перво- и повторнородящих, все основные параметры работы сердца у них достоверно различались на 3-и сутки. Эти особенности сохраняются иногда до 5-х суток и требуют обязательного учета при оценке параметров гемодинамики родильниц.

Эхокардиография является ценным и безопасным методом исследования и постоянного контроля адаптационных изменений системы кровообращения после родов, что позволяет успешно использовать ее для оценки состояния гемодинамики у родильниц.

В литературе приводятся данные о таком тяжелом осложнении сердечнососудистой системы, как острый инфаркт миокарда при беременности и после родов (Ladner H. et al., 2005). Авторы приводят 151 случай острого инфаркта миокарда, из них во время беременности 38%, в родах 21% и в течение 6 нед после родов 41%. Частота острого инфаркта миокарда составляет 1 на 35 700 родов. Материнская смертность составила 7,7%. Факторами риска острого инфаркта миокарда явились хроническая гипертензия, диабет, пожилой возраст, эклампсия, тяжелая преэклампсия.

2.2. Система дыхания в послеродовом периоде

По мере прогрессирования беременности у здоровых женщин происходят изменения в системе дыхания, направленные на удовлетворение растущих потребностей организма матери и плода в кислороде (Демидов В.Н., Саакян С.С., 1975). Жизненная емкость легких снижается незначительно, вместе с тем происходит заметное перераспределение фракций, ее составляющих: дыхательный объем увеличивается, резервный объем выдоха уменьшается, а резервное время вдоха практически не меняется. Изучение в процессе беременности форсированной жизненной емкости легких, максимальной вентиляции легких и коэффициента резерва дыхания показало, что по мере прогрессирования беременности эти показатели практически не меняются.

В то же время отмечено закономерное увеличение работы аппарата дыхания, о чем свидетельствует повышение минутного объема дыхания, причем почти полностью за счет дыхательного объема, в то время как частота дыхания меняется незначительно.

Увеличение минутного объема дыхания происходит параллельно увеличению поглощения легкими кислорода, причем увеличение последнего несколько опережает рост легочной вентиляции, что приводит к повышению ее эффективности. Об этом свидетельствует увеличение коэффициента использования кислорода к концу беременности. Выделение углекислоты изменяется параллельно увеличению поглощения кислорода. Таким образом, дыхательный коэффициент остается на высоком уровне, что свидетельствует об интенсивном ненарушенном аэробном энергообмене.

Увеличение эффективности легочного газообмена поддерживает на адекватном уровне газовый состав артериальной крови, который не нарушается по мере прогрессирования беременности и увеличения потребности организма матери и плода в кислороде. Некоторое снижение насыщения артериальной крови кислородом в динамике беременности объясняется развитием незначительного компенсированного метаболического ацидоза, снижающего сродство гемоглобина к кислороду. Наблюдающаяся у большинства беременных гипокапния, по-видимому, с одной стороны, является компенсаторной реакцией в ответ на увеличение недоокисленных продуктов обмена, а с другой — вызвана увеличением легочной вентиляции в результате возрастания энергозатрат организма беременных женщин.

В послеродовом периоде постепенно нормализуются анатомические и функциональные изменения в легких, которые возникли во время беременности. Диаметр грудной клетки и подгрудинный угол уменьшаются,

опускается диафрагма, нормализуется функция внешнего дыхания, появляется возможность брюшного типа дыхания. После родоразрешения восстанавливается нормальная экскурсия легких, исчезают одышка, гипервентиляция и респираторный алкалоз. Снижаются дыхательный объем, минутный объем дыхания и резервный объем вдоха, увеличиваются общая емкость легких и резервный объем выдоха, повышается уровень рС02 и не изменяется уровень р02 и рН крови (Нисвандер К., Эванс А., 2009).

Работами Ю.Д. Ландеховского (1991) показано, что в послеродовом периоде происходит постепенное возвращение основных показателей легочного дыхания к их уровню вне беременности.

Результаты исследования функции внешнего дыхания у здоровых родильниц по сравнению с таковыми в III триместре беременности показали, что, уже начиная с 1-х суток пуэрперия отмечается тенденция к постепенному изменению большинства показателей. Жизненная емкость легких и резервный объем вдоха у здоровых родильниц не претерпевают значительных изменений на протяжении послеродового периода. Резервный объем выдоха несколько снижается на 3-и сутки после родов, затем постепенно увеличивается и к 10-14-м суткам пуэрперия значительно превышает таковой перед родами. Работа дыхания уменьшается с 1-х суток послеродового периода, что обусловлено в основном снижением дыхательного объема, в то время как частота дыхания практически не изменяется. Максимальная вентиляция легких, форсированная жизненная емкость легких и коэффициент резерва дыхания после некоторого снижения на 3- и сутки послеродового периода постепенно увеличиваются к концу 2-й недели пуэрперия. Поглощение кислорода легкими на протяжении 14 дней после родов уменьшается, причем отчетливо оно снижается уже к концу 1-й недели. Выделение углекислого газа претерпевает аналогичные изменения, в связи, с чем отмечается постоянство дыхательного коэффициента.

Изучение показателей функции внешнего дыхания у здоровых родильниц при дозированной физической нагрузке показало, что в ближайшие дни послеродового периода толерантность к физической нагрузке у родильниц по сравнению с беременными несколько снижается. В дальнейшем она возрастает и уже к концу 1-й недели пуэрперия достигает показателей у здоровых беременных. Таким образом, результаты исследования функции внешнего дыхания в покое и при нагрузке на 3-5-е сутки послеродового периода свидетельствуют о некотором снижении резервных возможностей аппарата внешнего дыхания. Указанные изменения И.Б. Манухин (1994) и Л.А. Савченко (1996) объясняют усиленным кровенаполнением легких на 3-5-е сутки физиологически протекающего послеродового периода.

2.3. Мочевыделительная система в послеродовом периоде

У беременных происходят специфические изменения функции почек, однако при морфологическом исследовании этих органов каких-либо особенностей не выявлено. При нормальной беременности в паренхиме почек никаких видимых изменений не обнаружено. Некоторые исследователи обращают внимание на расширение капилляров в клубочках, сочность клубочкового эпителия.

Физиологической беременности свойственны выраженные функциональные изменения мочевыводящих путей. Значительно расширяются почечные лоханки и мочеточники. Помимо расширения, происходит нарушение тонуса и сократительной способности мышц малых чашечек, лоханок и мочеточников, что также способствует их растяжению и удлинению. Friedberg (2010) при рентгенологическом исследовании обнаружил расширение мочеточников и почечных лоханок у 90% здоровых беременных. Эти изменения развиваются примерно после 20 нед беременности и сохраняются в течение 12 нед после родов (Шехтман М.М., 1997).

Объем лоханок увеличивается с 5-10 до 50-100 мл. Расширение мочевыводящих путей больше выражено у первобеременных, особенно с правой стороны. Тонкие стенки мочеточников во время беременности становятся резко гипертрофированными, развивается гиперплазия мышечной и соединительнотканной оболочек, повышается их васкуляризация, возникает отек. Сократительная деятельность мочеточников нарушается. Дилатация и гипокинезия мочевыводящих путей начинаются в 6-8 нед беременности, достигают максимума в 18-20 нед, заметно уменьшаются к 28-й неделе. Спустя 1,5-2 мес после родов почки возвращаются в первоначальное положение (Григорян В.А., 1991).

Причиной расширения мочевыводящих путей может быть механическое сдавление мочеточника беременной маткой или головой ребенка. Однако в первой половине беременности причиной дилатации лоханок и мочеточников является не механический, а гормональный фактор — увеличение концентрации в крови эстрогенов, особенно прогестерона. Расширение мочевыводящих путей постепенно исчезает после родов. При изучении функции почек в послеродовом периоде выявлено, что в конце беременности диурез у здоровых женщин составляет в среднем 1099± 126 мл, в первые 3-е суток пуэрперия он несколько увеличивается и достигает 1151 ±85 мл (хотя эти различия статистически незначимы), к 7-м суткам диурез практически не отличается от такового у небеременных женщин и составляет 960±259 и 987±154 мл соответственно.

Плотность мочи находится в пределах нормы и составляет 1, 015-1,025 г/л. Реакция мочи слабокислая или кислая. Белок в моче или отсутствует, или его концентрация находится в пределах 0,0035 г/л. Однако на 3-и сутки пуэрперия примерно у трети родильниц количество белка в моче доходило до 0,02 г/л. Это можно расценить как физиологическую протеинурию, которая часто встречается у здоровых женщин после сильных физических напряжений, эмоциональных переживаний, которыми являются роды.

Нередко во время родов травмируются мочевой пузырь и уретра, вследствие чего наступает отек и в послеродовом периоде возможна задержка мочи, что повышает риск возникновения инфекции половых путей. Послеродовая атония мочевого пузыря нередко наблюдается после перидуральной аналгезии в родах. Задержка мочи может быть обусловлена рефлекторным воздействием вследствие болей, обусловленных эпизиотомией, разрывами промежности, разрывами в области наружных гениталий, наличием гематом и др. При задержке мочи прибегают к катетеризации мочевого пузыря каждые 4 ч. По показаниям можно использовать катетер Фолея.

Почечный кровоток, реабсорбция электролитов, аминокислот и глюкозы в канальцах возвращаются к исходному уровню через 6 нед после родов. Расширение почечных лоханок, чашечек и мочеточников может сохраняться до нескольких месяцев (Сильвер Х., Смит Л.,1999).

E. Andolf и соавт. (2004) с целью выявления остаточной мочи у женщин проводили УЗИ в послеродовом периоде после вагинальных родов и в 1,5% случаев выявили увеличение объема мочевого пузыря. Задержка мочи чаще наблюдалась после инструментальных родов и эпидуральной аналгезии.

Среди осложнений после родов следует выделить стрессовое недержание мочи, которое, по данным A. Foldspang и соавт. (2002), выявлено в 17% случаев, и его частота возрастает с количеством родов. По данным L. Vikrup и соавт. (2012), стрессовое недержание мочи у первородящих выявлено в 7%, по данным G. Chavez и соавт. (2004), — в 15% и не выявлено у первородящих, у которых проводились упражнения для тазового дна во время беременности. Недержанию мочи способствовали длительный второй период родов, крупный размер плода, оперативные влагалищные роды, травмирование тазового дна и уретры. Функция мочеиспускания у большинства женщин восстанавливалась через 3 мес после родов. Своевременная катетеризация мочевого пузыря у женщин, у которых нет позыва на мочеиспускание, предотвращает многие проблемы, связанные с мочеиспусканием. Если стрессовое недержание мочи продолжается 12 мес, то показано хирургическое лечение.

2.4. Пищеварительная система в послеродовом периоде

Во время беременности, особенно во второй ее половине, кишечник подвергается сдавлению беременной маткой. При этом частично нарушается кровообращение (происходит венозный застой в сосудах малого таза), что отражается на функции кишечника, прежде всего эвакуаторно-моторной: перистальтика становится вялой, возникает запор, может обостриться геморрой.

Регуляцию деятельности кишечника обеспечивает центральная и вегетативная нервная система. Активными агентами нейрогуморальной регуляции, влияющими на секреторную и двигательную функции кишечника, являются серотонин, ацетилхолин и гистамин. Установлено ослабление автоматической ритмической деятельности кишечника у беременных вследствие повышения порога возбудимости его рецепторов в ответ на биологически активные вещества. Простагландины, влияя на тонус гладкой мускулатуры, активизируют деятельность кишечника. Однако при беременности он становится толерантным к обычным физиологическим раздражителям. Это биологически оправдано, гак как иннервация кишечника и матки общая и повышение перистальтики кишечника может возбудить сократительную деятельность матки. Прогестерон действует на гладкомышечную ткань расслабляюще, также он ответствен и за снижение тонуса гладкой мускулатуры кишечника, а во время беременности его секреция значительно возрастает. Таким образом, гипотоническое состояние кишечника при беременности можно расценивать как защитную реакцию, но ее следствием является нарушение эвакуаторной функции кишечника, его дискинезия. Это самая частая патология кишечника во время беременности, которую называют неврозом толстой кишки, раздраженной толстой кишкой, спастическим колитом, дисфункцией толстой кишки, слизистым колитом и т.д. М.М. Шехтман и Л.А. Положенкова (2004) выявили дискинезию толстой кишки у 115 из 200 беременных и у 18 из 56 родильниц.

Различные функциональные нарушения толстой кишки могут вызвать эмоциональный стресс или патология других органов. В настоящее время дискинезия толстой кишки рассматривается как нарушение двигательной активности органа, которое определяется психологическими факторами. Нервно-психический статус больных с дискинезией толстой кишки характеризуется депрессией, тревогой, эмоциональной лабильностью, особенно у женщин с невынашиванием беременности или длительным бесплодием в анамнезе. Помимо нервных влияний, определенную роль в развитии дискинезии кишечника играют аллергические, аутоиммунные процессы и нарушения эндокринной регуляции. Ввиду застойных явлений в

малом тазу нередко развивается геморрой различной степени выраженности.

Еще одной часто встречающейся патологией пищеварительной системы является изжога — основной симптом гастроэзофагальной рефлюксной болезни, которая наблюдается приблизительно у 50-80% беременных. Многие акушеры считают изжогу при такой высокой частоте практически нормальным проявлением беременности, не требующим особого внимания. Однако некоторые исследователи предлагают выделять изжогу беременных как отдельный симптом, свойственный беременности, появляющийся на ее фоне и ею обусловленный, поскольку изжога начинается во время беременности и заканчивается вскоре после родоразрешения. Для лечения изжоги рекомендуется использовать ренни по 1 таблетке 3 раза в день после еды.

В работах Nagler (1961) показано, что гипотония нижнего пищеводного сфинктера (НПС) имела место у 55% женщин, страдающих изжогой. Давление в НПС снижается по мере увеличения срока беременности, а восстановление тонуса происходит вскоре после родов.

J. Lind и соавт. (1998), изучив внутрижелудочное давление, средние показатели тонуса кардиального сфинктера, давления в нем в ответ на компрессию живота у беременных, установили, что внутрижелудочное давление нарастает во время беременности, но среднее давление в НПС не повышается должным образом. Этот феномен и приводит к забросу кислого желудочного содержимого в пищевод. Повышенное внутрибрюшное давление, обусловленное увеличением беременной матки, является другой важной причиной, способствующей желудочно-пищеводному рефлюксу. Кроме того, смещение желудка вверх по мере прогрессирования беременности на фоне снижения тонуса мышц диафрагмы, разрыхления ее соединительнотканной основы приводит не только к нарушению запирательной функции кардии, но и в некоторых случаях к развитию грыжи пищеводного отверстия диафрагмы.

Во время беременности нарушается также эвакуаторная функция желчного пузыря и часто обостряется желчнокаменная болезнь.

Большинство исследователей склонны объяснять подобные нарушения не только анатомическими изменениями, происходящими в организме беременной и обусловленными ростом беременной матки, но и повышением уровня половых гормонов, в первую очередь прогестерона (возможно, в комбинации с эстрогенами), достигающего пика в конце беременности и оказывающего релаксирующее действие на тонус гладкой мускулатуры всего организма, как указывалось выше.

После родов в пищеварительной системе происходит нормализация процессов, возникших во время беременности. Восстанавливается функция печени, желчного пузыря, поджелудочной железы, кишечника.

Нормализуются биохимические показатели, отражающие функцию желудочно-кишечного тракта и метаболических процессов (щелочная фосфатаза, холестерин, трансферрин, триглицериды, инсулин и т.д.). У беременных под влиянием эстрогенов увеличивается синтез белков в печени, что проявляется повышением уровня сывороточных белков. Через 3 нед после родов он возвращается к норме (Сильвер Х., Смит Л., 1999).

В первые дни после родов у 6-10% женщин вследствие гипотонии гладкой мускулатуры желудочно-кишечного тракта, ослабления мышц тазового дна, травмы тазового дна в родах и нередкого появления геморроидальных узлов наблюдается запор. Профилактике запора способствуют раннее вставание родильницы — через 3-4 ч после родов и рациональное питание, включающее достаточное количество растительных и кисломолочных продуктов. Важное значение имеет послеродовая гимнастика, которую следует начинать со 2-го дня после родов. Гимнастические упражнения направлены на установление правильного диафрагмального дыхания, укрепление мышц брюшного пресса, тазового дна, сфинктера и промежности, повышение тонуса мочевого пузыря и кишечника, нормализацию в них кровообращения, улучшение общего состояния. Аппетит у родильниц обычно не страдает. Полностью функция органов пищеварительной системы восстанавливается через 4-8 нед после родов.

2.5. Вегетативное и психоэмоциональное состояние женщин в послеродовом периоде

Психовегетативные расстройства являются междисциплинарной проблемой. Практически все медицинские специалисты в той или иной степени имеют дело с данной патологией. В одних случаях исиховегетативные расстройства заложены в патогенезе заболевания, в других возникают вторично как реакция на болезнь и в свою очередь также влияют на течение, клиническую картину и исход заболевания.

Частота психовегетативных расстройств у родильниц, возникающих после родов, по данным зарубежных авторов, колеблется от 2,2 до 40% (Kendell R. et al., 1987; O'Hara M., Swain A., 1996; Wilson L. et al., 1996; Zlotnik C. et al., 2001).

Сам процесс родоразрешения является стрессовой ситуацией, которая сопровождается значительным напряжением функционального состояния различных физиологических систем, приводящим к изменению адаптации организма. Адаптационные функции организма обеспечиваются неспецифическими системами мозга, доминирующую роль в которых играет лимбико-ретикулярный комплекс. Дисфункция неспецифических систем мозга приводит к синдрому дезинтеграции, одним из симптомов которого являются психовегетативные расстройства, которые проявляются эмоциональными, вегетативными, мотивационными нарушениями, отражающимися на адаптационных механизмах организма. Таким образом, роды, послеродовой период и возникающие эмоциональные стрессы являются особой нагрузкой на женский организм, что может приводить к возникновению психосоматических страданий (Appleby L. et al., 1994; Ballard C.G. et al., 1994).

Нарушения, возникающие после родов в результате перенесенных психоэмоциональных нагрузок, активизируют не только симпатическую нервную систему, но и секрецию гипофизом стрессорных гормонов: пролактина, кортизола и АКТГ.

По данным Е.А.Чернухи и соавт. (1996), у женщин, перенесших операцию кесарева сечения в плановом порядке, наиболее выражены нарушения адаптационных функций организма по сравнению с родильницами после нормальных своевременных родов через естественные родовые пути. В данном случае расстройство адаптации представлено выраженным синдромом вегетативной дистонии, сочетающимся с тревожными депрессивными проявлениями, что ухудшает качество жизни женщин.

Важным является исследование психоэмоционального состояния практически здоровых родильниц после своевременных неосложненных родов через естественные родовые пути, поскольку роды и лактация

являются стрессовой ситуацией, ограничивающей социальную активность и меняющей общественную роль женщины. Возникновение психовегетативных расстройств может привести к возрастанию количества послеродовых осложнений, нарушению лактации, сексуальным расстройствам, ухудшению взаимоотношений в семье, снижению социальной активности женщины (Crullon K., Grimes D., 2007; Forman D. et al., 2010; Vikrup L. et al., 2012).

По прогнозам ВОЗ, депрессивные расстройства к 2020 г. выйдут на 2-е место по частоте причин преждевременной смерти и потери трудоспособности. Страдания, вызываемые депрессией, глубоки и поэтому часто остаются нераспознанными. Они могут оказывать влияние на любой аспект существования личности: чувства, мысли, действия. Послеродовые депрессии в этом смысле особенно важны для изучения, так как они возникают в очень критическом периоде в жизни женщины, ее ребенка и семьи в целом.

По статистике 2000 г. (Шотландия), на каждые 1000 живорождений приходится 100-150 матерей, страдающих депрессивными расстройствами.

Неудачное, запоздалое или неадекватное лечение может привести к тому, что в отношениях между матерью и ребенком, в личности ребенка, его социальном и личностном развитии происходят разрушительные процессы. Матери, страдающие депрессией, переносят на ребенка большую часть своих негативных эмоций, что имеет для развития ребенка самые тяжелые последствия. Нарушается его эмоциональное и социальное развитие, причем с самых ранних сроков его жизни. Доказано отрицательное влияние материнской депрессии на развитие детей 1-го года жизни. У этих детей замедлено развитие речи, снижен коэффициент интеллекта (Murray L. et al., 2009).

Нарушаются также взаимоотношения в семье. Существуют исследования, доказывающие связь между депрессией у матери и последующим развитием депрессии у мужа. При наличии послеродовой депрессии у матери отцы значительно сильнее переживают проблему со здоровьем и отношениями в семье. В тех семьях, где поведение матери неадекватно, остальные члены семьи, в том числе и дети, проявляют большую склонность к агрессии (Ballard C. et al, 2004).

Диагностика клинических проявлений депрессии часто затруднена из-за поздней обращаемости больных за соответствующей помощью. Стыд, который ощущают больные, ведет к тому, что они крайне неохотно рассказывают о своих чувствах, что является основной причиной поздней диагностики. Например, мать может чувствовать свою неспособность заботиться о ребенке и воспринимает это как исключительно свою вину, соответственно старательно это скрывает.

По данным комиссия по изучению материнской смертности Великобритании (CEMD UK), психические расстройства в 1997-1999 гг. стали причиной материнской смертности в 12% случаев. Суициды стали следующей по частоте причиной материнской смертности в Англии после сердечнососудистых заболеваний. Эта цифра показывает, что послеродовые депрессии заслуживают самого пристального внимания и изучения.

Большое число работ посвящено этой проблеме. Одни авторы указывают на 4,5-28% встречаемости послеродовой депрессии, другие — 10-15%. Различие в данных может быть объяснено тем, что разные авторы считали возникновение депрессивных расстройств в разные сроки после родов. Однако большинство авторов считают диагноз послеродовой депрессии правомочным при ее манифестации в первые 5 нед после родов (Ballard C. et al., 2004; Beck C., 2006; Campbell S.B., 2011).

Факторами риска возникновения депрессии являются психопатология в анамнезе, низкий социальный уровень, плохие супружеские отношения, эмоциональные стрессы (обиды, потеря близких).

В ходе проведенного нами исследования качества сна при беременности в группе здоровых беременных нарушений выявлено не было (19,4±0,8 балла при норме 20 баллов и выше), но следует отметить, что примерно каждая 3-я беременная (33,1%) все-таки отмечала незначительные нарушения качества сна. После родов качество сна повысилось и составило 21,6+0,34 балла.

Реактивная и личностная тревога, изученная по тесту Спилбергера, отмечалась у всех обследованных, и характеризовалась как средняя (30-60 баллов — критерий среднего уровня тревоги). До родов реактивная тревога составила 44,1 ±6,03 балла, личностная — 41,4±8,3 балла.

После родов реактивная тревога достоверно снизилась и составила 21,2±5,8 балла. Личностная тревога составила 43,9±7,5 балла, т.е. даже несколько повысилась по сравнению с исходными данными.

В группе здоровых небеременных женщин реактивная тревога составила 27,3±2,5 балла, что достоверно выше результатов в основной группе, а личностная — 46,25±4,6 балла, т.е. практически не отличалась от результатов основной группы.

Это можно объяснить тем, что пациентки основной группы на данном этапе жизни выполнили свою социальную и биологическую функции (рождение ребенка), причем субъективно большинство из них оценивали свое самочувствие как хорошее и были довольны полученным результатом. Таким образом, реактивная тревога, которая характеризует состояние пациентки непосредственно в момент опроса, снизилась, но личностная тревога, которая характеризует психическое состояние индивидуума в течение его жизни, осталась на исходном уровне. Этот показатель уже

можно объяснить социальными и бытовыми проблемами современной жизни.

Тест Бэка, определяющий степень депрессии, выявил, что накануне родов у большинства беременных отмечалась мягкая степень депрессии (12,9±2,3 балла).

После родов мягкая степень депрессии (14,5±1,9 балла) наблюдалась у 13,2% родильниц, средняя степень (18,2±3,1 балла) — у 17,5% родильниц. Средний показатель теста Бэка составил 9,5±4,3 балла. При детальном изучении анкет большинство родильниц (80%) отмечают появление постоянной усталости, 70% критикуют себя за «ошибки и слабости», 70% отмечают уменьшение интереса к сексуальным вопросам, 50% — разочарование в себе и появление чувства вины за свои поступки, 40% — нарушение сна, 40% отмечают более выраженную раздражительность и чувствуют себя расстроенными, 30% считают, что в их внешности произошли существенные изменения в худшую сторону, 30% испытывают трудности в принятии решений и считают, что их ничего не ждет в будущем. При всем вышеперечисленном объективно эти женщины были социально благополучны, практически здоровы, их состояние и состояние их новорожденных детей не вызывали опасений. При субъективной оценке они были достаточно спокойны и общительны, не предъявляли никаких жалоб. Только при анонимном анкетировании были выявлены эти внутренние психологические проблемы у значительной части родильниц.

Изучение теста САН (самочувствие-активность-настроение) показало, что до родов самочувствие женщин оценивалось в среднем в 52,1 ±8,1 балла, после родов — в 51,7±4,2 балла, т.е. достоверно не различалось ($p < 0,05$).

Активность до родов составила 52,8±9,1 балла, после родов она незначительно снизилась и составила 47,4± 10,3 балла ($p < 0,001$).

Накануне родов настроение женщин оценивалось в 52,3±7,7 балла, после родов оно достоверно улучшилось и составило 59,3±8,5 балла ($p < 0,05$).

При изучении психовегетативного состояния пациенток было выявлено, что до родов синдрома вегетативной дистонии ни у одной пациентки выявлено не было (23,4±6,3 балла при норме до 25 баллов), однако после родов у 28,3% женщин появился синдром вегетативной дистонии (30,2± 12,1 балла).

Это еще раз говорит о том, что послеродовая Депрессия заслуживает самого внимательного отношения, так как она возникает сначала незаметно для окружающих в крайне критический период в жизни женщины-матери, ее ребенка и семьи в целом. Для женщин депрессивное расстройство является большой проблемой первого года после родов, так как адекватная помощь может запоздать из-за поздней постановки диагноза, ведь часто женщины

неохотно признаются в своих чувствах из-за ложного стыда или ощущения вины.

Полученные нами данные совпадают с данными литературы о частоте послеродовых депрессий — от 4,5 до 28% (Crullon K., Grimes D., 2007; Hendrick V. et al., 2010). В контексте негативных последствий депрессивных расстройств для женщины, ее партнера, для дальнейшего развития ребенка в акушерских стационарах необходима психотерапевтическая служба, которая может выделить группу риска развития депрессии и оказать этим женщинам хотя бы экстренную психологическую помощь (Murray L. et al., 2009; O'Hara M., Swain A., 2006; Walsh T. et al., 2008). Заслуживает внимания организация клиник для снятия стресса после родов в зарубежных странах (Allot F., 2006).

2.6. Иммунологические изменения в послеродовом периоде

Во время беременности в организме женщины возникают сложные иммунные реакции, протекающие при участии гуморальных и клеточных факторов иммунитета.

Во время беременности фетоплацентарный комплекс осуществляет иммунные влияния посредством Т- и В-лимфоцитов, естественных киллеров, разнообразных молекулярных факторов (цитокинов) и антител. В значительной степени взаимодействие между фетоплацентарными тканями и иммунной системой определяет успешное окончание беременности (Грязнова И.М. и др., 2007; Иманказиева Ф., 2009).

Однако, несмотря на большое количество работ, посвященных иммунологическим изменениям при беременности, среди исследователей до сих пор нет единого мнения на этот счет. В.Е. Дашкевич (1989) считает, что в III триместре беременности наблюдается активация клеточного иммунитета, а изменения гуморального иммунитета проявляются снижением уровня IgG, повышением уровня IgA при неизмененном уровне IgM. Другие авторы считают, что при физиологическом течении беременности имеют место Т-лимфопения, снижение количества Т-хелперов/индукторов и повышение количества Т-супрессоров/киллеров. Количество В-клеток достоверно снижается, В-лимфоцитов — возрастает (Грязнова И.М. и др., 1997; Тимошенко Л.В. и др., 1990; Трусов Ю.В., 1997). По их мнению, возникающая четко выраженная клеточная иммуносупрессия может рассматриваться как приспособительная реакция, направленная на поддержание иммунной толерантности в системе мать-плод. В.Н. Запорожан и соавт. (2002) приводят аналогичные данные о том, что перед родами имеется тенденция к снижению общего числа лейкоцитов, лимфоцитов, соответственно снижается число Т-хелперов и Т-супрессоров. Эта тенденция сохраняется до 2-3-х суток послеродового периода, поскольку именно в эти дни проявляется гнойно-септическая послеродовая инфекция. По мнению этих авторов, иммуносупрессия выражается также в снижении количества эозинофилов и палочкоядерных нейтрофильных лейкоцитов, а в В-системе и содержании IgG, IgM и IgA достоверных изменений не выявлено.

До сих пор спорным остается диагностическое значение иммунологических исследований. Одни авторы отмечают снижение уровня IgG и IgM, другие, напротив, свидетельствуют о его повышении или отсутствии статистически достоверных изменений (Метелица И.С. и др., 2011; Наумов Ю.Г., 2003).

При изучении состояния иммунокомпетентных клеток Ф.А. Смекуна (1988) показала, что в послеродовом периоде при возникновении инфекционных осложнений наблюдается снижение абсолютного количества Т- и В-лимфоцитов с угнетением функциональной активности Т-клеток.

При изучении сывороточных иммуноглобулинов было выявлено, что только у здоровых родильниц в 1-е сутки после родов содержание IgG и IgM ниже, чем у небеременных женщин; в содержании IgA различий не выявлено. К концу 1-й недели нормального послеродового периода обнаружено значительное увеличение концентрации IgG, что отражает физиологическую реакцию организма в условиях, исключающих поступление IgG от матери к плоду вследствие прекращения тесной связи между их организмами. Содержание IgA и IgM не изменяется. К концу 2-й недели после родов уровень IgA, IgM и IgG стабилизируется и соответствует таковому у небеременных женщин (Бергман А.С. и др., 1983).

Для выявления иммунологических особенностей у женщин в послеродовом периоде нами проведено определение содержания Т-лимфоцитов (CD3+), Т-хелперов (CD4), Т-супрессоров (CD8"), соотношения Т-хелперов и Т-супрессоров, содержания В-лимфоцитов, концентрации IgA, IgG и IgM у 20 женщин.

Исследования проводились при доношенной беременности в 1-е и 7-е сутки послеродового периода.

Результаты проведенных исследований свидетельствуют о том, что наи более выраженные изменения у родильниц имеют место в 1-е сутки после родов. Происходит снижение Т-лимфоцитов (CD3+) в периферической крови, однако через 7 сут количество этих клеток восстанавливается. Аналогичные изменения отмечены и в содержании Т-клеток (CD4+ и CD8+). Средние показатели содержания В- лимфоцитов имели тенденцию к увеличению в 1-е сутки пуэрперия по сравнению с исходными при беременности.

Следовательно, роды вызывают определенные сдвиги в соотношении субпопуляций лимфоцитов, однако наблюдающиеся изменения в содержании клеток различных фенотипов нормализуются в течение 7 дней неосложненного послеродового периода.

2.7.Основные клинико-лабораторные показатели в послеродовом периоде

Важными показателями течения послеродового периода являются температура и пульс родильниц. Роды являются физиологическим актом, поэтому в послеродовом периоде не должно быть патологического повышения температуры.

Согласно данным большинства авторов, дневные колебания температуры в послеродовом периоде не должны превышать 37,5 °С. Повышение температуры выше 37,5 °С следует расценивать либо как возможное начало развития инфекционного процесса, либо как задержку лохий и всасывание продуктов лизиса, либо как патологическое нагрубание молочных желез или лактостаз.

Непосредственно после родов у некоторых родильниц наблюдаются приступы озноба, который объясняется большим физическим и эмоциональным напряжением организма во время родов или, по предположениям некоторых авторов, попаданием незначительного количества элементов околоплодных вод в кровоток родильницы. Как правило, это не оказывает значительного влияния на температуру тела, и средние ее показатели в течение первых часов после родов равняются в наших наблюдениях 36,9±0,2 °С. Наибольшее повышение температуры в 1-е сутки пуэрперия было зафиксировано через 6- 8 ч после родов и составило 37,2±0,09 °С.

Со 2-х по 9-е сутки пуэрперия у большинства родильниц наблюдались индивидуальные колебания температуры, которые в среднем составляли 0,3-0,5 °С. Средняя температура в этот период была равна 36,7±0,18°С.

Однако следует отметить существование второго пика подъема температуры в пуэрперии, который в наших наблюдениях приходился на 3-4-й день. Обычно это принято связывать с нагрубанием молочных желез и лактостазом, но именно в этот срок, по последним данным, в матке происходят отторжение некротизированной децидуальной ткани, изменение кислотно-основного состояния (выраженный метаболический ацидоз), преобладание в бактериальных посевах из полости матки факультативных аэробов, что, естественно, не может не вызвать определенную общую реакцию организма.

У 37% родильниц в этот период было отмечено повторное повышение температуры от 37 до 37,8 °С (в среднем 37,4±0,35 °С). В 4 (2,9%) случаях имело место повышение температуры выше 38 °С, которое, по-видимому, все-таки было связано с индивидуальной реакцией родильниц на начало

лактации, поскольку это состояние быстро купировалось после сцеживания молока и назначения анальгетиков и в дальнейшем не повторялось.

Большое значение для правильного ведения послеродового периода имеет наблюдение за пульсом родильниц. Вследствие физического напряжения и психоэмоционального стресса, каковым являются роды, в раннем послеродовом периоде пульс может быть несколько учащен, но в большинстве случаев он составлял 77,6± 1,6 уд/мин с колебаниями от 60 до 84 уд/мин. Вообще, частота пульса в пуэрпе- рии — величина очень лабильная, зависящая как от объективных (величина кровопотери в родах, температура, частота сердцебиения до родов), так и от субъективных (темперамент женщины, ее психоэмоциональное состояние, отношения с персоналом, состояние новорожденного и т.д.) причин.

Во время беременности женщины прибавляют в массе больше, чем суммарная масса гипертрофированной беременной матки, околоплодных вод, масса плода и плаценты. Соответственно в послеродовом периоде происходит потеря массы, которая превышает массу содержимого матки и кровопотери. В наших исследованиях средняя прибавка в массе за время беременности составила 10,5+1,3 кг.

В результате родов женщина теряет от 5 до 6 кг массы за счет содержимого матки (плод, плацента, околоплодные воды) и физиологической кровопотери, а в пуэрперии снижение массы тела ежедневно на 1,5-2 кг происходит за счет усиления диуреза (Williams Obstetrics, 2011).

По нашим данным, наибольшая потеря массы происходит в 1-е сутки послеродового периода (в среднем на 5,7 кг). В последующие дни среднесуточная потеря массы значительно уменьшается, однако к 7-м суткам большинство обследованных женщин практически весили столько же, сколько до беременности (62,6±1,7 и 61,5±2,4 кг соответственно).

При осложненном послеродовом периоде, у женщин после кесарева сечения, при заболеваниях ребенка (переживания родильницы) суточная потеря массы тела больше, чем при физиологическом течении пуэрперия.

По данным C. Schauberger и соавт. (1992), большинство женщин восстанавливают свою массу до беременности в течение 6 мес после родов, но все же средняя масса превышает исходную на 1,4 кг. Факторами, которые ускоряют потерю массы после родов, являются быстрое возвращение к работе, курение. Грудное вскармливание, возраст и социальные факторы не влияют на потерю массы. G. Green и соавт. (2008) установили, что если масса тела до родов превышал 9,1 кг, то и после родов она остается повышенной.

Крайне важно следить за характером, количеством и запахом лохий в послеродовом периоде. Лохии представляют собой раневой секрет матки. В первые дни послеродового периода лохии кровянистые за счет значительной примеси крови, с 4-х по 8-9-е сутки они становятся

сукровичными, а с 10-х суток приобретают вид жидких светлых выделений. К концу 2-й недели пуэрперия лохии скудные, а к 5-6-й неделе выделения из половых путей прекращаются, и это указывает на то, что эпителизация плацентарной площадки в матке закончена. По данным L. Oppenheimer и соавт. (2009), C. Visness и соавт. (2011), выделение лохий продолжается от 4 до 8 нед (56 дней) после родов. Возраст матери, паритет, масса плода и грудное вскармливание не влияют на длительность выделения лохий.

Всем женщинам проводили общие анализы крови и мочи, биохимическое и гемостазиологическое исследования крови.

Известно, что беременность сопровождается изменениями состава периферической крови, которые становятся более выраженными по мере прогрессирования беременности и в раннем послеродовом периоде (Грязнова И.М. и др., 2007; Запорожан В.Н. и др., 1992; Николаева Е.И., 1990).

Как показали исследования, в процессе беременности снижаются содержание гемоглобина и количество эритроцитов в периферической крови. Поскольку анализы периферической крови наряду с другими лабораторными тестами широко используются для оценки состояния организма, изучение состава периферической крови в динамике нормального послеродового периода представляет несомненный интерес.

Даже при неосложненном течении родов в послеродовом периоде могут возникнуть патологические состояния, требующие серьезных вмешательств. В связи с этим приобретает большое значение исследование периферической крови во время пуэрперия. Однако оценка гематологических показателей должна производиться с учетом особенностей периферической крови в этом периоде.

По данным некоторых авторов, в 1-3-и сутки после родов в периферической крови родильниц и здоровых небеременных женщин имеются значительные различия. Отмечается снижение количества эритроцитов и уровня гемоглобина, у ряда родильниц уменьшается средний объем эритроцитов, повышена СОЭ, увеличивается количество лейкоцитов. Наблюдаются изменения в лейкоцитарной формуле, выражающиеся в повышении содержания нейтрофилов и уменьшении числа эозинофилов, снижении относительного количества лимфоцитов. Имеется регенераторный сдвиг в лейкоцитарной формуле в отдельных случаях до метамиелоцитов и миелоцитов. Гематологические показатели стабилизируются после 7-х суток (Карташева В.Е. и др., 1986). По данным А.П. Никонова (2003), даже при неосложненном течении пуэрперия до 5-7-х суток после родов в крови родильниц сохраняется повышенное количество лейкоцитов (до 10— 11* 109/л), и только к 8-м суткам оно стабилизируется и может достигать величин, характерных для здоровых небеременных женщин (<8,3-10!)/л). В лейкоцитарной формуле в первые 3-4 сут после родов отмечается выраженный нейтрофилез, у большинства родильниц повышена СОЭ.

В общем анализе крови в динамике 1-й недели послеродового периода количество гемоглобина колебалось от 88 до 135 г/л, количество эритроцитов — от 3,4 до 4,5310|2/л, лейкоцитов — от 5,3 до
26,1 • 109/л, СОЭ — от 12 до 44 мм/ч, палочкоядерных нейтрофилов — от 1 до 9%, сегментоядерных нейтрофилов — от 64 до 87%, лимфоцитов — от 9 до 34%, моноцитов — от 1 до 11%, эозинофилов — от 1 до 3%.

Содержание гемоглобина в среднем изменялось незначительно, однако следует отметить, что в 1-е сутки пуэрперия анемия легкой степени (содержание гемоглобина от 100 до 110 г/дл) диагностировалась у 16,7% родильниц, на 3-и сутки — у 33,4%, на 5-с сутки после начала лечения препаратами железа анемия в анализе крови имела место у 28,6%. Это также является косвенным подтверждением того, что величина кровопотери после неосложненных родов все-таки значительно выше, чем принято считать. Содержание эритроцитов и ге- матокрита мало было подвержено изменениям и у большинства родильниц колебалось в незначительных пределах.

Количество лейкоцитов в циркулирующей крови — важный диагностический показатель. Повышенное содержание лейкоцитов является следствием острых инфекций, воспалительных состояний, травм, острого кровотечения и других осложнений, т.е. формально всех процессов, которые происходят в организме женщины в родах и сразу после родов.
Полученные нами данные свидетельствуют о том, что даже при неосложненном течении послеродового периода на 1-2-е сутки в крови количество лейкоцитов достоверно повысилось и составило в среднем 19,1±3,9-109/л с колебаниями от 11,7 до 26,1 109/л. У 66,7% пациенток этот показатель только на 7-е сутки достоверно снизился и соответствовал таковому у здоровых небеременных женщин (6,4±0,5-109/л) с колебаниями от 6,1 до 10,1-109/л.

Изменения лейкоцитарной формулы сопутствуют многим заболеваниям и нередко являются неспецифическими. При ее оценке необходимо, по мнению многих авторов, учитывать не только процентное соотношение разных видов лейкоцитов в мазке крови, но и абсолютное содержание их отдельных видов.

В лейкоцитарной формуле в первые 3-4 сут после родов отмечается абсолютный и относительный нейтрофилез. Количество палочкоядерных нейтрофилов в среднем в этот период составило 6,4%, причем примерно у половины родильниц оно доходило до 8-10% при отсутствии клинических признаков инфекционных осложнений. У 34% родильниц эозинофилов при исследовании крови обнаружено не было, у остальных их количество колебалось от 1 до 3%. Количество моноцитов составило в среднем

2,85±0,5%. Одновременно отмечалась относительная лимфопения, количество лимфоцитов составило в среднем 17,5±1,3% при норме >19%.

СОЭ у подавляющего большинства родильниц была повышена с первых суток послеродового периода до 26,5±3,1 мм/ч с колебаниями от 12 до 44 мм/ч по сравнению с СОЭ при беременности (17,4± 2,6 мм/ч), достигая своего пика на 3-4-е сутки, затем плавно снижаясь, но не нормализуясь окончательно.

Наряду с лейкоцитозом и соответствующими изменениями лейкоцитарной формулы повышение СОЭ служит признаком проходящих в организме инфекционных процессов. В период выздоровления СОЭ снижается, но значительно медленнее по сравнению со скоростью уменьшения лейкоцитарной реакции, что вполне соответствует полученным нами данным.

Таким образом, в первые сутки после неосложненных родов в периферической крови родильниц по сравнению со здоровыми небеременными женщинами имеются значительные изменения, формально характерные для инфекционного процесса (например, лейкоцитоз и нейтрофильный сдвиг, повышение СОЭ), что, однако, не свидетельствует о развитии осложнений, а отражает реакцию организма на инволюционные процессы в матке. Ведь по сути дела после отделения последа внутренней поверхности матки наносится значительная механическая травма, сопровождающаяся кровотечением и появлением большого количества нежизнеспособных тканей (остатки децидуальной ткани, гравидарной слизистой оболочки, фрагментов плодных оболочек), поэтому лабораторные показатели отражают картину первой фазы раневого процесса — фазы воспаления.

Воспаление представляет собой комплекс местных реакций на повреждение. Эти реакции характеризуются повышением проницаемости капилляров, местной вазодилатацией и скоплением лейкоцитов. Это стереотипный ответ организма на любое внешнее воздействие, включая бактериальную инфекцию, механическую травму, локальную гипоксию, химические или физические повреждения, аллергические реакции и т.д. Важную роль в развитии воспаления играют факторы свертывания крови и система комплемента, равно как и многие локально вырабатываемые медиаторы (гистамин, брадикинин, серотонин и др.; Теппермен Дж., Теппермен Х., 1989). Воспаление не может развиться без участия лейкоцитов, поэтому полученные нами результаты клинических анализов крови вполне соответствуют происходящим в послеродовой матке процессам.

При применении гистероскопических методов исследования А.П. Никоновым (2003) было установлено, что на 3-4-е сутки пуэрперия гистероскопическая картина внутренней поверхности матки характеризуется

наличием умеренного количества пристеночных сгустков крови, фибрина и обрывков децидуальной оболочки. Отдельные участки эндометрия с сетью просвечивающих сосудов впервые определяются на 5-е сутки после самопроизвольных родов. По мере увеличения срока послеродового периода количество сгустков крови, фибрина и децидуальной оболочки постепенно уменьшается, и к 9-12-м суткам у большинства женщин внутренняя поверхность матки в целом очищается.

Для неосложненного течения послеродового периода свойственно образование рыхлых фибринозных отложений, впоследствии легко разрушающихся при нормальной фибринолитической активности в тканях матки. Об этом свидетельствует высокая концентрация продуктов деградации фибрина в лохиях здоровых родильниц (Фурсова З.К. и др., 1991).

До настоящего времени нет единого мнения об изменении микрофлоры родовых путей у родильниц в разные сроки послеродового периода. Одни авторы полагают, что в первые 2-3 сут после родов полость матки и лохии не содержат бактерий, а с 4-5-х суток бактерии из влагалища проникают в матку, где находят благоприятные условия для развития. Старые акушеры отмечали, что к 3-4-м суткам в матке происходит отторжение некротизированной децидуальной ткани и именно к этому сроку «матка наводнена бактериями».

А.П. Никонов (2003) установил, что отсутствие роста микроорганизмов в содержимом полости матки регистрируется только в 35% случаев, а в 65% из полости матки выделена различная микрофлора: эпидермальный стафилококк (37,5%), энтеробактерии (37,5%), грамположительные палочки (20%), энтерококки (15%). Причем отсутствие роста микроорганизмов не свидетельствует о стерильности послеродовой матки, так как существующие в настоящее время методы исследования не дают абсолютной гарантии обнаружения малых количеств микроорганизмов. В то же время у 10% пациенток был отмечен высокий уровень бактериальной обсемененности полости матки без развития послеродового эндометрита, что может свидетельствовать о том, что сам факт выделения из матки относительно высоковирулентных микроорганизмов в большом титре не всегда означает наличие воспалительного процесса в эндометрии.

Обращает на себя внимание тот факт, что в первые 5-6 сут после родов преобладает рост факультативных аэробов, что обусловлено наличием в полости матки в первые сутки после родов благоприятных условий для развития именно аэробной микрофлоры (высокое содержание кислорода и низкое содержание углекислого газа в лохиях), pH лохий у здоровых родильниц, по мнению А.П. Никонова (2003), весьма стабилен и в среднем составляет от 7,3 до 7,5. Эти данные соответствуют физиологическому закону, согласно которому организм стремится поддерживать pH

внеклеточной жидкости на уровне 7,4, поскольку при этом значении pH создаются оптимальные условия для клеточного метаболизма (Вдовиченко Ю.П., 2001).

В норме у здоровых родильниц на 3-5-е сутки пуэрперия в полости матки имеется выраженный метаболический ацидоз, который может быть обусловлен наличием в матке значительного количества децидуальной ткани и остатков гравидарной слизистой оболочки, подвергающейся некрозу. Однако метаболический ацидоз полностью компенсируется за счет газового алкалоза, который возникает из-за физиологической гиперемии и гипервентиляции матки в послеродовом периоде. К 6-м суткам послеродового периода в основном завершается очищение матки от остатков некротических тканей и начинаются процессы эпителизации и регенерации. При этом уровень метаболического ацидоза в полости матки снижается, а pC02, напротив, несколько увеличивается. В итоге на 6-8-е сутки пуэрперия кислотно-основное состояние в полости матки стабилизируется, обеспечивая поддержание уровня pH в пределах оптимальных значений и в дальнейшем существенно уже не меняется (Наумов Ю.Г., 1993).

При изучении основных биохимических показателей крови родильниц было выявлено достоверное снижение уровня общего белка в 1-е сутки после родов по сравнению с таковым перед родоразрешением — 61,4±2,16 и 65,3±2,7 г/л соответственно (p <0,05). На 5-е сутки пуэрперия количество общего белка стабилизируется и составляет 63,2+1,6 г/л. На 5-е сутки после родов отмечено достоверное (p <0,05) снижение уровня общего билирубина по сравнению с таковым в конце беременности (8,6± 1,12 и 13,1± 1,52 ммоль/л), на 3-и сутки выявлено некоторое возрастание содержания креатинина с 53,4± 1,36 мкмоль/л в конце беременности до 59,3±4,1 мкмоль/л. В содержании мочевины достоверных изменений не выявлено
3-2081.
(3,25+0,67 ммоль/л до родов, 2,91 ±0,43 ммоль/л в 1-е сутки пуэрперия и 3,3±0,44 ммоль/л на 5-е сутки).

С развитием клинической гемостазиологии и внедрением ее достижений в клиническую практику появилась возможность новых подходов к изучению послеродовых осложнений, обусловленных патологией гемостаза. С целью изучения особенностей состояния системы гемостаза в пуэрперии нами было проведено динамическое исследование основных параметров системы свертывания крови накануне родов, в 1, 3, 5 и 7-е сутки после родов. При оценке параметров системы свертывания не было выявлено достоверных различий в значениях ТВ и АЧТВ на протяжении всего исследования.

Накануне родов и в первые 5 сут пуэрперия ПВ достоверно не менялось (в среднем составляя 105,9±4,4%), а к 7-м суткам снижалось до 96,3±4,6%, что

практически соответствовало его значению в контрольной группе (94,9±2,2%; р >0,05).

Концентрация фибриногена к концу беременности составила в среднем 516,9±19,9 мг/дл, что в 1,8 раза выше, чем у здоровых небеременных женщин (289,2±8,5 мг/дл). В первые сутки после родов этот показатель возрастал, хотя и незначительно, а к 7-м суткам снижался до 464,5±21,3 мг/дл (р <0,05).

Некоторые авторы считают показатели фибриногена и СОЭ маркерами воспалительного процесса (Назаренко Г.И., Кишкун А.Г., 2000), что косвенно подтверждается данными клинического анализа крови (выраженный лейкоцитоз в 1-е сутки пуэрперия со сдвигом лейкоцитарной формулы влево, повышение СОЭ) и мнением многих акушеров о послеродовой матке как раневой поверхности со всеми соответствующими воспалительному процессу фазами.

Уровень Д-димера накануне родов превышал таковой в контрольной группе в 4,9 раза (1,18±0,15 и 0,24±0,1 мкг/мл соответственно). В 1-е сутки после родов отмечено достоверное (р <0,05) увеличение концентрации Д-димера до 3,73±0,91 мкг/мл с последующим ее снижением к 7-м суткам до 1,25+0,51 мкг/мл.

Уровень АТ III к концу беременности практически соответствовал таковому в контрольной группе (96,78±3,9%). Начиная с 3-х суток послеродового периода этот показатель достоверно возрастал (р <0,05) до 117,3±3,8% и оставался таковым до 7-х суток.

Полученные нами данные показывают, что перед родоразрешени- ем у практически здоровых беременных имеет место незначительная активация системы свертывания крови, которая является компенсаторной реакцией организма на предстоящую кровопотерю в родах.

Учитывая наличие обширной внутренней раневой поверхности и соответственное усиление процессов локального тромбообразования в матке, дальнейшие изменения исследуемых параметров гемостаза в течение первых 7-9 сут послеродового периода (увеличение количества тромбоцитов и концентрации фибриногена) представляются физиологическими.

Одновременное увеличение уровня АТ III и снижение концентрации Д-димера свидетельствуют о сохранении баланса между свертывающей и противосвертывающей системами, который не позволяет возникнуть в пуэрперии тромбогеморрагическим осложнениям.

Таким образом, даже при неосложненном течении послеродового периода, локально происходящие процессы в полости матки обязательно вызывают определенную общую реакцию организма родильниц, что подтверждает наличие у значительной части пациенток субфебрильной температуры на 3-4-е сутки после родов. Это можно связать и с нагрубанием молочных желез, однако именно в этот срок пуэрперия в матке при

гистологическом исследовании биоптатов в соскобах выявлены децидуальная ткань и обрывки гравидарной слизистой оболочки с расстройством кровообращения, некрозом, диффузной лимфо- и лейкоцитарной инфильтрацией, что соответствует морфологическому описанию первой фазы раневого процесса — фазы воспаления. По нашим данным, даже при неосложненном течении пуэрперия до 5-х суток после родов в периферической крови сохраняется некоторое повышение количества лейкоцитов наряду со сдвигом лейкоцитарной формулы влево. И только к 7-14-м суткам у значительной части родильниц эти показатели достигают величин, характерных для здоровых небеременных женщин.

Все описанное выше является отражением процессов обратного развития матки.

Снижение температуры и определенная нормализация основных показателей крови объясняются очищением внутренней поверхности матки от продуктов распада и началом ее эпителизации (вторая фаза воспалительного процесса).

В этом отношении сроки выписки родильниц из стационара, эмпирически принятые во многих лечебных учреждениях, — 5-е сутки
— становятся вполне научно обоснованными.

Глава 3. Клиническое течение и ведение послеродового периода

Различают ранний и поздний послеродовой период.

3.1. Ранний послеродовой период

По данным отечественных авторов (Жорданиа И.Ф., 1965; Бодяжина В.И. и др., 1986; Савельева Г.М., 2000), ближайшие 2 ч, а по данным ВОЗ и зарубежных авторов (Danforth D., 1971; Cunningham F. et al., 2001), 1 ч после рождения последа выделяют как ранний послеродовой период. Некоторые авторы склонны считать ранний послеродовой период четвертым периодом родов, потому что он является крайне ответственным из-за возникновения опасных для жизни родильницы осложнений, например кровотечения. Имеется путаница в определении (дефиниции) раннего и позднего послеродового периода. По данным Б.Л. Гуртового (1992), ранний послеродовой период — это первые 8-12 дней после родов, а поздний — время, оставшееся до конца послеродового периода, т.е. до 6-8 нед после родов. Все же большинство отечественных и зарубежных авторов, а также экспертов ВОЗ ранним послеродовым периодом считают первые 1-2 ч после рождения последа. По мнению D. Danforth (2011), N. Franzblau и соавт. (2014), поздний послеродовой период начинается спустя 24 ч и продолжается до 6-8 нед после родов. Итак, единого мнения в определении раннего и позднего послеродового периода нет.

Что касается нашего мнения о дефиниции раннего и позднего послеродового периода, то мы во многом согласны с определением Б.Л. Гуртового. Если считать, что первые 1-2 ч после родов ранним послеродовым периодом, то получается, что поздний послеродовой период охватывает от 2 ч до 6-8 нед после родов. Но это нелогично, так как в организме родильницы в динамике происходят значительные изменения, исчисляемые не часами, а днями, неделями и даже месяцами. Так, в течение первых дней имеется опасность кровотечения, спустя 3-4 дня возможно развитие инфекционных осложнений со стороны половых органов и молочных желез.

Мы согласны, что первые 2 ч после родов опасны из-за возникновения кровотечения, обусловленного нарушением сократительной активности матки, системы гемостаза и др.

Однако мы считаем, что ранний послеродовой период при неосложненном его течении продолжается не 2 ч, а первые 5-7 дней после родов.

В 1 -е сутки после родов дно матки расположено выше лобкового сочленения на 14 -16 см. Снижаясь ежедневно на 1,5-2 см, на 5-е сутки после родов дно матки находится на середине между пупком и лоном. На 10-12-е сутки матка находится за лоном (в малом тазу).

Быстрота процессов инволюции зависит от многих причин, в частности от индивидуальных особенностей организма родильницы, перенесенных оперативных вмешательств, продолжительности родов, эндокринных влияний, кормления новорожденного грудью и др. Замедление процессов обратного развития матки является одним из ранних клинических проявлений патологического течения послеродового периода.

Более достоверную информацию об инволюционных процессах в матке в послеродовом периоде можно получить при УЗИ (трансабдоминальная и трансвагинальная эхография), которое проводят на 3-5- е сутки после родов. При этом определяют длину, ширину, передне- задний размер матки. Полость матки в первые 3 сут при эхографии определяется в виде структуры щелевидной формы с четкими контурами. УЗИ позволяет выявить различные патологические состояния (субинволюция, лохиометра, расширение полости матки, наличие патологических включений в полости матки — остатки плацентарной ткани, сгустки крови), наличие миоматозных узлов и пр.

Переднезадний размер полости матки на 2-3-и сутки равен 1,5±0,3 см, на 5-7-е сутки — 0,8±0,2 см, на 8-9-е сутки — 0,4±0,1 см. К 3-м суткам послеродового периода содержимое полости матки при УЗИ характеризуется наличием небольшого количества кровяных сгустков и остатков децидуальной ткани, которые в первые 3 сут локализуются в верхних отделах матки, а к 5-7-м суткам после родов обычно расположены в нижних отделах матки вблизи внутреннего зева. Расширение полости матки более 1,5 см рассматривается как патологическое состояние и требует адекватного медикаментозного или хирургического лечения.

Ультразвуковая картина после кесарева сечения отличается от таковой после родов. Медленнее идет уменьшение матки в длину, отмечается утолщение стенки матки в нижнем сегменте. В области шва на матке визуализируется зона с неоднородной эхоплотностью шириной 1,5-2 см, в структуре которой определяются точечные и линейные сигналы — отражение от лигатур.

У родильниц, обычно повторнородящих, могут быть болезненные послеродовые схватки в первые 3-4 дня, которые часто нарушают покой и сон родильниц и требуют назначения обезболивающих средств (анальгин, аспирин).

Особое внимание следует уделять количеству и характеру выделений (лохий) из половых путей у женщин после родов (цвет, консистенция, запах и др.).

При физиологическом течении послеродового периода в течение первых 3-4 дней полость матки остается стерильной. В очищении внутренней поверхности матки большая роль принадлежит фагоцитозу и особенно внеклеточному протеолизу. В результате распада лейкоцитов, а также микробов освобождаются ферменты, обладающие высокой протеолитической активностью. Протеолитические ферменты уничтожают бактерии, нейтрализуют токсины и способствуют расплавлению и отторжению обрывков децидуальной ткани и сгустков крови, которые выделяются из матки вместе с множеством лейкоцитов. Характер лохий должен соответствовать дню послеродового периода и иметь обычный запах.

Задержка лохий в матке (лохиометра) за счет перегиба ее в области перешейка, понижения сократительной способности матки и закупорки внутреннего маточного зева сгустками крови и обрывками плодных оболочек может способствовать развитию эндометрита. Для уточнения диагноза проводят УЗИ. Показано консервативное лечение, а при отсутствии результата от проводимой терапии осуществляют инструментальную эвакуацию (кюретаж или вакуум-аспирацию) содержимого полости матки.

Ежедневно осматривают наружные половые органы и промежность. Обращают внимание на состояние швов, наличие отека, гиперемии. Производят обработку швов. Не реже 4 раз в сутки родильница должна подмываться теплой водой с мылом. При наличии швов на промежности производят их обработку в перевязочной на гинекологическом кресле 3% раствором перекиси водорода, смазывают слабым раствором марганцовокислого калия. По показаниям во влагалище вводят присыпку, содержащую фурацилин и борную кислоту, таблетку метронидазола, прокладку с левомеколем. При наличии выраженного отека в области половых органов и промежности используют пузырь со льдом, физиотерапевтические воздействия.

Снимают швы на 5-е сутки послеродового периода. Сидеть родильнице разрешается через 2 нед после родов.

После операции кесарева сечения обработка швов и смена повязки производятся в течение 6 дней. Шовную нить удаляют на 7-й день.

Родильницам после кесарева сечения, а также со швами на промежности после самопроизвольных родов в целях лучшего заживления показаны физиотерапевтические процедуры.

Правильной инволюции матки способствует своевременное опорожнение мочевого пузыря и кишечника. Нередко в первые дни после родов у родильниц нет позывов на мочеиспускание и отмечается задержка мочи, что связано с понижением тонуса мочевого пузыря и мочеточников, отеком слизистой оболочки в области шейки мочевого пузыря в связи с

проведением эпидуральной анестезии, расслаблением передней брюшной стенки.

По мнению W. Kochenour и соавт. (2007), это состояние связано с применением в родах утеротонических средств, в частности окситоцина, обладающего антидиуретическим свойством, или проведением анестезии в родах, а также с болезненными ощущениями после родов в области гениталий после зашивания разрывов. S. Yip и соавт. (2008) связывают такие нарушения с длительностью родов. Авторами обследованы 164 женщины после самопроизвольных родов. Выраженная задержка мочи наблюдалась у 14% родильниц, имевших длительность родов 13,3 ч и более. По мнению авторов, при атонии мочевого пузыря в первые дни после родов медикаментозное лечение не обязательно. По нашим данным, задержка мочеиспускания после родов в течение нескольких дней наблюдалась в 0,2-0,3% случаев.

Переполненный мочевой пузырь может легко смещать матку вверх из-за подвижности ее связочного аппарата, что создает ложное впечатление о субинволюции матки, с чем мы неоднократно встречались в нашей практике. Стоило вывести мочу катетером, как величина матки оказывалась нормальной. Поэтому перед осмотром врача, а также перед каждым кормлением родильница должна помочиться.

Увеличение емкости мочевого пузыря сохраняется приблизительно в течение 10 дней, и она восстанавливается в течение 4-6 нед. Почечный кровоток, скорость клубочковой фильтрации и реабсорбция электролитов и аминокислот восстанавливаются через 6 нед после родов.

Если мочеиспускание затруднено, необходимо положить на область мочевого пузыря теплую грелку, подложить теплое судно, пустить струю воды.

Для лечения задержки мочи назначают инъекции питуитрина по 1 мл (5 ЕД) 1-2 раза в день, 0,05% прозерин 0,5-1 мл внутримышечно.

Могут быть использованы физиотерапевтические процедуры: УВЧ-терапия магнитным полем с последующим применением диа- динамических токов. Если указанные средства не помогают, приходится прибегать к катетеризации мочевого пузыря. Если родильница не может помочиться спустя 4 ч, необходимо мочу вывести катетером и, если в мочевом пузыре содержится более 200 мл мочи, оставить катетер в пузыре; его удаляют при емкости пузыря менее 200 мл (Williams Obstetrics, 2011).

Если катетер длительное время находится в мочевом пузыре, то зарубежные авторы для профилактики инфекции мочевого пузыря после удаления катетера рекомендуют использовать ко-тримоксазол (септрим) 2 таблетки (480 мг) 2 раза в день в течение 5 дней или нит- рофурантоин 100 мг 3 раза в день в течение 7 дней. Не следует вводить антибиотики с целью профилактики инфекции, пока катетер находится в пузыре.

При задержке стула на 3-и сутки назначают очистительную клизму или солевое (25% раствор магния сульфата) или растительное (сенаде) слабительное. Задержке стула могут способствовать болезненные геморроидальные узлы и трещины заднего прохода, образующиеся при потугах.

3.2. Течение и ведение послеродового периода во время пребывания родильниц в стационаре.

Одним из важных условий физиологического течения послеродового периода является соответствующий режим.

Организм женщины должен адаптироваться к нагрузке в послеродовом периоде. Этому способствует создание лечебно-охранительного режима. Важны также раннее вставание и лечебная физкультура, которые повышают защитные силы организма, улучшают кровообращение, стимулируют инволюцию матки, функцию мочевого пузыря и кишечника. При отсутствии противопоказаний (главным образом со стороны сердечнососудистой системы) родильницам разрешается вставать через 8-12 ч после родов и на 2-е сутки после кесарева сечения.

Физические упражнения в послеродовом периоде способствуют восстановлению функционального состояния организма родильницы и повышению ее адаптации к предстоящим физическим нагрузкам после выписки из роддома. Применение статических и динамических дыхательных упражнений с участием диафрагмы и передней брюшной стенки способствует устранению застойных явлений в брюшной полости, ускоряет венозное кровообращение, усиливает приток венозной крови к сердцу. Упражнения для мышц брюшного пресса и тазового дна способствуют более быстрой инволюции перерастянутых во время беременности тканей и сохранению правильного анатомического положения внутренних половых органов. Кроме того, выполнение физических упражнений, в которых участвует поперечная и внутренняя косая мышцы живота, помогает быстрому сокращению матки. В процессе занятий физическими упражнениями улучшается функция сердечнососудистой и дыхательной систем, повышаются окислительно-восстановительные процессы в тканях, усиливается обмен веществ, улучшается лактация, регулируется функция кишечника и мочевого пузыря. При нормальном течении родов физические упражнения можно начинать со 2-го дня после родов. Длительность занятий составляет 15-20 мин.

Противопоказания к физическим упражнениям — значительная кровопотеря в родах, повышение температуры тела выше 37,5 °С, эклампсия, нефропатия, разрывы промежности III степени, деком- пенсированные формы заболеваний сердечнососудистой системы, осложнения послеродового периода (метроэндометрит, тромбофлебит).

На 2-3-и сутки после родов в исходном положении лежа на спине родильница выполняет физические упражнения, усиливающие периферическое кровообращение, уменьшающие застойные явления в брюшной полости и в полости таза, упражнения для расслабления мышц.

Упражнения повторяют 3-4 раза, темп медленный. На 3-и сутки родильницам (без разрывов промежности) разрешают присаживаться в кровати. На 4-5-й день после родов с учетом общего состояния родильницы и при хорошей переносимости занятий нагрузку можно увеличить за счет увеличения числа повторений упражнений (до 5- 6 раз), введения новых упражнений для мышц брюшного пресса и тазового дна. Упражнения выполняют в положении лежа, а также сидя на кровати со спущенными ногами. На 6-8-е сут, кроме упражнений в исходном положении лежа и сидя, вводят упражнения в положении стоя для выработки хорошей осанки, тренировки равновесия. После выписки из роддома женщина должна продолжать занятия под наблюдением врача женской консультации в течение 5-6 нед. Можно выполнять те же упражнения, которые она освоила в роддоме. В дальнейшем следует постепенно переходить к занятиям утренней гимнастикой.

Аппетит у родильниц в первые дни после родов обычно понижен, а затем быстро восстанавливается. Питание кормящей матери должно быть строго сбалансировано и не только удовлетворять потребности собственного организма, но и снабжать в достаточном количестве питательными веществами ребенка.

Общий пищевой рацион при нормальной лактации должен быть увеличен на 1 /3 по сравнению с обычным, так как лактация требует дополнительного расхода энергии. Суточная энергетическая ценность пищи должна составлять 3200 ккал (белки 112 г, жиры 88 г, углеводы не более 310-324 г).

В организм должно поступать до 2000 мл жидкости в сутки. Обязательно включение в рацион витаминов А, Е, В12, С и минеральных солей (кальция, фосфора, магния, железа).

Здоровые родильницы не нуждаются в особой диете. Сразу после родов особенно приятны для родильницы теплый сладкий чай, кофе. В первые дни после родов рекомендуется высококалорийная легкоусвояемая пища: творог, йогурт, манная каша, сладкий чай, кофе с молоком.

В ближайшие дни после родов здоровая родильница испытывает потребность в твердой пище, в которой ей не следует отказывать, так как твердая пища не только позволяет вводить достаточное количество питательных веществ, но и своей массой способствует улучшению перистальтики кишечника и устранению запора, так часто наблюдаемого после родов. Следует, однако, избегать острых блюд, консервов, спиртных напитков, грубой, плохо перевариваемой пищи или пищи, вызывающей метеоризм (горох, чечевица). Рекомендуются молоко, кефир, молочные супы и каши, белый хлеб, яйца, хорошее нежное мясо, овощи, фрукты, сливочное масло и т.д. Необходимо следить за продуктами, доставляемыми из дома. Кормящей женщине запрещается курить.

Питание родильниц после разрывов промежности III степени и кесарева сечения резко отличается от такового родильниц после неосложненных влагалищных родов.

После кесарева сечения в 1-е и 2-е сутки проводится инфузионно-трансфузионная терапия. С целью стимуляции кишечника на 2-й день после операции внутривенно вводят 20-40 мл 10% раствора хлорида натрия, 0,5-1 мл 0,05% раствора прозерина подкожно и через 30 мин ставят очистительную клизму. Как только кишечник начинает нормально функционировать, назначают стол № 10 с некоторым ограничением количества пищи и с 3-4-х суток при отсутствии противопоказаний переходят на общий стол. Пища должна быть калорийной, качественной и разнообразной, с достаточным количеством белка и растительной клетчатки.

Определенный интерес представляет исследование психического состояния родильницы, в частности функционального состояния центральной и вегетативной нервной системы. Это имеет не только теоретическое, но и практическое значение, так как при определении срока выписки родильницы из стационара наряду с соматическим должно учитываться функциональное состояние центральной и вегетативной нервной системы, а также психоэмоциональное состояние женщины. Л.П. Левинсон (1998) установил, что после родов в коре головного мозга отношения между процессом возбуждения и торможения изменяются в сторону ослабления последнего (Вейн А.М., 2008; Дюкова Т.М., 2005; Морозов А.Н., 2001).

При изучении в динамике функционального состояния центральной нервной системы методом электроэнцефалографии у пациенток с неосложненными родами и послеродовым периодом было установлено, что у здоровых родильниц наблюдается изменение функционального состояния различных отделов которое особенно четко проявляется к 5-му дню после родов. На 3-й день после родов отмечается повышенная активность диэнцефальных структур мозга. К 5-му дню уменьшается активизирующее влияние диэнцефальных отделов и усиливается влияние ретикулярных образований среднего мозга (Ведяев Ф.П., Воробьева Т.И., 1985; Barrok W. et al., 1986).

Заслуживает внимания психоэмоциональное состояние женщины после родов. Родовой стресс сопровождается значительным напряжением и определенной физиологической дисфункцией нейроэндокринной системы, нарушением процессов адаптации, что может приводить к развитию неадекватных реакций во время родов, а также при перестройке организма женщины в послеродовом периоде и в процессе лактации (Вейн А.М., 1998; Киселев А.С. и др., 1993; Haus A., 1986).

В происхождении психовегетативных расстройств играет роль комплекс таких факторов, как инфекция, соматически ослабленное состояние

женщины, акушерские осложнения, гормональные расстройства, нарушения функции гипоталамо-гипофизарной системы (Смоленко Л.Ф., 2004; Морозов А.Н., 2011).

Возникновение психовегетативных расстройств, по данным P. Ciolli и соавт. (1973), в свою очередь приводит к повышению количества осложнений послеродового периода, нарушению лактации, связи матери и ребенка, ухудшению взаимоотношений в семье, снижению социальной активности и качества жизни женщины.

Для коррекции этих нарушений рекомендуются немедикаментозные психопрофилактические мероприятия. Только в редких случаях пациенткам могут потребоваться помощь специалиста и назначение психотропных препаратов (Вельвовский И.З., 2004; Морозов А.Н., 2001). Легкая депрессия после родов наблюдается в первые 2-3 дня, иногда продолжается 10 дней. По данным Parkland Hospital, в 50% случаев депрессия наблюдается еще при беременности.

Перед выпиской из стационара родивших женщин интересует вопрос о восстановлении менструаций после родов.

Восстановление менструальной функции после родов свидетельствует об овуляции, а следовательно, имеется возможность забеременеть.

Родильницам перед выпиской из стационара следует дать рекомендации о начале половой жизни после родов и кесарева сечения. В литературе нет точных указаний, через какое время после родоразрешения может быть возобновлена половая жизиь. Возобновление ее считается слишком ранним, если она не приносит удовлетворения, вызывает боли вследствие неполной инволюции матки, неполного заживления после эпизиотомии или разрывов промежности (Williams Obstetrics, 2001). Подавляющее большинство женщин в послеродовом периоде остаются сексуально активными. В Северной Америке возобновляют половую жизнь спустя 1 мес после родов 98% родильниц, при этом 15% кормящих матерей не применяют контрацепцию (Ford К., Labbok М., 1987).

Родильницам перед выпиской следует дать информацию о методах контрацепции с учетом того, кормит она грудью ребенка или нет.

В послеродовом периоде необходим лабораторный контроль. В обязательном порядке проводят общий анализ крови, мочи. В анализе крови обращают внимание на количество эритроцитов, величину гемоглобина и гематокрита, СОЭ, количество тромбоцитов, лейкоцитов, формулу белой крови (палочкоядерные лейкоциты). У женщин с резус-отрицательной кровью исследуют кровь на резус- антитела.

По показаниям (варикозная болезнь, хронический ДВС-синдром, коагулопатическое кровотечение в родах и т.д.) производят гемостазиограмму, обращая особое внимание на величину фибриногена, индекс тромбодинамического потенцитала (ИТП), показатели тромбо-

эластограммы, содержание Д-димеров и др. С целью коррекции имеющихся нарушений гемостазиограммы используют реополиглюкин, клексан, фраксипарин.

По показаниям проводят биохимический анализ крови, обращая внимание на количество белка, билирубина, печеночных ферментов, креатинина, электролитов (К, Mg, Na) и др.

В анализе мочи обращают внимание на реакцию мочи, наличие белка, эритроцитов, лейкоцитов, бактерий. По показаниям делают анализ мочи по Нечипоренко, посев мочи.

Родильницам с резус-отрицательной кровью, родившим резус-положительных детей при отсутствии антител, с целью профилактики сенсибилизации вводят иммуноглобулин антирезус до (300 мкг) не позднее 72 ч после родов.

В периоде новорожденности при отсутствии противопоказаний проводят первичную иммунизацию новорожденных против туберкулеза вакциной БЦЖ-М и против гепатита В вакциной Шанвак-В.

Во время пребывания в стационаре и перед выпиской родильницы получают информацию от акушера-гинеколога о гигиене послеродового периода, об уходе за молочными железами, о начале половой жизни, возобновлении менструаций, контрацепции, о принятии душа и ванны, физической работе после выписки. Следует провести беседу о продолжении физических упражнений дома. Желательно дать памятку родильнице или кассету о гимнастике и уходу за ребенком, порекомендовать литературу, касающуюся ухода за ребенком. Педиатр сообщает сведения об уходе за ребенком.

Бандаж на живот современные акушеры рекомендуют только по показаниям (расхождение прямых мышц живота, апоневроза, энтероптоз и др.).

Теплое обмывание под душем или в бане можно разрешить тотчас после выписки родильницы из стационара. Но первую ванну можно принять не ранее 6 нед после родов.

После выписки из стационара родильнице следует постепенно включаться в обычную домашнюю работу. Не рекомендуется выполнять тяжелую физическую работу — это вредит здоровью женщины. После родов связочный аппарат половых органов и мышцы тазового дна расслаблен, матка очень подвижна и легко смещается, поэтому тяжелый физический труд может привести к опущению внутренних половых органов.

До настоящего времени не решен вопрос о времени выписки родильницы из стационара при физиологическом течении пуэрперия, нет четких критериев выписки из стационара.

По нашему мнению, критериями выписки из стационара являются:

- отсутствие жалоб у родильниц;
- нормальная температура тела;
- установилась лактация, состояние молочных желез без патологии;
- ребенок хорошо сосет грудь и прибавляет в массе;
- швы зажили первичным натяжением;
- лохии серозного цвета;
- матка соответствует дню послеродового периода;
- анализ крови без патологии (лейкоциты в норме, гемоглобин выше 100 г/л);
- гемостазиограмма в норме;
- анализ мочи в норме;
- по данным УЗИ послеродовой матки патологии не выявлено;
- у ребенка отпал пуповинный остаток.

Ранее некоторые авторы (Жорданиа И.Ф., 1955; Петченко А.И., 1954) накануне выписки родильниц из стационара рекомендовали проводить на гинекологическом кресле осмотр при помощи зеркал и бимануальное исследование.

В нашей стране сроки выписки после неосложненных родов в последние годы колеблются от 4 до 6 дней, а после неосложненного кесарева сечения — 7-8 дней. По данным T. Cunningham и соавт. (2001) в США после неосложненных родов родильниц выписывают через 48 ч, а после неосложненного кесарева сечения — через 96 ч. Мы считаем, что выписка родильниц из стационара после неосложненных родов на 4-е сутки не обоснована и чревата осложнениями. К этому времени обычно не установилась лактация, не зажили швы на промежности, не закончена эпителизация в матке.

Самым ранним сроком выписки после неосложненных родов мы считаем 5-е сутки: к этому времени устанавливается лактация, снимают швы, нормализуются показатели крови, у ребенка отпадает пуповинный остаток. Слишком ранняя выписка женщин после родов, по данным зарубежным авторов, как мы полагаем, обосновывается высокой стоимостью пребывания в стационаре и налаженной амбулаторной службой после выписки. Но, как нам представляется, амбулаторная помощь по своей эффективности уступает помощи стационарной. По нашим данным, регоспитализация после родов и кесарева сечения (эндометрит, кровотечение, нагноение раны, мастит и др.) после выписки на 6-7-е сутки после родов и на 7-8-е сутки после кесарева сечения наблюдается довольно редко. Особого внимания заслуживает работа M. Lyndon- Rochell и соавт. (2000, США), в которой приведены результаты ретроспективного когортного исследования женщин, проведенного в 1987-1996 гг. У 54 074 женщин роды разрешились путем кесарева сечения, у 142 768 — влагалищным путем. Установлено, что 80%

женщин после операции и 30% после инструментальных родов были ре-госпитализированы в течение 60 дней. Наиболее часто госпитализировались женщины, которые были выписаны из стационара ранее 3 дней пребывания в нем. Частыми причинами регоспитализации после кесарева сечения были инфекция матки, нагноение раны, кровотечение, заболевания почек, тромбоэмболия и др.

По данным M. Averden (1999), в Шотландии частота повторной госпитализации в течение 2 мес после спонтанных родов составила 2,1%, после инструментальных влагалищных родов — 5,4%, после кесарева сечения — 6,3%.

Перед выпиской из стационара женщин следует проинформировать о возможных осложнениях: повышении температуры, кровотечении из влагалища, нагноении раны, появлении болей в молочной железе, боли по ходу вен, отеке нижних конечностей, затрудненном дыхании и боли в грудной клетке и др. При наличии указанных жалоб женщина должна немедленно обратиться за медицинской помощью.

При выписке родильницы из стационара следует оформить необходимые документы. Известно, что обменная карта состоит из 3 листков. Один из них посвящен течению беременности, заполняется в женской консультации и остается в истории родов. Второй листок заполняется акушером стационара, куда заносятся сведения о родах и течении послеродового периода, выдается женщине на руки при выписке из стационара для передачи в женскую консультацию. В детскую консультацию передается листок обменной карты, который заполняется неонатологом стационара, где указываются сведения о ребенке при рождении, о течении неонатального периода и о прививках (БЦЖ, против гепатита и др.). Родильница при выписке получает справку о рождении ребенка для его регистрации в ЗАГСе.

После выписки из стационара родильница в течение 1-й недели должна явиться на прием к врачу женской консультации и на руках должна иметь обменную карту; реже родильницу посещают врач или акушерка из женской консультации. В женской консультации женщинам выписывают больничный лист. Перед выпиской ребенка из стационара дается телефонограмма в детскую поликлинику, и участковый педиатр в ближайшие после выписки дни посещает ребенка.

3.3. Отдаленные результаты родоразрешения (более 6-8 нед после родов)

C. Glasener и соавт. (2005) обследовали 1249 женщин Англии после родов в течение 18 мес. Из них 30% были повторно госпитализированы в течение 8 нед после родов, у 87% имелись осложнения в течение 8 нед после родов и у 76% — до 18 мес.

Таким образом, заболеваемость женщин в пуэрперии в течение 8 нед после выписки из стационара довольно высока, но отмечено ее снижение спустя 18 мес.

Заслуживает внимание исследование S. Brawn, J. Lumley (2008), которые наблюдали 1336 матерей в течение 6-7 мес после родов. Самопроизвольные роды имели место у 69,4% женщин, наложение акушерских щипцов — у 11,6%, наложение вакуум-экстрактора — у 0,7%, экстренное кесарево сечение — у 8,8% и плановое кесарево сечение - у 9,4%. Из них у 94% отмечались различные осложнения и 5,7% таковых не имели.

Мы изучали осложнения и заболеваемость у 500 женщин, родоразрешенных путем кесарева сечения, после их выписки из стационара в течение 6-8 нед и до 1 года после операции.

Наиболее частыми причинами обращения женщин к врачу в послеоперационном (послеродовом) периоде (до 6-8 нед) являлись кровотечение, эндометрит, мастит, тромбофлебит. Кровотечение имело место у 2 (0,4%) женщин и было обусловлено задержкой в полости матки сгустков крови и эндометритом. Эндометрит после операции отмечен у 11 (2,2%) женщин, чаще он развивался после наложения двухрядного шва на матку. Мастит диагностирован у 3 (0,6%) женщин, тромбофлебит — у 5 (1,0%), и из них у 4 имелось варикозное расширение вен.

Что касается отдаленных последствий после родов и кесарева сечения, то мы считаем целесообразным ограничиться наблюдением в течение 1-го года, так как позднее связать наличие заболеваний, особенно гинекологических, с родами и абдоминальным родоразреше- нием практически невозможно.

Особый интерес через 6-8 нед и до 1 года представляют нарушения менструальной функции после кесарева сечения.

Альгоменорея выявлена у 40 (8%) женщин, гиперполименорея — у 42 (8,4%), дисменорея— у 81 (16,2%). Оказалось, что примерно у половины из них указанные нарушения наблюдались и до абдоминального родоразрешения.

Хронические воспалительные процессы гениталий после кесарева сечения встречаются, по данным литературы, в 20-30% случаев. Согласно нашим данным, хронический эндометрит выявлен у 13 (2,6%) женщин. Для постановки диагноза, кроме учета жалоб на тянущие боли внизу живота,

гноевидные выделения из половых путей, субфебрильную температуру, изменений в крови, данных УЗИ, мы проводим цуг-эндометрию. При установлении диагноза хронического эндометрита лечение проводим в стационаре.

Одним из осложнений после кесарева сечения являются боли в животе различной локализации. По нашим данным, боли внизу живота и в области таза наблюдались у 41 (8,2%) женщины, особенно после повторного кесарева сечения за счет спаечного процесса. Интенсивность болей снижалась по мере увеличения срока после операции.

Смещение матки кверху за счет спаечного процесса нередко наблюдается после кесарева сечения. Смещение матки, по нашим данным, отмечено у 24 (4,8%) женщин. Оно наблюдалось после повторной операции, проведения консервативной миомэктомии, операции на придатках матки, осложненного течения послеоперационного периода (эндометрит, гематома под пузырно-маточной складкой). Диагноз смещения матки устанавливали на основании данных двуручного исследования и УЗИ.

Одним из осложнений после кесарева сечения является формирование неполноценного рубца на матке, однако судить о его наличии вне беременности не представляется возможным, так как для диагностики, кроме проведения УЗИ, требуется использование специальных методов исследования (гистероскопия, гистеросальпингография), от которых женщины часто отказываются. Исследования для определения состояния рубца обычно проводят при наличии беременности, окончательный диагноз ставят при проведении повторной операции.

Нарушения сексуальной функции после кесарева сечения, по данным литературы, встречаются у 25-45% женщин.

По нашим данным, женщины после операции начинали половую жизнь раньше (через 4-6 нед), чем после родов (через 6-8 нед). На нарушения сексуальной функции указывали 25 (5%) женщин. Они отмечали снижение полового влечения, боли во время полового акта, отсутствие оргазма. Указанные жалобы обычно имели место при возобновлении половой жизни через 4-8 нед после операции, затем они уменьшались или исчезали. Оказалось, что у многих женщин нарушения сексуальной функции наблюдались и до абдоминального родоразрешения.

Возможным осложнением после кесарева сечения является бесплодие, но для его диагностики наблюдения в течение 1-го года после операции недостаточно.

Среди осложнений после кесарева сечения отмечаются эндометриоз рубца, келоидные рубцы и др.

Таким образом, после влагалищных родов и кесарева сечения осложнения зависят от времени, прошедшего после родоразрешения. Так, в раннем послеродовом (послеоперационном периоде) наиболее частым

осложнением является кровотечение, во время пребывания в стационаре (6-8 дней) — воспалительные заболевания (эндометрит, нагноение раны, мастит, пиелонефрит, тромбофлебит), после выписки из стационара (6-8 нед) — эндометрит, кровотечение, мастит, тромбофлебит. За период от 6-8 нед до 1-го года наиболее частыми осложнениями после кесарева сечения являются нарушения менструальной функции, хронические воспалительные процессы гениталий, боли различной локализации, смещение матки (спаечный процесс), нарушения сексуальной функции, бесплодие и др.

Осложнения и заболевания, возникшие до 6-8 нед после родоразрешения, можно относительно легко связать с родоразрешением. Более сложно это сделать при осложнениях, обнаруженных значительно позднее после родоразрешения.

Представляет интерес влияние интервала между беременностями на здоровье матери и ребенка. При этом уместно учитывать интервал между родами через естественные родовые пути и при абдоминальном родоразрешении. В отечественной литературе есть указания на неблагоприятное влияние быстро наступившей повторной беременности на состояние матери и плода.

Подобные исследования проводились в бывшем Советском Союзе на территории Средней Азии (Узбекистан, Таджикистан, Туркмения и др.), где в силу религиозных убеждений недостаточно использовалась контрацепция и имело место большое число незапланированных беременностей, закончившихся родами. Течение беременности часто осложнялось гестозом, анемией, преждевременными родами, кровотечениями при беременности и в родах. Исследователи неблагоприятным считали интервал между родами менее 1 года (Погорелова А.Б., 1990).

Что касается рекомендации о наступлении беременности после кесарева сечения, то большинство авторов считают целесообразным период от 1,5 до 2 лет (Персианинов Л.С., 1956; Козаченко В.П., 1979; Погорелова А.Б., 1990; Слепых А.С., 1986; Кулаков В.И. и др., 2014; Стрижаков А.Н. и др., 2007).

Зарубежные авторы влиянию интервала между беременностями на здоровье матери и плода уделяют особое внимание. В обзоре литературы D. Rousso и соавт. (2012) выделяют два понятия: неблагоприятное влияние короткого и длинного интервала между беременностями на здоровье матери и плода.

Под интервалом между беременностями понимают время между концом одной беременности (дата родов) и началом второй беременности (дата последней менструации перед следующей беременностью). Одни авторы интервал определяют как время между родами, другие — как интервал между зачатиями (Adams M. et al., 2007; Fuentes-Afflick E., Hessol N., 2000; Klerman L., Subramanian R., 2010).

Установлено, что дети, рожденные через 18-23 мес после предыдущих родов, имеют самый низкий перинатальный риск (Zhu B. et al., 2009).

При коротком интервале между родами увеличивается риск рождения детей с малой массой, преждевременных родов, синдрома внезапной смерти детей (Adams M. et al., 2007; Zhu B. et al., 2009; Kalian J. ,2007; Basso O. et al., 2008; Spiers P. et al., 2006).

Интервал между родами менее 6 мес может быть причиной материнской заболеваемости и смертности, анемии, преждевременных родов, преждевременного вскрытия плодного пузыря, эндометрита после родов (Klerman L. et al., 2010; Conde-Agudelo A., Belizan J., 2011).

Раннее наступление беременности некоторые авторы рассматривают как физический и эмоциональный стресс (Klerman L. et al., 2010; Miller J., 2011; Winkvist A. et al., 2012).

В случае короткого интервала между родами не наступает физического выздоровления женского организма и его репродуктивной системы (Klerman L. et al., 2010).

В странах с низким социально-экономическим уровнем процессы адаптации после родов происходят замедленными темпами, и это сказывается на здоровье матери и ребенка при раннем последующем наступлении беременности. Важную роль играет соматическое состояние женщины при предыдущей и повторной беременности.

Длительный интервал между беременностями может также оказывать наблагоприятное влияние на течение беременности, состояние матери и плода. Женщина становится старше, менее фертильной (Conde-Agudelo A., Belizan J., 2012).

B.Zhu и соавт. (2009) на большом материале (1 730 205 новорожденных) установили большое число преждевременных родов, рождения детей с малой массой, если интервал между беременностями превышал 120 мес (10 лет), что авторы объясняют особенностями маточного кровотока, метаболическими и анатомическими факторами.

Наступление беременности с большим интервалом часто бывает незапланированным на фоне хронических заболеваний, при наличии вагинальной инфекции, часто у женщин с низким социально-экономическим статусом, что вызывает психологичсекий стресс, а эго сказывается на течении беременности и ее исходе для матери и ребенка (Bitto A. et al., 2007; Henriksen T. et al., 2007; Klebanoff M., 2009).

По данным A. Conde-Agudelo и J. Belizan (2010), интервал между родами менее 6 мес и более 59 мес повышает риск материнской заболеваемости и смертности, кровотечения в III триместре беременности, анемии, гестоза, послеродового эндометрита.

СПИСОК ОСНОВНОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

Абрамченко В.В. Нарушение лактации (гипогалактия) у женщин в послеродовом периоде и пути ее коррекции // Беременность и роды высокого риска. — СПб., 2014.—С.375—390.

Алипов В.И., Колодина Л.Н, Корхов и др. Лактация женщины.— Ашхабад, 1988.—184с.

Айламазян Э.К. Акушерство. — СПб., 2007.

Анкирская А.С., Муравьева В.В. Видовой состав и некоторые биологические свойства лактобацилл при различных состояниях микроэкологии влагалища // Акуш. и гин. — 2010.—#3. — С. 6—8

Ахмедова З.А. Особенности течения послеродового периода при совместном пребывании матери и ребенка: дис. ... канд. мед. наук. — М., 2009.

Бабичева Т.В. Неосложненное течение послеродового периода в современных условиях: дис. ... канд. мед. наук. — М., 2004 Баев О. Р. Комплексная эхографическая оценка послеродовой инволюции матки// Применение ультразвуковой и новых видов энергий в диагностике, терапии и хирургии. — М., 2006.—С. 6-8

Баев О.Р., Стрижаков А.Н., Медведев М.В. Некотрые показатели функционального состояния сердца у здоровых родильниц // Акуш. и гин. — 2008. —#6. С. 55—58.

Багдань Ш. Современное предупреждение беременностии планирование семьи. — Будапешт, 2008. —94с.

Бахаев В.В., Раткина И.Е., Лицик Л. А. Механизмы регуляции послеродовой лактации // Акуш. и гин.—2009.—#2.—С. 3—5

Бергман А.С., Озолиня А.Ж. и др. Гормональные и иммунологические показатели нормального послеродового периода// Там же. —2013.—#6—С.41—43.

Бурков С.Г. Гастроэзофагиальная рефлюксная болезнь у женщин в период беременности// Гинекология.—2014.—Т.6,#5.—С.5-10.

Ванина Л.В. Беременность и сердечно-сосудистая патология.—М.,1991.—240с.

Василенко В.Х. Пороки сердца и беременность// Клин.мед.—2008.—Т.44,#12.—С. 3—13.

Вихляева Е.М. Особенности изменений волемических параметром кровообращения у женщин в связи с беременностью и родами // Акуш. и гин. - 2004. - № 1. - С. 12-18.

Вихляева Е.М., Змановский Ю.Ф., Кваснецкий БД., Хопина А А. О мс ханизмах перераспределения крови у родильниц в раннем послеродо вом периоде//Там же. — 2012. — № 11. — С. 46-50.

Вихляева Е.М., Николаева Е.И. Возможность выбора и приемлемость различных методов контрацепции после родов // Там же. — 2013.
№ 6. - С. 20-24.

Воронцов И.М., Фотиева Е.М., Хазенсон Л.Б. Естественное вскармл 11 вание. — СПб., 2014. — 200 с.
Гуртовой Б.Л. Физиология и патология послеродового периода // Справочник по акушерству и гинекологии. — М., 2012. — С. 152-158.
Гуртовой Б.Л., Серов В.Н., Макацария АД. Гнойно-септические за-болевания в акушерстве. — М.: Медицина, 2011. — 256 с.
Грибова М.В. Ближайшие и отдаленные последствия кровопотери при абдоминальном кесаревом сечении в зависимости от проводимой инфу-зионно-трансфузионной терапии : дис.... канд. мед. наук. — М., 2012.
Грязнова И.М., Головистиков И.Н., Себко Т.В. и др. Состояние Т- и В-лимфоцитов у беременных, больных сахарным диабетом // Вопр. охр. мат. - 2008. - Т. 32, № 4. - С. 40-45.
Давыдова И.В. Клиническая оценка содержания макро- и микроэле¬ментов и гормонов в женском молоке : автореф. дис. ... канд. мед. наук.
- 2007.- 17 с.
Демидов В.Н. Изменения в системе кровообращения у здоровых женщин при физиологическом течении беременности, родов и послеро¬дового периода : дис.... д-ра мед. наук. — М., 2007. — 347 с.
Демидов В.Н., Саакян С.С. Потребление кислорода, выделение угле-кислоты и изменение основного обмена у здоровых женщин в период беременности // Вопр. охр. мат. — 2005. — Т. 20, № 12. — С. 55-58.
Дюкова Г.М. Психовегетативные пароксизмы. Клиника, патогенез, лечение : дис.... д-ра мед. наук. — М., 2005.
Елизарова И.П., Разумовская И.Н., Тихонова И.С. Некоторые особен-ности становления лактации при совместном и раздельном пребывании с новорожденными // Вопр. охр. мат. — 2009. — Т. 5, № 1. — С. 39-40.
Елисеев О.М., Шехтман М.М. Беременность: диагностика и лечение болезней сердца, сосудов и почек. — Ростов н/Д : Феникс, 2007. — 640 с.
Запорожан В.Н., Хайт О.В., Низова Н.Н. и др. Изменение показате¬лей иммунной и протеазно-ингибиторной систем при физиологической беременности // Акуш. и гин. — 2002. — Т. 8, № 12. — С. 8-11.
Инструкция Министерства Здравоохранения РФ № 2510/2926-97-82 от 14.05.97. «О порядке предоставления послеродового отпуска при ос¬ложненных родах».
Карташева В.Е., Тихонова И.С., Гаврилова Л.В. Особенности состава периферической крови у здоровых женщин в послеродовом периоде // Акуш. и гин. — 1986. — № 8. — С. 54-55.
Колсанова О А. Сравнительная оценка состояния матери и грудного ребенка в течение первых шести месяцев жизни при их совместном и раздельном пребывании в послеродовом периоде : мед. наук. — Самара,2002.
Коржова В.В., Васильченко В.П., Сальникова З.В. Лечение гнойных ран передней брюшной стенки после акушерских и гинекологических операций с применением низкоинтенсивного лазерного излучения // Акуш. и гин. — 1991. — № 5. — С. 63.

Короткова НА. Диагностика, профилактика и ранняя терапия тре¬щин сосков у родильниц (клинико-маммилоскогшческое обоснование ультразвукового воздействия) : дис.... канд. мед. наук. — М., 2010.
Коршунов В.М., Володин Н.Н., Ефимов Б .А. и др. Микроэкология влагалища. Коррекция микрофлоры при вагинальных дисбактериозах. — М.: ВУНМЦ М3 РФ, 2009. - 80 с.
Кулагина Н.В. Психологические и физиологические особенности те¬чения послеродового периода при совместном пребывании родильниц и новорожденных : автореф. дис.... канд. мед. наук. — СПб., 2006.
Кулаков В.И., Серов В.Н., Абубакирова А.М., Баранов И.И. Акушерс¬кие кровотечения. — М.: Триада-Х, 2008.
Кулаков В.И.У Чернуха Е.А.У Комисарова Л.М. Кесарево сечение. — 2-е изд. — М.: Триада-Х, 2014. — 320 с.
Ландеховский ЮД. Внешнее дыхание в послеродовом периоде и пос¬ле кесарева сечения // Акуш. и гин. — 2001. — № 1. — С. 53-58.
Ларсен Б. Микрофлора половых путей в норме. Репродуктивное здо¬ровье. Общие инфекции : пер. с англ. / под ред. Л.Г. Кейте и др. — М. : Медицина, 2008.
Мамонова Л.Г. Медико-биологическое обоснование, разработка и клиническая оценка новых специализированных продуктов для кормя¬щих матерей и новорожденных детей : автореф. дис. ... канд. мед. наук.
- М., 2003. - 50 с.
Мануйлова И.А. Современные контрацептивные средства // Между-народная ассоциация «Семья и здоровье». — М., 2013.
Метелица И.С., Метелица А.С., Барышников А.Ю. Особенности им-мунного статуса у женщин в послеродовом периоде // Иммунология. —
2010. -№4.-С. 47-50.
Морозов А.Н. Психотерапия в комплексе лечения вегетативной дис-функции : метод, рекомендации. — М., 2001.
Николаева Е.И. Роль диспансеризации беременных в снижении пе-ринатальной патологии : дис.... д-ра мед. наук. — М., 2010. — 320 с.
Никонов А.Н. Послеродовой эндометрит как проявление раневой ин-фекции (патогенез, принципы диагностики и рациональной терапии) : дис.... д-ра мед. наук. — М., 2013. — 318 с.
Нисвандер К., Эванс А. Акушерство. Справочник Калифорнийского университета. — М.: Практика, 2009. — 740 с.
Основы законодательства РФ об охране здоровья граждан. — М., 2013.
Орлова В.С. Вопросы внутриматочной контрацепции в послеродо¬вом периоде : дис.... канд. мед. наук. — М., 2002. — 223 с.
Персианинов Л.С. Растяжения и разрывы сочленений таза // Руково¬дство по акушерству и гинекологии. — М., 2014. — Кн. 2. — С. 223-Персианинов Л.С., Молчанова Г Я. Особенности функционального
сос тояния матки у родильниц после физиологических родов и осложненных слабостью родовых сил // Вопр. охр. мат. — 2005. — Т. 20, № 12. — С. 50-54.

Персианинов Л.С., Федер З.М., Демидов В.Н. Гематологические пока-затели у здоровых женщин в конце беременности, в родах и раннем пос-леродовом периоде // Акуш. и гин. — 2014. — № 11. — С. 1-4.
Постановление Верховного Совета СССР от 10.04.90 г. «О неотлож¬ных мерах по улучшению положения женщин, охране материнства и детства, укреплению семьи». Ведомости ВС СССР, № 1а, 2010.
Прилепская В.Н., Яглов В.В. Принципы применения барьерных мето¬дов контрацепции у женщин после родов // Акуш. и гин. — 2007.
№ 1.-С. 49-52.
Репина М.А. Кровотечения в акушерской практике. М. : Медицина, 2006.
Репина М.А. Разрыв матки. — М.: Медицина, 2014.
Рывняк В.В. Механизмы резорбции коллагена при послеродовой ин-волюции матки // Арх. пат. — 2011. — Т. 63, № 1. — С. 32-35.
Рывняк В.В., Гудумак В.С., Рыбакова М.А. и др. Внеклеточная и внут-риклеточная резорбция коллагена гладкомышечными клетками при послеродовой инволюции матки // Бюл. экспер. биол. — 2009. — Т. 127, № 1.-С. 106-108.
Савельева Г.М. (ред.). Акушерство. — М., 2010.
Серов В.Н.у Макацария А.Д. Тромботические и геморрагические осложнения в акушерстве. — М. : Медицина, 2010.
Серов В.Н., Маркин С.А. Критические состояния в акушерстве. — М.: Медиздат, 2013. — 792 с.
Серов В.Н., Стрижаков А.Н.у Маркин С.А. Практическое акушерство.
— М.: Медицина, 2007. — 512 с.
Серов В.Н., Жаров Е.В., Олуанде-Кодуоль Т.Г.А. Сравнительный ана¬лиз функционального состояния внешнего дыхания у здоровых жен¬щин у здоровых беременных и родильниц // Акуш. и гин. — 2011.
№ 8. - С. 45-48.
Сибуле А.у Бобо М., Каталан Ф. и др. Местная профилактика женс¬ких сексуально-трансмиссивных заболеваний: результаты, полученные при применении бензалькониума в форме таблеток «Фарматекс» // Контрацепция, плодовитость, сексуальность. — 2008. — Т. 16, № 5.
С. 403-411.
Сиделъникова В.М., Антонов А.Г. Гемолитическая болезнь плода и новорожденного. — М.: Триада-Х, 2014.
Сильвер Х., Смит Л. Послеродовой период // Акушерство. Справоч¬ник Калифорнийского университета. — М., 2009. — С. 598-615.
Смоленко Л.Ф. К особенностям клиники и нозологической класси-фикации психических расстройств, возникающих в послеродовом пе¬риоде : автореф. дис.... канд. мед. наук. — Краснодар, 2014.
Стрижаков А.Н., Баев О.Р., Лебедев В.А., Асланов А.Г. Современные методы диагностики и принципы рациональной терапии различных форм послеродового эндометрита // Акуш. и гин. — 2011. — № 5. — С. 37-41.
Стрижаков А.Н., Баев О.Р., Старкова Т.Г. и др. Физиология и патология послеродового периода. — М., 2014.

Стрижаков Л.Н., Давыдов А.И., Шахламова М.Н. Современные мето¬ды контрацепции. — М., 2007. — 122 с.
Стругацкий В.М., Кочиева С.К., Короткова Н.А. Профилактика, ди-агностика и лечение трещин сосков у родильниц // Акуш. и гин. — 2008.-№9.- С. 8-10.
Теппермен Дж., Теппермен Х. Физиология обмена веществ и эндок-ринной системы. — М., 2009. — 656 с.
Тимошенко Л.В.у Вдовиченко Ю.П. Роль иммунной системы в патоге¬незе и лечении гнойно-воспалительных заболеваний после операции кесарева сечения // Акуш. и гин. — 2010. — № 11. — С. 9-12
Травянко ТД.У Яковлев А.А., Новиков Н.П. Содержание некоторых гормонов в крови беременных, родильниц и в грудном молоке в первые дни лактации // Вопр. охр. мат. — 2008. — № 8. — С. 60-62.
Трусов Ю.В. Иммунный статус родильниц и коррекция его наруше¬ний при эндометритах после кесарева сечения : автореф. дис.... канд. мед. наук / Иркутский гос. ин-т усоверш. врачей. — Барнаул, 2007. — 23 с.
Фотиева Е.М., Царегородская Н.В. Грудное вскармливание и психи¬ческое единство «мать-дитя». — М., 2010. — С. 45-51.
Фролова О.Г. Проблема аборта и контрацепция у женщин группы со-циального риска // Планирование семьи. — 2005. — № 4. — С. 25-27.
Фромме Ф. Физиология и патология послеродового периода : пер. с нем.-СПб., 2011.-246 с.
Фурсова З.К., Никонов А.П., Лутфуллаева Н.А., Кучугурова Е.А. Зна-чение цитологического исследования лохий в оценке состояния матки в послеродовом периоде // Акуш. и гин. — 2011. — № И. — С. 45-49.
Чердынцева Г.А., Ширяева Е.К., Литвинова А.М. и др. Совместное пребывание недоношенного ребенка и матери в условиях перинатального центра //Там же. — 2008. — № 6. — С. 40-43.
Чернуха Е.А., Кочиева С.К., Короткова Н.А. Течение и ведение после-родового периода // Там же. — 2006. — № 6. — С. 8-11.
Чернуха Е.А., Соколова З.П., Тихонова И.С. и др. Особенности гормо-нальных соотношений в процессе становления менструального цикла у женщин после родов // Там же. — 2011. — № 7. — С. 18-20.
Чешем К., Радзинский В.Е., Фролов В.А. Лизосомы и их роль в регу-ляции функции репродуктивной системы // Вестн. ассоц. акуш.-гин. —
2008. - № 4. - С. 44-48.
Шехтман М.М. Экстрагенитальная патология и беременность. — М.: Медицина, 2007.
Шехтман М.М., Положенкова Л.А. Дискинезия толстой кишки у бе-ременных // Гинекология. — 2014. — Т. 5, № 6. — С. 265-267.
Яглов В.В. Особенность репродуктивного поведения и контрацепции у женщин после родов : дис.... канд. мед. наук. — М., 2010.

Adams M.M., Delaney K.M., Stupp P.W. et al. The relationship of inter-pregnancy interval to infant birthweight and length of gestation_among low risk women // Georgia Pediatr. Perinatal Epidemiol. — 2009. — Vol. 11, suppl. 1. — P. 48-62.
Affandy BKarmadibrata S., Prihartono J. et al. Effect of Norplant on mothers and infants in the postpartum period // Adv. Contracept. — 2012(1 -Vol. 1, № 35. — P. 135-145.
Ahokas A., Kaukoranta J., Aito M. Effect of oestradiol on postpartum depression // Psychopharmacology. — 2014. — Vol. 146. — P. 108.
Allen R.H., Gurewitsch E.D., Shoukas A .A. Computer modeling of shoul der dvstocia // Am. J. Obstet. Gynecol. — 2014. — Vol. 190. — P. 1804.
Alran S., Sibony O., Oury J.F.F. et al. Differences in management and results in term-delivery in nine European referral hospitals: descriptive study // Eur. J. Obstet. Gynecol. Reprod. Biol. — 2012. — Vol. 103. — P. 1-3.
Alvarez M., Lockwood C.J., Gridini A. et al. Prophylactic and emergen! arterial catheterization for selective embolization in obstetric hemorrhage // Am. J. Perinatol. - 2012. - Vol. 9. - P. 441.
American Psychiatric Association DSM-IV Draft Criteria. Washington : ALA, 2013.
Ammini A.C., MathurS.K. Sheehan syndrome: An analysis of possible aet i ological factors//Aust.N.Z.J Obstet. Gynaecol. — 2014. — Vol. 34. — P. 534.
Andrews W.W., Shah S.R., Goldenberg R.L. et al. Association of post- cesarean delivery endometritis with colonisation by Ureaplasma ure aliticum // Obstet. Gynecol. — 2015. — Vol. 85. — P. 509.
Appleby L., Gregoire A., Platz C. et al. Screening women for high risk of postnatal depression //J. Psvchosom. Res. — 2014. — Vol. 38. — P. 539-545.
Armstrong-Fisher S. et al. Evaluation of a panel of human monoclonal antibodies to D and exploration of the synergistic effects of blending IgGl and IgG3 antibodies on their in vitro biologic function // Transfusion.
2009. - Vol. 39, № 9. - P. 1005-1007.
Atrash H., Ftye A., Hogue C. Incidence of morbility and mortality with JUD in situ in the 1980s and 1990s // Contraception. — 2013. — Vol. 48.
P. 84-88.
Avery G.B., Fletcher A.B. Nitrition. Neonatology, Pathophysiology and Management of the Newborn / ed. G.B. Avery. — Philadelphia, 2007.
Ballard C.G., Davis R., Cullen P.C. et al. Prevalence of postnatal psychi¬atric morbidity in mothers and fathers // Br. J. Psychiatry. — 2004. — Vol. 164. - P. 782-788.
Barber G. R., Swygert J.S. Necrotizing fascilitis due to photobacterium damsela in a man lashed By a stingray // N. Engl. J. Med. — 2010. — Vol. 342.-P. 824.
Barret G., Pendry T., Peacock J. et al. Women's sexual health after child¬birth // Br. J. Obstet. Gynaecol. — 2011. — Vol. 107. — P. 186.
Basso O., Olsen J., Knudsen L.B. et al. Low birth weight and preterm birth after short interpregnancy intervals // Am. J. Obstet. Gynecol. — 2008. Vol. 178.-P. 259-263.

Beck C.T. A meta-analysis of predictors of postpartum depression // Nurs. Res. - 2006. - Vol. 45. - P. 297-303.
Bergant A.M., Heim K., Ulmer H. et al. Early postnatal depressive mood: Association with obstetric and psychosocial factors // 1. Psychosom. Res. — 2009. -Vol. 46.-P. 391.
Berstein P.S., Weiss N. Risk factors scoring for predicting venous throm-boembolism in obstetric patients // Obstet. Gynecol. — 2010. — Vol. 95. — P. 11.
Bitto A., Gray R.H., Simpson J.L. Adverse outcome of planned and unplanned pregnancies among users of natural family planning: a prospec¬ti study // Am. J. Public Health. — 2007. — Vol. 87. — P. 338-343.
Bolaji /./., Tallon D.F., Meehan F.P. et al. The return of postpartum fertil¬ity monitored by enzyme-immunoassey for salivary progesterone // Gynecol. Endocrinol. — 2012. — Vol. 6, № 1. — P. 37-48.
Bounds W., Gnillebaund J., Dominik R. et al. The Diaphragm with and without spermicide. A randomized, comparative efficacy trial // J. Reprod. Med. - 2013. - Vol. 40. - P. 764.
Bowman J.M. The management of Rh-isoimmunization // Obstet. Gynecol. - 2014. - Vol. 1. - P. 52.
Brawn C.E., Lowe T.W., Cunningham F.G. et al. Puerperal pelvic throm-bophlebitis: impact on diagnosis and treatment using X-ray computed tomography and magnetic resonance imaging // lb. — 2014. — Vol. 18, № 6. - P. 789-94.
Brawn C.E., Stettler R.W., Twickler D. et al. Puerperal pelvic throm-bophlebitis: incidence and response to heparin therapy // Am. J. Obstet. Gynecol. - 2009. - Vol. 181, № 1. - P. 143-148.
Brawn U.J., Heaston D.K., Poulson A.M. et al. Uncontrollable postpartum bleeding: A new approach to hemostasis angiographic arterial embolization // Obstet. Gynecol. - 2009. - Vol. 54. - P. 361-364.
Bfiggs G.G., Freeman R.K., Yaffe S.J. Drugs in Pregnancy and Lactation.
- 5th ed. — Baltimore : Williams and Wilkins, 2008.
Bryan T.L., Georgiopoulos A.M., Harms R.W. et al. Incidence of postpar¬tum depression in Olmsted County, Minnesota. A population-based, retro¬spective study //J. Reprod. Med. — 2009. — Vol. 44. — P. 352.
Campbell O.M.R., Gray R.H. Characteristics and determinants of post¬partum ovarion function in women in the USA // Am. J. Obstet. Gynecol.
- 2013. - Vol. 169. - P. 55-60.
Campbell S.B., CohnJ.F. Prevalence and correlated of postpartum depres¬sion in first-time mothers // J. Abnorm. Psychol. — 2011. — Vol. 100. — P. 594-599.
Capeless E.L., Clapp J.F. When do cardiovascular parameters return to their preconception values? // Am. J. Obstet. Gynecol. — 2014. — Vol. 165.
- P. 883-886.
Chaudron L.H., Jefferson J.W. Mood stabilizers during breast-feeding. A review //J. Clin. Prychiatry. — 2010. — Vol. 61. — P. 79.
Chez R.A., Friedman A.K. Offering effective breastfeeding advice // Contemp. Obstet. Gynecol. — 2012. — Vol. 43. — P. 32.

Chi /., Farr G. Postpartum IUD contraception — a review of an interna¬tional experience // Adv. Contracept. — 2009. — Vol. 5. — P. 127-146.
Chi /., Robbins M., Balogh S. The progestin-only oral contraceptives: its place in Postpartum contraception // lb. — 2012. — Vol. 1, № 8. — P. 1-11.
Chin H.G., Scott D.R., Resnik R. et al. Angiographic embolization of intractable puerperal hematomas // Am. J. Obstet. Gynecol. — 2009. — Vol. 160.-P. 434.
Churchill H. Caesarean Birth. Experience, Practice and History. - Cronwell Press, 2007.
Clark S.L., Hankins G.D.V., Dudley D.A. et al. Amniotic fluid embolism: Analysis of the National Registry // Am. J. Obstet. Gynecol. — 2005. — Vol. 172.-P. 1159.
Clark S.L., PhelanJ.P., Yen S. et al. Hypogastric artery ligation for obstet¬ric hemorrhage // Obstet. Gynecol. — 2012. — Vol. 66. — P. 353-356.
Clarke C.A.y Finn R. The protection afforded by FDJ — incompatibility against erythroblasstosis due to Rhesus-anti D // Int. Arch. Allergy. 2011. - Vol. 13. - P. 380.
Clenney T.L.y HigginsJ.C. Vasectomy techniques // Am. Fam. Physician.
- 2009.-Vol. 60.-P. 137.
Collins C.D.,JackronJ.E. Pelvic arterial embolization following hysterec¬tomy and bilateral internal iliac artery ligation for intractable primary post¬partum hemorrhage // Clin. Radiol. — 2005. — Vol. 50. — P. 710-714.
Conde-Agudelo A., Belizan J.M. Maternal morbidity and mortality asso¬ciated with interpregnancy interval: cross sectional study // B.M.L — 2010. -Vol. 321.-P. 1255-1259.
Cordonnier C., Ha-Vien D. E., Depret S. et al. Fetal growth restriction in the next pregnancy after uterine artery embolisation for postpartum haemmor- rage// Eur. J. Obstet. Gynecol. Repr. Biol. — 2012. — Vol. 103. — P. 183-184.
Crullon K.E., Grimes D.A. The safety of early postpartum discharge: a review and critique // Obstet. Gynecol. — 2007. — Vol. 90. — P. 860-865.
Cunningham F.G., MacDonald P.C., Gant N.F. et al. Williams Obstetrics. -21st ed.-N.Y., 2011.
Das B.N., Biswas A.K. Ligation of internal iliac arteries in pelvic haemor- rage //J. Obstet. Gynecol. Res. - 2008. - Vol. 24, № 4. - P. 251-254.
Danforth D.N. Textbook of Obstetrics and Gynecology. —2011.
Decousus H., Leizorovicz A., Parent F. et al. A clinical trial of vena caval filters in the prevention of pulmonary embolism in patients with proximal deep-vein thrombosis // N. Engl. J. Med. — 2008. — Vol. 338. — P. 409.
Demey H.E., Hautekeete Ml., Buytaert P. et al. Mastitis and toxic shock syndrome. A case report // Acta Obstet. Gynecol. Scand. — 2009. — Vol. 68. -P. 87.
De Stefano V., Martinelli /., Mannucci P.M. et al. The risk of recurrent deep venous thrombosis among heterozygous carries of both factor V Leiden and G20210A protrombin mutation //N.E.J. Med. — 2011. — Vol. 341. — P. 801.
De Stefano F., Perlaman Peterson H.B. et al. Long-term risk of men¬strual disturbances after tubal sterilization // Am. J. Obstet. Gynecol. —2005. - Vol. 152. - P. 835.

De Swiet M. Maternal mortality: Confidential enquiries into maternal death in the United Kingdom // lb. — 2010. — Vol. 182. — P. 760.
Dewey K.G., Lovelaay C.A., Nommsen-Rivers L.A. et al. A randomized study of the effects of aerobic exercise by lactacing women on brest-milk volume and composition // N. Engl. J. Med. — 2014. — Vol. 330. — P. 449.
Didly G.A. Postpartum hemorrhage: new management options // Clin. Obstet. Gynecol. — 2012. — Vol. 45, № 2. — P. 330-344.
Diaz S.y Peralta 0.,Jues G. et al. Fertility regulation in nursing women: Short-Term influence of low-dose combined oral contraceptive upon lacta¬tion and infant growth // Contraception. — 2013. — Vol. 27. — P. 1-11.
Dordevic V., Rakicevic L., Spasic M. et al. Factor V Leiden, F II G 20210A, MTHFR C 677T mutations as risk factors for venous thromboses during pregnancy and puerperium // Vojnosanit. Pregl. — 2005. — Vol. 62, № 3. — P. 201-205.
Durik A.M., Hude J.S., Clark R. Sequelae of caesarean and vaginal deliv¬eries: psychosocial outcomes for mothers and infants // Dev. Psychol.
2010. - Vol. 36. - P. 251-260.
Drife J. Management of primary postpartum haemorrage // Br. J. Obstet. Gynaecol. — 2007. — Vol. 104, № 3. — P. 275-277.
Duff P., Gibbs R.S. Pelvic vein thrombophlebitis: Diagnostic dilemma and therapevtic challenge // Obstet. Gynecol. Surv. — 2013. — Vol. 35. — P. 365.
Duff W. Pathophysiology and management of post cesarean endomy¬ometritis // Obstet. Gynecol. — 2013. — Vol. 67. — P. 269.
Edelman L., Margaritte C. et al. Obsaining a functional recombinant anti¬rhesus (D) antibody using the boculovirus-insect cell expression system // Immunology. — 2007. — Vol. 91, № 1. — P. 13-19.
El-Refaey H., O'Brien P. et al. Use of oral misoprostol: in the prevention of postpartum haemorrage // Br. J. Obstet. Gynaecol. — 2011. — Vol. 104, № 3. - P. 336-339.
Enns G.M., O'Brien W.E., Kobayashi K. et al. Postpartum «psychosis» in mild argininosuccinate synthetase deficiency // Obstet. Gynecol. — 2005.
- Vol. 105, № 5. - P. 1244-1246.
Fahmy K., El-Gazar A., Sammour M. et al. Postpartum colposcopy of the cervix: Injury and healing // Int. J. Obstet. Gynaecol. — 2012. — Vol. 34. - P. 133.
Faich G., Pearson K., Flemming D. et al. Toxic shock syndrome and the vaginal contraceptive sponge //JAMA. — 2006. — Vol. 255. — P. 216-218.
Farley T.M.M., Rosenberg M.J., Rowe P.J. et al. Intrauterine devices and pelvic inflammatory disease: An international perspective // Lancet. -2011. -Vol. 339.-P. 785.
Faro S. Soft tissue infections // Infections in Pregnancy / eds L.C. Gilstrap, S. Faro. — N.Y.: Wiley-Liss, 2010. — P. 75.
Farr G., Rivera R. Interactions between intrauterine contraceptive device use and breast-feeding status at time of intrauterine contraceptive device insertion: analysis of T Cu-380A acceptors in developing countries // Am. J. Obstet. Gynecol. — 2012. — Vol. 167. — P. 144-151.

Faser IS. Review of the use progestagen-only minipils for contraception during lactation // Reprod. Fertil. Dev. — 2011. — Vol. 3. — P. 245-254.
Filshie M. Laparoscopic sterilization // Semin. Laparosc. Surg. — 2009. -Vol. 2.-P. 112.
Finn R., Clarke C.A., Donohoe W. et al. Experimental studies on the pre-vention of Rh haemolitic disease // BMJ. — 2011. — Vol. 1. — P. 1486.
Fleming A.S., Klein E., Corter C. The effects of a social support group on depression, maternal attitudes and behavior in new mothers // J. Child Psychol. Psychiatry. — 2012. — Vol. 33. — P. 685.
Foldspang A., Mommsen S., Lam G. W. et al. Parity as a correlate of adult female urinary incontinence prevalence // j. Epidemiol. Community Health. - 2014. - Vol. 46. - P. 595-600.
Forman D.N., Videbech P., Hedegaard M.D. et al. Posrpartum depression: identification of women risk // Br. J. Obstet. Gynaecol. — 2010. — Vol. 107.
- P. 1210-1217.
Freda V.J., GormanJ.G., Pollack W. et al. Prevention of Rh hemolytic dis¬ease: Ten years clinical experience with Rh immune globulin // N. Engl.). Med. - 2005. - Vol. 292. - P. 1014.
Frederiksen M.C., Walsh T.L., Nelson Al. et al. Breakage and acceptabili¬ty of a polyuretane condom: A randomized, controlled study // Fam. Plann. Perspect. - 2008. - Vol. 30. - P. 73.
French L. Prevention and treatment of postpartum endometritis // Curr. Womens Health Rep. — 2013. — Vol. 3. — P. 274-279.
Gerhardt A, Scharf R.E., Beckmann M.W. et al. Protrombin and factor V mutation in women with a history of thrombosis during prcgnancy and the puerperium //N. Engl. J. Med. — 2010. — Vol. 10. — P. 374.
Gherman R.B., Goodwin T.M. Obstetric implications of activated protein C resistance and factor V Leiden mutation // Obstet. Gynecol. Surv.
2008. -Vol. 55.-P. 117.
Gibbs R.S., Sweet R.L. Maternal and fetal infections clinical disorders // Maternal-Fetal Medicine Principles and Practice. — 3rd ed. / eds R.K. Creasy, R. Resnik. — Philadelphia : W.B. Saunders, 2014. — P. 639-703.
Gilbert W.M., Danieben B. Amniotic fluid embolism: Decreased mortality in a population-based study // Obstet. Gynecol. — 2009. — Vol. 93. — P. 973.
Gilstrap L.C., Van Dorsten P.V., Cunningham F.G. Puerperal hematomas and genital tract lacerations // Operative Obstet. — 2nd ed. — N.Y., 2001.
Glazener CM., Abdulla M., Stroud P. et al. Postnatal maternal morbidity: Extent, causes, prevention and treatment // Br. J. Obstet. Gynaecol. 1995.-Vol. 102. - P. 282.
Glazener C.M.A. Sexual function after childbirth: Women's experiences, persistent morbidity and lack of professional recognition // lb. — 1997. Vol. 104. - P. 330.
Goldaber K.G., Wendell P.J., Mclntire D.D. et al. Postpartum perineal morbidity after fourth degree
perineal repair // Am. J. Obstet. Gynecol. 2013. — Vol. 168. — P. 489.

Goldenberg R.L., Klebanoff M.A., Nugent R. et al. Bacterial colonization of the vagina during pregnancy in four ethic groups // lb. — 2006. — Vol. 174.-P. 1618.
Goepfert A.R., Guinn D.A., Andrews W.W. et al. Necrozing fasciitis after cesarean section // Obstet. Gynecol. — 2007. — Vol. 89. — P. 409.
Gorbea Chavez V., Velazquez Sanchez et al. Effect of pelvic floor exercise during pregnancy and puerperium on prevention of urinary stress inconti¬nence // Ginecol. Obstet. Mex. — 2014. — Vol. 72. — P. 628-636.
Green G.W., Smiciklas-Wright Scholl T.O. et al. Postpartum weight change: How much of the weight gained in pregnancy will be lost after delivery? // Obstet. Gynecol. — 2008. — Vol. 71. — P. 701.
Griffiths ELorentz R.P., BaxterS. et al. Acute neurohumoral response to electroconvulsive therapy during pregnancy. A case report //j- Reprod. Med. - 2009. - Vol. 34. - P. 907.
Guilleband J. Contraception after pregnancy // Br. J. Fam. Plann. — 2011.-Vol. 16. - P. 16-29.
Hankins G.D.V., Snyder R.R. Early repair of episiotomy dehiscence // Obstet. Gynecol. — 2010. — Vol. 75. — P. 48.
Hannah P., Adams D., Lee A. et al. Links between early postpartum mood and post-natal depression // Br. J. Psychiatry. — 2012. — Vol. 160. — P. 777.
Hansen A., Jensen D.V., Larsen E.C. et al. Postpartum pelvic pain — the «pelvic joint syndrome»: a follow-up study with special reference to diag¬nostic methods // Acta Obstet. Gynecol. Scand. — 2005. — Vol. 84, № 2. — P. 170-176.
Hansen E., Chitkara U., McAlpine J. Pelvic arterial embolization for con¬trol of obstetric hemorrhage: a five-year experience // Am. J. Obstet. Gynecol. - 2009. - Vol. 180, № 6. - P. 1454-1460.
Harlap S. Exposure to contraceptive hormones through breast milk-are there long-term health and behavioral conseqences? // Int. J. Gynaecol. Obstet. - 2007. - Vol. 25. - P. 47-55.
Harris B., Lovett L., Newcombe R.G. et al. Maternity blues and major endocrine changes: Cardiff puerperal mood and hormone study II // B.M.J.
- 2014. - Vol. 308. - P. 949.
Hatcher R.A., Trussel J., Stewart F. et al. Contraceptive Technology. — 17th ed. - N.Y.: Ardent Media, 2008. - P. 548.
Hendrick V., Altshuler L., Strause T., Grosser S. Postpartum and non pos- rpartum depression: difference in presentation and response to pharmaco¬logical treatment // Depress. Anxiety. — 2010. — Vol. 11. — P. 66-72.
Hendrix N.W., Chauhan S.P., Morrison J.C. Sterilisation and its conse-quences // Obstet. Gynecol. Surv. — 2009. — Vol. 54. — P. 766.
Hillan E.M. Caesarean section versus vaginal delivery: a comparison of outcomes //J. Psychosom. Obstet. Gynaecol. — 2011. — Vol. 10. — P. 144.
Horrigan T.J., Schroeder A.V., Schaffer R.M. The triad of substance abuse, violence and depression are interrelated in pregnancy // J. Subst. Abuse Treat. - 2010. - Vol. 18. - P. 55.
Howie P.W. Natural regulation of fertility // Br. Med. Bull. — 2013. — Vol. 49. - P. 182-199.

Hurst N.M. Lactation after augmentation mammoplasty // Obstet. Gynecol. - 2006. - Vol. 87. - P. 30.
Ismail M.A., Chandler A.E., Beет M.E. Chlamidial colonization of the cervix in pregnant adolescents //J. Reprod. Med. — 2005. — Vol. 30. — P. 549.
Karstrup S., Solvin J., Nolsoe C.P. et al. Acute puerperal breast abscesses. US-quided drainage // Radiology. — 2013. — Vol. 188. — P. 807.
Keller M.A.y Heiner D.C., Kidd R.M. et al. Local production of IgG4 in human colostrums // J. Immunol. — 2010. — Vol. 130. — P. 1654-1656.
Kennedy K.I., Visness C.M. Contraceptive efficacy of lactional amenorrea // Lancet. - 2009. - Vol. 339. - P. 227-230.
Klebanoff M.A. The interval between pregnancies and the outcome of subsequent birth // N. Engl. J. Med. — 2013. — Vol. 340. — P. 643-644.
Klerman I., Subramanian R. Interpregnancy intervals: the long and the short of it // ORGYN. - 2010. - Vol. XI. - P. 45-47.
Koldovsky O., Britton J., GrimesJ. et al. Milk-borne epidermal growth factor (EGF) and its processing in developing gastrointestinal tract // Endocr. Regul. - 2011. - Vol. 25. - P. 56.
Koonin L.M., Mac Kay A.P., Berg CJ. et al. Pregnancy-related mortality sur-veillance-United States 2007-2010 // MMWR. - 1997. - Vol. 46. - P. 17.
Krasomski G., KraewskiJ., Oszukowski P. Wound dehiscence after cesare¬an section-causes and therapeutic procedure // Int. J. Gynaecol. Obstet. - 2013.-Vol. 83, №3.-P. 112.
Kremer J.A.M., Rolland R., Heijden P.F.M. et al. Return of gonadotropic function in postpartum women during bromcriptine treatment // Fertil. Steril. - 2009. - Vol. 51. - P. 622-627.
Kroght V., Duffy L.C. et al. Posrpartum immunization with rubella virus vaccine and antibody response in breast-feeding infants // Lab. Clin. Med.
- 2004. - Vol. 113. - P. 695-699.
Krohn M.A., Hillier S.L., Baker CJ. Maternal peripartum complications associated with vaginal group B streptococci colonization // J. Infect. Dis.
- 2012.-Vol. 179.-P. 1410.
Ladner H.E., Danielsen B., Gilbert W.M. Acute myocardial infarction in pregnancy and puerperium: a population-based study // Obstet. Gynecol. — 2005. - Vol. 105, № 3. - P. 480-484.
Lara R., Sanchez R.A., Aznar R. Application of intrauterine device through the incision of the cesarean section // Ginecol. Obstet. Mex. — 2008. - Vol. 57. - P. 23-27.
Lee S.H., Jones J.S. Postpartum tubal sterilisation //J. Reprod. Med. — 2011. - Vol. 36, № 10. - P. 703-706.
LindJ.E., Smith A.M., Me Kiver D.K. et al. Heath bern in pregnancy — a manometry study // C.M.A.J. — 2008. — Vol. 98. — P. 571-574.
Lockwood CJ. Heritable coagulopathies in pregnancy // Obstet. Gynecol. Surv. — 2009. — Vol. 54. — P. 754.
Lyndon-Rochell M., Holt V.L., Martin D.P. et al. Association between method of delivery and maternal rehospitalization // I.A.M.A. — 2000. — Vol. 283.- P. 2411.

Maberry M.C., Gilstrap L.C., Bawdon R.E. et al. Anaerobic coverage for intraamniotic infection: Maternal and perinatal impact // Am. J. Perinatol. -2011.- Vol. 8.-P. 338.
MacArtur C., Lewis M., Knox E.G. Health after childbirth // Br. J. Obstet. Gynaecol. — 2012. — Vol. 98. — P. 1193.
Maier R.C. Control of postpartum hemorrhage with uterine packing // Am. J. Obstet. Gynecol. — 2013. — Vol. 169, № 2. — P. 317-321. Discussion 321-323.
Marcovici I., Scoccia B. Postpartum hemorrhage and intrauterine ballon tamponade. A report of three cases //J. Reprod. Med. — 2009. — Vol. 44, №2.-P. 122-126.
Matheson I., Aursnes I., Horgen M. et al. Bacteriological findings and clin¬ical symptoms in relation to clinical outcome in puerperal mastitis // Acta Obstet. Gynecol. Scand. — 2008. — Vol. 67. — P. 723.
Me Mahon MJ. et al. Comparison of a trial of labour an elective second cesarean section // N. Engl. J. Med. — 2006. — Vol. 335. — P. 689.
Me Neely S.G., Hendrix S.L., Bennet S.M. et al. Synthetic graft placement in the treatment of fascial dehiscence with necrosis and infection // Am. J. Obstet. Gynecol. – 2008. - Vol. 179. - P. 1430.
McCleary M.J. Epidermal growth factor: An important constituent of human milk //j. Hum. Lact. — 2011. — Vol. 7. — P. 123.
Meier B., Huch R., Zimmermann R. et al. Does continuing oral magnesium supplementation until delivery affect labour and puerperium outcome? // Eur. J. Obstet. Gynecol. Reprod. Biol. — 2005. — Vol. 14.
Menta A, TalwalkarJ., Shetty C.V. et al. Microbial flora of the vagina // Microecol. Ther. — 2007. — Vol. 23. — P. 1-7.
Menta S.H., Bujold E., Blackwell S.C. et al. Is abnormal labour associated with shoulder dystocia in nuleiparous women // Am. J. Obstet. Gynecol.
- 2014. - Vol. 190. - P. 1604-1609.
Miller D.A, Paul R.H. Rupture of the unscarred uterus // lb. — 2006. — Vol. 174. - P. 345.
MillerJ.E. Birth intervals and perinatal health: an investigation of three hypotheses // Fam. Plann. Perspect. — 2011. — Vol. 23. — P. 62-70.
Miller LJ. Use of electroconvulsive therapy during pregnancy // Hosp. Commun. Psychiatry. — 2014. — Vol. 45. — P. 444.
Mishell D.R., Sulak P.J. The JUD: Dispelling the myths and assessing the potential // Dialog. Contracept. — 2007. — Vol. 5. — P. 1.
Moore L.L., Valuck R., Me Dougell C., Fink W. A comparative study of one-year weight gain among users of medroxyprogesterone acetate, lev¬onorgestrel implants and oral contraceptive // Contraception. — 2005. — Vol. 52.-P. 215.
Morgans D. Bromcriptine and postpartum lactation suppression // Br. J. Obstet. Gvnaecol. - 2007. - Vol. 102. - P. 851.
Mortola J.F. The use of psychotropic agents in pregnancy and lactation // Psychiatr. Clin. North Am. — 2009. — Vol. 12. — P. 69.

Murrau L.y Sinclai D., Cooper P. et al. The socioemotional development of 5-years old children of postnatally depressed mothers //J. Child Psychol. Psychiatry. - 2009. - Vol. 40. - P. 1259-1271.
Nagaya K.y Fetters M.D., Ishikawa M. et al. Cause of maternal mortality in Japan //JAMA. - 2010. - Vol. 283. - P. 2661.
Nduati R.yJohn G., Mbori-Hgacha D et al. Effect of breastfeeding and for¬mula feeding on transmission of HIV-1: A randomized clinical trial // lb. - P. 1167.
Neville M.C., Allen J.C., Watters C. The mechanisms of milk secretion // Lactation Physiology of Nutrition and Breast-Feeding. — N.Y., 2013. — P. 49-102.
Newburg D.S. et al. Role of human-milk lactadgerin in protection against symptomatic rotavirus infection // Lancet. — 2008. — Vol. 351. — P. 1160.
Nielsen-Foiman D., Videbech P., Hedegaard M et al. Postpartum depres¬sion: Identification of women at risk // Br. J. Obstet. Gynaecol. — 2010. Vol. 107.- P. 1210.
Nilsson S., Nygren K., Johansson E.D. a-Norgestrel concentrations in maternal plasma milk, and child plasma during administration of oral con-traceptives to nursing women // Am. J. Obstet. Gynecol. — 2007. — Vol. 1, № 120.- P. 178-184.
Oates M. Management of major mental illness in pregnancy and the puerperium // Baillieres Clin. Obstet. Gynaecol. — 2009. — Vol. 3. — P. 905.
O'Hanley K., Huber D.H. Postpartum IUDs: keys for success // Contraception. — 2012. — Vol. 45. — P. 351-361.
O'Hara M.W., Swain AM. Rates and risk of postnatal depression — meta-analysis // Int. Rev. Psychiatry. — 2006. — Vol. 8. — P. 37-54.
Okamura T., Takenchi T., Nichi O. et al. Effects of low-calorie diet in puerperium on prolactin TSH, estradiol and milk secretion // Acta Obstet. Gynecol. Jap. - 2007. - Vol. 39, № 11. - P. 2059-2065.
O'Leary J A. Uterine artery ligation in the control of postcesarean hem¬orrhage //J. Reprod. Med. — 2005. — Vol. 40. — P. 189-193.
Oppenheimer L.W., Sheriff E.JI., Goodman J.D.S. et al. The duration of Lochia // Br. J. Obstet. Gynaecol. — 2006. — Vol. 93. — P. 754.
Owen J., Andrews W.W. Wound complications after cesarean section // Clin Obstet. Gynecol. — 2014. — Vol. 27. — P. 842.
Owen J., Hauth J.C. Episiotomy infection and dehiscence // Infection in Pregnancy / eds L.C. Gilstrap III, S. Faro. - N.Y., 2010. — P. 61.
Paarlberg K.M., Vingerhoets A./., PasschierJ. et al. Psychosocial factors as predictors of low birth weight and preterm delivery // Am. J. Obstet. Gynecol. - 2006. - Vol. 174. - P. 381.
Pabinger Grafehofer H., Kaider A. et al. Risk of pregnancy-associated recurrent venous thromboembolism in women with a history of venous trombosis //J. Thromb. Haemost. — 2005. — Vol. 3, № 5. — P. 949-954.
Paterson T., InnesJ. et al. Variation in IgGl heavy chain allotype does not con-tribute to differences is biological activity of two human anti-Rhesus (D) mono¬clonal antibodies // Immunotechnology. — 2008. — Vol. 4, № 1. — P. 37-47.

Pelage J.P., Le Dref O., Jacob D. et al. Selective arterial embolization of the uterine arteries in management of intractable post-partum hemorrhage // Acta Obstet. Gynecol. Scand. — 2009. — Vol. 78. — P. 698.
Perez C.f Labbok M.H., Queenan J.T. Clinical study of the lactational amenorhea method for family planning // Lancet. — 2012. — Vol. 339. — P. 968-970.
Peterson H.B., Jeng G., Folger S.G. et al. Collaborative Review of Sterilisation Working Group: The risk of menstrual abnormalities after tubal sterilization // N. Engl. J. Med. — 2010. — Vol. 343. — P. 1681.
Peterson H.B., Xia Z, WucoxL.S. et al. Pregnancy after tubal sterilization bipolar electrocoagulation. US Collaborative Review of Sterilisation Working Group// Obstet. Gynecol. — 2009. — Vol. 94. — P. 163.
Pfuhlmann B., Franzek E., Beckmann H. et al. Long-term course and out¬come of severe postpartum psychiatric disorders // Psychopatology.
2011. - Vol. 32. - P. 191.
Piccinino L.J., Mosher W.D. Trends in contraceptive use in the United States: 1982-1995 // Fam. Plann. Perspect. — 2008. — Vol. 30. — P. 4.
Pietrantoni M., Goss S., Gall S.A. A prospective randomized clinical study to compare the clinical safety, effectiveness, and cost of oral ofloxacin/clin¬damycin vs intravenous clindamycin/gentamicin for the treatment of post¬partum endomyometritis // Prim. Care Update Obstet. Gynecol. — 2012. — Vol. 5.- P. 146-147.
Polati F., Montrasiol M.G., Mandelli. Increased milk secretion in puer- perium by a dopaminergic blocker : Int. Cong. Endocrinol. — Torino, 2014.
- P. 41 (abst.).
Propst A.M., ThorpJ.M. Traumatic vulvar hematomas: Conservative ver¬sus surgical management // South. Med. J. — 2008. — Vol. 91. — P. 144.
Ractiagan S.P., Raman S., Balasundram G. et al. Rupture of the pregnant uterus-A 21-year review // Aust. N.Z. J. Obstet. Gynaecol. — 2011. — Vol. 31.-P. 37.
Ramin S.M., Ramus R., Little B. et al. Early repair of episiotomy dehis¬cence associated with infection // Am. J. Obstet. Gynecol. — 2012. — Vol. 167.-P. 1104.
Ridgway L.E. Puerperal emergency: Vaginal and vulvar hematomas // Obstet. Gynecol. Clin. North Am. — 2005. — Vol. 22. — P. 275.
Robson S.C., Boys R.J., HunterS. et al. Maternal hemodinamics after nor¬mal and delivery complicated by postpartum hemorrhage // Obstet. Gynecol. - 2009. - Vol. 74. - P. 234-239.
Robson S.C., Dunlop W., Hunter S. Hemodynamic changes during the early puerperium // BMJ. — 2007. — Vol. 294. — P. 1065.
Rojnik B.y Kosmely K., Andolsek-Jeras L. Initiation of contraception post-partum // Contraception. — 2010. — Vol. 51. — P. 75-81.
Romito P. Mothers experience of breast-feeding // J. Reprod. Infant. Psychol. Stud. - 2008. - Vol. 6, № 2. - P. 89-99.
Rosenfeld B.L., Taskin O. et al. Menstrual psychosexual psychological and somatic sequeloe following postpartum sterilization // J. Obstet. Gynaecol. - 2011. - Vol. 18. - P. 3.

Rotmensch S., Vishne T.H., Celentano C. et al. Maternal infections mor¬bidity following multiple courses of betametasone // J. Infect. — 2009. — Vol. 39. - P. 49.
Rousso D., Panidis D., Gkoutzionlis F. et al. Effect of the interval between pregnancies on the health of mother and child // Eur. J. Obstet. Gynecol. Reprod. Biol. - 2012. - Vol. 105. - P. 4-6.
Ryding E.L., Wijma K., Wijma B. Psychological impact of emergency cae-sarean section in comparison with elective caesarean section, instrumental and normal vaginal delivery //J. Psychosom. Obstet. Gynaecol. — 2008. — Vol. 19.-P. 135-144.
Schauberger C.W., Rooneu B.L., BrimerL.M. Factors that influence weight loss in the puerperium // Obstet. Gynecol. — 2012. — Vol. 79. — P. 424.
Schmeelk K.H., Granger D.A., Susman EJ. et al. Maternal depression and risk for postpartum complications: Role of prenatal corticotropin — releas¬ing hormone and interleikin-1 receptor antagonist // Behav. Med. — 2009.
- Vol. 25. - P. 88.
Schrag S.J., Zywicki S., Farly M.M. et al. Group B streptococcal disease in the era of intrapartum antibiotic prophylaxis // N. Engl. J. Med. — 2000. — Vol. 342. - P. 15.
Seguin L., Potvin L., Denis M. et al. Chronic stressors, social support and depression during pregnancy // Obstet. Gynecol. — 2005. — Vol. 85. — P. 583.
Shaaban V.V., Odlind V., Salem H.T. et al. Levonorgestrel concentrations in maternal and infant serum during use of subdermal levonorgestrel contra¬ceptive implants, Norplant by nursing mothers //Contraception. — 2006. — Vol. 33. - P. 357-363.
Sherer D.M., Damico M.L., Warshal D.P. et al. Recurrent mild abruptio placenta occurring immediately after repeated electroconvulsive therapy in pregnancy // Am. J. Obstet. Gynecol. — 2001. — Vol. 165. — P. 652.
Shikary Z.K., Betrabet S.S., Toddiwala V.S. et al. Pharmacodinamic effects of levonorgestrel (LNG) administered either orally or subdermally to early posrpartum lactacing mothers on urinary levels of follicle stimulationg hor¬mone (FSG), luteinizing hormone (LH) and testosterone (T) in their breastfed male infants // Contraception. — 2006. — Vol. 34. — P. 403-412.
Shy K.K., Eschenbach D.A. Fatal perineal cellulitis from an episiotomy site // Obstet. Gynecol. — 2009. — Vol. 52. — P. 293.
Soltesz S., Biedler A., Ohlmann P. et al. Puerperal sepsis due to infected episiotomy wound // Zentralbl. Gynakol. — 2011 — Vol 121. — P. 441.
Soper D.E., Brockwell WJ., Dalton H.P. The importance of wound infec¬tion in antibiotic failures in the therapy of postpartum endometritis // Surg. Obstet. Gynecol. — 2012. — Vol. 174. — P. 265.
Spitz A.M., Lee N.C., Peterson H.B. Treatment for lactation suppression: Little progress in one hundred years // Am. J. Obstet. Gynecol. — 2010. — Vol. 179. - P. 1485.
Stein A., Gath D.N., Bucher J. et al. The relationship between postnatal depression and mother-child interaction // Br. J. Psychiatry. — 2001. — Vol. 158. - P. 46.

Steqman F.B. Infections and inflammations of the breast // Breast Disease for Gynecologist / ed. W.H. Hindle. — Norwalk : Appleton and Lange, 2010.-P. 151.
Tankeqoon M., Dusitsin N., Chalapati S. et al. Effects of hormonal contra-ceptives on milk volume and infant growth // Contraception. — 2014. — Vol. 30. - P. 505-522.
Thiery M., Van Kets Van der Pas H. Immediate postplacental IUD insertion: the expulsion problem // lb. — 2005. — Vol. 31. — P. 332-349.
Toddy walla V.S., Menta S., Saxena B.N. Transfer of contracept steroids from human breast milk to infants: effects of steroid on luteinezin hormone and testosterone levels and possible biologic activity // Long-Active Contraceptive Delivery Systems. — 2014. — P. 362-367.
Tran T.S.yJamulitrat S. et al. Risk factors for postcesarean surgical site infection // Obstet. Gynecol. — 2000. — Vol. 95. — P. 367.
TrusselJ., Kost K. Contraceptive failure in the United States: A critical review of the literature // Stud. Fam. Plann. — 2007. — Vol. 18. — P. 237.
TrusselJ., Levegue J.A., KoenigJ.D. et al. The economic value of contra¬ception: A comparison of 15 methods // Am. J. Public Health. — 2005. — Vol. 85. - P. 494.
Urschel f.D. Necrotizing soft tissue infections // Postgrad Med. J. — 2009. - Vol. 75. - P. 645.
Van Kets H., KleinhoutJ.y Osier M. Clinical experience with the GYNE — T 380 postpartum intrauterine device // Fertil. Steril. — 2011. — Vol. 55, №6.- P. 1144-1149.
Vedantham S., Goodwin S.C., Me Lucas B. et al. Uterine artery emboliza¬tion: An underused method of controlling pelvic hemorrhage // Am. J. Obstet. Gynecol. — 2007. — Vol. 176. — P. 938-948.
Vikrup L.y Lose G., Rolfl M. et al. The symptom of stress incontinence caused by pregnancy or delivery in primiparas // Obstet. Gynecol. — 2012.
- Vol. 79. - P. 945-949.
Visness C. M., Kennedy KJ., Ramos R. The duration and character of postpartum bleeding among breast-feeding women // lb. — 2007. — Vol. 89.
- P. 159.
Walsh Г., Grimes D., Freziers R. et al. Randomized controlled trial of pro-phylactic antibiotics before insertion of intrauterine devices // Lancet. -
2008. -Vol. 351.-P. 1005.
Walters B., Thompson M., Lee A. et al. Blood pressure in the puerperium // Clin. Sci. - 2006. - Vol. 71. - P. 586-594.
Weissman M.M., Olfson M. Depression in women: Implications for health care research // Science. — 2005. — Vol. 269. — P. 799.
Weiwen Y. Study of the diagnosis and management of amniotic embolism: 38 cases of analysis // Obstet. Gynecol. — 2010. — Vol. 95. — P. 2000.
Wilson L.M., Reid A.J., Milder D.K., Biringer A. et al. Antenatal psychoso-cial risk factors associated with adverse postnatal family outcomes // Can. Med. Assoc. J. — 2006. — Vol. 154. — P. 785-799.

Winkvist A., Rasmussen K.M., Habicht J.P. A new definition of maternal depletion syndrome// Am. J. Public Health. — 2012. — Vol. 82. — P. 691-694.
Witlin A.G., Sibai B.M. Postpartum ovarian vein thrombosis after vaginal delivery: a report 11 causes // Obstet. Gynecol. — 2010. — Vol. 85, № 5. — P. 775-80.
Xu J-X., Connel C., Chi I-C. Immediate postpartum intrauterine device incertion — a report on the Chinese experience // Adv. Contracept. — 2002. -Vol. 8.-P. 281-290.
Yagi Fukushima K., Satoh S. etal. Postpartum retroperitoneal fasciitis: a case report and review of literature // Am. J. Perinatol. — 2005. — Vol. 22, №2.-P. 109-113.
Zahn C.M., Yeomans E.R. Postpartum haemorrage: placenta accreta, uterine inversion and puerperal hematomas // Clin. Obstet. Gynecol. —
2010. - Vol. 33. - P. 422.
Zatuchni G.J., Shelton J.D., Goldsmith A. et al. Female transervical steril-ization // PARFR series on Fertility Regulation. — Philadelphia : Harper and Row, 2013.
Zhu B.P., Rolfs R.T., Naugle B.E. et al. Effect of the interval between pregnan-cies on perinatal outcome //N. Engl. J. Med. — 2009. — Vol. 340. — P. 589-594.
Zimbelman J., Palmer A., ToddJ. Improved outcome of clindamycin com¬pared with beta-lactum antibiotic treatment for invasive streptococcus pyo¬genes infections // Pediatr. Infect. Dis. — 2010. — Vol. 18. — P. 1096.
Zlotnik C.Jonson S.L., MillerI.W. et al. Postpartum depression in women receiving public assistance: pilot study of an interpersonal — therapy-ori¬ented group intervention // Am. J. Psychiatry. — 2011. — Vol. 158.
P. 638-640.

МИНИСТЕРСТВО НАУКИ И ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования
«Чеченский государственный университет

имени Ахмата Абдулхамидовича Кадырова»

МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ

Кафедра гуманитарных, естественнонаучных и социальных дисциплин

МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ИЗУЧЕНИЮ УЧЕБНОЙ ДИСЦИПЛИНЫ «ФИЛОСОФИЯ»

Специальность	Лечебное дело
Код специальности	31.05.01
Квалификация выпускника	Врач-лечебник
Форма обучения	Очная

Грозный

Хадисова К.В. Методические рекомендации по изучению учебной дисциплины «Философия» / Сост. Хадисова К.В. – Грозный: ФГБОУ ВО «Чеченский государственный университет имени А.А.Кадырова».

Методические рекомендации по изучению учебной дисциплины «Философия» рассмотрены и одобрены на заседании кафедры гуманитарных, естественнонаучных и социальных дисциплин, рекомендованы к использованию в учебном процессе (протокол № 9 от «23» мая 2025 г.), составлены в соответствии с требованиями ФГОС ВО по специальности 31.05.01 Лечебное дело (специалитет), утвержденного приказом Минобрнауки России от 27.03.2018 № 219.

© Хадисова К.В.

© ФГБОУ ВО «Чеченский государственный университет имени А.А.Кадырова»

СОДЕРЖАНИЕ

1. Общие положения..... 4

2. Методические рекомендации по изучению дисциплины в процессе аудиторных занятий.... 4

2.1. Рекомендации по подготовке к лекционным занятиям (теоретический курс)..... 4

2.2. Рекомендации по подготовке к практическим (семинарским) занятиям..... 4

3. Методические рекомендации по выполнению различных форм самостоятельных заданий 4

3.1. Методические рекомендации по работе с литературой 5

3.2. Методические рекомендации по подготовке научного доклада..... 5

3.3. Методические рекомендации по подготовке реферата..... 6

1. Общие положения

Методические указания по освоению дисциплины «Философия» адресованы студентам очной формы обучения.

Учебным планом по направлению подготовки 31.05.01 «Лечебное дело» предусмотрены следующие виды занятий:

- лекции;
- практические занятия;

2. Методические рекомендации по изучению дисциплины в процессе аудиторных занятий.

2.1. Рекомендации по подготовке к лекционным занятиям (теоретический курс)

Изучение дисциплины требует систематического и последовательного накопления знаний.

Студентам необходимо вести конспект прослушанных лекций. Перед очередной лекцией необходимо просмотреть по конспекту материал предыдущей лекции. При затруднениях в восприятии материала следует обратиться к основным литературным источникам. Если разобраться в материале не удалось, то следует обратиться к лектору (по графику его консультаций) или к преподавателю на практических занятиях.

2.2. Рекомендации по подготовке к практическим (семинарским) занятиям

Студентам следует:

- ознакомиться с заданием к занятию; определить примерный объем работы по подготовке к ним; выделить вопросы и задачи, ответы на которые или выполнение и решение без предварительной подготовки не представляется возможным;
- иметь в виду и то, что в библиотеке учебного заведения не всегда имеются в наличии все рекомендованные источники, их необходимо найти заранее.
- приносить с собой рекомендованную преподавателем литературу к конкретному занятию;
- до очередного практического занятия по рекомендованным литературным источникам проработать теоретический материал, соответствующей темы занятия;
- пользоваться техническими средствами обучения и дидактическими материалами, которыми располагает учебное заведение.
- при подготовке к практическим занятиям следует обязательно использовать не только лекции, учебную литературу, но и нормативно-правовые акты и материалы правоприменительной практики;
- теоретический материал следует соотносить с правовыми нормами, так как в них могут быть внесены изменения, дополнения, которые не всегда отражены в учебной литературе;
- при ответах на вопросы и решения задач необходимо внимательно прочитать их текст и попытаться дать аргументированное объяснение с обязательной ссылкой на соответствующую правовую норму;
- в начале занятий задать преподавателю вопросы по материалу, вызвавшему затруднения в его понимании и освоении при решении задач, заданных для самостоятельного решения;
- по ходу семинара давать конкретные, четкие ответы по существу вопросов. Структура ответов может быть различной: либо вначале делается вывод, а затем приводятся аргументы, либо дается развернутая аргументация принятого решения, на основании которой предлагается ответ. Возможны и несколько вариантов ответов, которые должны быть обоснованны.
- на занятии доводить каждую задачу до окончательного решения, демонстрировать понимание проведенного анализа проблемной ситуации, в случае затруднений обращаться к преподавателю.

Студентам, пропустившим занятия (независимо от причин), не имеющие письменного решения задач или не подготовившиеся к данному практическому занятию, рекомендуется не позже чем в 2-недельный срок явиться на консультацию к преподавателю и отчитаться по теме, изучавшейся на занятии. Студенты, не отчитавшиеся по каждой не проработанной ими на занятиях теме к началу зачетной сессии, упускают возможность получить положенные баллы за работу в соответствующем семестре.

3. Методические рекомендации по выполнению различных форм самостоятельных заданий

Самостоятельная работа студентов включает в себя выполнение различного рода заданий, которые ориентированы на более глубокое усвоение материала изучаемой дисциплины. По каждой теме учебной дисциплины студентам предлагается перечень заданий для самостоятельной работы.

К выполнению заданий для самостоятельной работы предъявляются следующие требования: задания должны исполняться самостоятельно и представляться в установленный срок, а также соответствовать установленным требованиям по оформлению.

Студентам следует:
- руководствоваться графиком самостоятельной работы, определенным рабочей программой дисциплины;
- выполнять все плановые задания, выдаваемые преподавателем для самостоятельного выполнения, и разбирать на семинарах и консультациях неясные вопросы;
- использовать при подготовке нормативные документы университета.

3.1. Методические рекомендации по работе с литературой.

Любая форма самостоятельной работы студента (подготовка к семинарскому занятию, написание эссе, курсовой работы, доклада и т.п.) начинается с изучения соответствующей литературы.

К каждой теме учебной дисциплины подобрана основная и дополнительная литература, которая указана в соответствующем разделе рабочей программы.

Основная литература - это учебники и учебные пособия.

Дополнительная литература - это монографии, сборники научных трудов, журнальные и газетные статьи, различные справочники, энциклопедии, интернет ресурсы.

Рекомендации студенту:

выбранную монографию или статью целесообразно внимательно просмотреть. В книгах следует ознакомиться с оглавлением и научно-справочным аппаратом, прочитать аннотацию и предисловие. Целесообразно ее пролистать, рассмотреть иллюстрации, таблицы, диаграммы, приложения. Такое поверхностное ознакомление позволит узнать, какие главы следует читать внимательно, а какие прочитать быстро;

- в книге или журнале, принадлежащие самому студенту, ключевые позиции можно выделять маркером или делать пометки на полях. При работе с Интернет -источником целесообразно также выделять важную информацию;
- если книга или журнал не являются собственностью студента, то целесообразно записывать номера страниц, которые привлекли внимание. Позже следует возвратиться к ним, перечитать или переписать нужную информацию. Физическое действие по записыванию помогает прочно заложить данную информацию в «банк памяти».

Выделяются следующие виды записей при работе с литературой:

Конспект - краткая схематическая запись основного содержания научной работы. Целью является не переписывание произведения, а выявление его логики, системы доказательств, основных выводов. Хороший конспект должен сочетать полноту изложения с краткостью.

Цитата - точное воспроизведение текста. Заключается в кавычки. Точно указывается страница источника.

Тезисы - концентрированное изложение основных положений прочитанного материала.

Аннотация - очень краткое изложение содержания прочитанной работы. Резюме - наиболее общие выводы и положения работы, ее концептуальные итоги.

Записи в той или иной форме не только способствуют пониманию и усвоению изучаемого материала, но и помогают вырабатывать навыки ясного изложения в письменной форме тех или иных теоретических вопросов.

3.2. Методические рекомендации по подготовке научного доклада

Одной из форм самостоятельной работы студента является подготовка научного доклада, для обсуждения его на практическом (семинарском) занятии.

Цель научного доклада - развитие у студентов навыков аналитической работы с научной литературой, анализа дискуссионных научных позиций, аргументации собственных взглядов. Подготовка научных докладов также развивает творческий потенциал студентов.

Научный доклад готовится под руководством преподавателя, который ведет практические (семинарские) занятия.

Рекомендации студенту:

- перед началом работы по написанию научного доклада согласовать с преподавателем тему, структуру, литературу, а также обсудить ключевые вопросы, которые следует раскрыть в докладе;
- представить доклад научному руководителю в письменной форме;
- выступить на семинарском занятии с 5-7-минутной презентацией своего научного доклада, ответить на вопросы студентов группы.

Требования:

- к оформлению научного доклада: шрифт - Times New Roman, размер шрифта -14, межстрочный интервал -1, размер полей – 2 см, отступ в начале абзаца - 1 см, форматирование по ширине);

листы доклада скреплены скоросшивателем. На титульном листе указывается наименование учебного заведения, название кафедры, наименование дисциплины, тема доклада, ФИО студента;
- к структуре доклада - введение (указывается актуальность, цель и задачи), основная часть, выводы автора, список литературы (не менее 5 позиций источников научной литературы (научные статьи и монографии). Объем согласовывается с преподавателем. В конце работы ставится дата ее выполнения и подпись студента, выполнившего работу.
Общая оценка за доклад учитывает содержание доклада, его презентацию, а также ответы на вопросы.

3.3. Методические рекомендации по подготовке реферата

Целью написания рефератов является:
- привитие студентам навыков библиографического поиска необходимой литературы (на бумажных носителях, в электронном виде);
привитие студентам навыков компактного изложения мнения авторов и своего суждения по выбранному вопросу в письменной форме, научно грамотным языком и в хорошем стиле;
- приобретение навыка грамотного оформления ссылок на используемые источники, правильного цитирования авторского текста;
- выявление и развитие у студента интереса к определенной научной и практической проблематике с тем, чтобы исследование ее в дальнейшем продолжалось в подготовке и написании курсовых и дипломной работы и дальнейших научных трудах.
Основные задачи студента при написании реферата:
- с максимальной полнотой использовать литературу по выбранной теме (как рекомендуемую, так и самостоятельно подобранную) для правильного понимания авторской позиции;
- верно (без искажения смысла) передать авторскую позицию в своей работе;
- уяснить для себя и изложить причины своего согласия (несогласия) с тем или иным автором по данной проблеме.
Требования к содержанию:
- материал, использованный в реферате, должен относится строго к выбранной теме;
- необходимо изложить основные аспекты проблемы не только грамотно, но и в соответствии с той или иной логикой (хронологической, тематической, событийной и др.)
- при изложении следует сгруппировать идеи разных авторов по общности точек зрения или по научным школам;
- реферат должен заканчиваться подведением итогов проведенной исследовательской работы: содержать краткий анализ-обоснование преимуществ той точки зрения по рассматриваемому вопросу, с которой Вы солидарны.

Структура реферата.
1. Титульный лист.
На титульном листе указывается наименование учебного заведения, название кафедры, наименование дисциплины, тема реферата, ФИО студента, ФИО и должность проверившего преподавателя;
2. Оглавление.
Оглавление - это план реферата, в котором каждому разделу должен соответствовать номер страницы, на которой он находится.
3. Текст реферата.
Текст реферата делится на три части: введение, основная часть и заключение.
а) Введение - раздел реферата, посвященный постановке проблемы, которая будет рассматриваться и обоснованию выбора темы.
б) Основная часть - это звено работы, в котором последовательно раскрывается выбранная тема. Основная часть может быть представлена как цельным текстом, так и разделена на главы. При необходимости текст реферата может дополняться иллюстрациями, таблицами, графиками, но ими не следует "перегружать" текст.
в) Заключение - данный раздел реферата должен быть представлен в виде выводов, которые готовятся на основе подготовленного текста. Выводы должны быть краткими и четкими. Также в заключении можно обозначить проблемы, которые "высветились" в ходе работы над рефератом, но не были раскрыты в работе.
4. Список источников и литературы.
В данном списке называются как те источники, на которые ссылается студент при подготовке реферата, так и все иные, изученные им в связи с его подготовкой. В работе должно быть

использовано не менее 7 разных источников. Работа, выполненная с использованием материала, содержащегося в одном научном источнике, является явным плагиатом и не принимается. Оформление Списка источников и литературы должно соответствовать требованиям, принятым в университете.

Объем и технические требования, предъявляемые к выполнению реферата.

Объем работы должен быть, как правило, не менее 15 и не более 20 страниц. Работа должна выполняться через одинарный интервал 14 шрифтом, размеры оставляемых полей - 2 см. Страницы должны быть пронумерованы.

При цитировании необходимо соблюдать следующие правила:

- текст цитаты заключается в кавычки и приводится без изменений, без произвольного сокращения цитируемого фрагмента (пропуск слов, предложений или абзацев допускается, если не влечет искажения всего фрагмента, и обозначается многоточием, которое ставится на месте пропуска) и без искажения смысла;
- каждая цитата должна сопровождаться ссылкой на источник, библиографическое описание которого должно приводиться в соответствии с предъявляемыми требованиями.

МИНИСТЕРСТВО НАУКИ И ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования
«Чеченский государственный университет
имени Ахмата Абдулхамидовича Кадырова»
Медицинский институт
Кафедра акушерства и гинекологии

МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ИЗУЧЕНИЮ УЧЕБНОЙ ДИСЦИПЛИНЫ

«Особенности ведения беременных с соматическими заболеваниями в условиях поликлиники»

Код направления подготовки (специальности)	31.05.01
Направление подготовки (специальности)	Лечебное дело
Квалификация выпускника	Врач- лечебник
Форма обучения	Очная

Грозный

СОДЕРЖАНИЕ

1. Методические основы по организации самостоятельной работы обучающихся.
2. Методические рекомендации для организации и проведения практических занятий.
3. Методические рекомендации по выполнению рефератов.
4. Методические рекомендации по подготовке и созданию презентаций.
5. Организация самостоятельной работы обучающихся при подготовке к текущей, промежуточной аттестациям.
6. Методические материалы по самостоятельной работе обучающегося при прохождении производственной практики

1. Методические основы по организации самостоятельной работы обучающихся

Самостоятельная работа по дисциплинам является обязательным элементом федеральных государственных образовательных стандартов по программам высшего образования.

Самостоятельная работа обучающегося – организационная форма обучения - система педагогических условий, обеспечивающих управление учебной деятельностью обучающихся по освоению знаний и умений в учебной и научной деятельности без посторонней помощи.

Самостоятельная работа обучающихся является специфическим педагогическим средством организации и сопровождения самостоятельной деятельности обучающихся в учебном процессе.

Цели

К целям самостоятельной работы относится:

— формирование способностей у обучающегося к саморазвитию, самосовершенствованию и самореализации;

— развитие исследовательских умений.

— фиксирование и систематизирование полученных теоретических познаний и практического опыта; формирование умений использовать научную, правовую, справочную и специальную литературу;

— развитие познавательных способностей и инициативности обучающихся, ответственность, организованность, стремление к саморазвитию; формирование умения правильно пользоваться полученным ранее материалом, собранным в процессе самостоятельного наблюдения, выполнения заданий различного характера.

Формы самостоятельной работы

При обучении используются следующие виды и формы самостоятельной работы:

— подготовка к практическим занятиям;

— подготовка и написание рефератов; - подготовка докладов на заданные темы рефератов, либо выбранные по заданному направлению;

— изучение и систематизация нормативно-правовых документов, регламентирующих деятельность в сфере обращения лекарственных средств в части организационно-управленческих вопросов с использованием информационно-справочных систем «Консультант Плюс», «Консультант врача», компьютерной сети «Интернет»;

— изучение учебной, научной и методической литературы, материалов периодической литературы с использованием электронных библиотечных систем, официальных статистических данных, научной периодики; - создание презентации;

— подготовка к устному опросу, к дискуссии;

— тестирование;

— решение ситуационных задач;

— подготовка к текущей, промежуточной аттестации и т.д.

Контроль результатов внеаудиторной самостоятельной работы преподаватель осуществляет в начале каждого семинарского/практического занятия.

Контроль результатов аудиторной самостоятельной работы осуществляется в пределах времени, отведенного на практические занятия по дисциплине. В зависимости от сложности познавательной деятельности при изучении дисциплин используется три уровня самостоятельной работы:

— репродуктивная самостоятельная работа, которая включает изучение основной и дополнительной рекомендованной литературы, изучение методических рекомендаций к занятию, решение типовых задач, ситуаций;

— реконструктивная самостоятельная работа включает в себя подготовку к презентациям, сообщениям по заданной теме, решение профессиональных задач, моделирование профессиональной деятельности;

— творческая самостоятельная работа включает анализ, обобщение и систематизацию научных и нормативно-правовых документов, самостоятельное составление ситуаций, задач, проектов, составление выступлений по проблемам профессиональной деятельности. Контроль результатов внеаудиторной самостоятельной работы преподаватель осуществляет на семинарском/практическом занятии.

Самостоятельная работа начинается с изучения рабочей программы дисциплины, отражена в рабочих программах дисциплин.

Для конспектирования лекционного материала, а также выполнения семинарских/практических работ требуются рабочие тетради.

Самостоятельная работа обучающегося подразделяется на аудиторную и внеаудиторную самостоятельную работу

Аудиторная самостоятельная работа по дисциплинам выполняется на учебных занятиях (семинарские или практические) под непосредственным руководством преподавателя и по его заданию.

Основными видами аудиторной самостоятельной работы являются:

— выполнение практических работ;

— работа с нормативно-правовыми документами в области обращения лекарственных средств;

— решение ситуационных/симуляционных задач;

— презентация результатов научно-исследовательской работы по заданным темам

Выполнение практических работ осуществляется на семинарских/практических занятиях в соответствии с графиком учебного процесса и расписанием занятий.

Работа с основной, дополнительной литературой, эмпирическими и статистическими данными, как правило, основана на изучении документов и данных, их обобщении и представлении.

Решение ситуационных задач используется на семинарских/практических занятиях. Проблемная/ситуационная задача должна иметь четкую формулировку, к ней должны быть поставлены вопросы, ответы на которые необходимо найти и обосновать.

Критерии для оценки каждого вида аудиторной самостоятельной работы обучающегося разрабатываются преподавателем для конкретной дисциплины /цикла из предложенного перечня критериев оценки результатов аудиторной самостоятельной работы:

— уровень освоения учебного материала;

— умение использовать теоретические знания при выполнении лабораторных, практических, ситуационных, симуляционных задач;

— сформированность заявленных умений по теме аудиторного занятия;

— обоснованность и четкость изложения ответов;

— оформление материала в соответствии с требованиями, заявленными в задании;

— уровень самостоятельности обучающегося при выполнении аудиторной самостоятельной работы.

Внеаудиторная самостоятельная работа является элементом каждой темы дисциплин.

Планирование времени, необходимого на внеаудиторное самостоятельное изучение дисциплин, обучающие должны осуществлять весь семестр, предусматривая при этом регулярное повторение материала.

Материал, законспектированный на лекциях, необходимо регулярно прорабатывать и дополнять сведениями из других источников литературы, представленных не только в программах дисциплин, но и в периодических профильных научных изданиях, материалах конференций.

При изучении дисциплин сначала необходимо по каждой теме прочитать рекомендованную литературу и составить краткий конспект основных положений, терминов, сведений, требующих запоминания и являющихся основополагающими в этой теме для освоения последующих тем курса. Для расширения знания по дисциплине

рекомендуется использовать Интернет-ресурсы; проводить поиски в различных системах и использовать материалы сайтов, рекомендованных преподавателем.
При выполнении самостоятельной работы по написанию реферата необходимо: прочитать теоретический материал в рекомендованной литературе, периодических изданиях, на Интернет-сайтах; творчески переработать изученный материал и представить его для отчета в форме реферата, проиллюстрировав схемами, диаграммами, фотографиями и рисунками.
Тексты докладов и рефератов должны быть изложены внятно, простым и ясным языком.
Для обеспечения внеаудиторной самостоятельной работы по каждой теме дисциплин/блоку разработаны:
а) перечень основной и дополнительной литературы;
б) вопросы для самоконтроля.
При выполнении внеаудиторной самостоятельной работы обучающийся имеет право обращаться к преподавателю за консультацией с целью уточнения задания, формы контроля выполненного задания.
Контроль результатов внеаудиторной самостоятельной работы отражается в индивидуальном плане после выполнения внеаудиторной самостоятельной работы.
Критерии оценки внеаудиторной работы формируются преподавателем самостоятельно для каждого вида работы. Основными критериями оценки внеаудиторной работы обучающегося выступают:
- уровень освоения материала;
- уровень умения использовать теоретические знания при выполнении заданий, решении ситуационных задач;
- обоснованность и четкость изложения ответов,
- результаты тестирования по шкале оценок;
- уровень умения использовать электронные образовательные ресурсы;
- умение четко формулировать проблему, предложив ее решение, критическая оценка последствий решения;
- уровень умения сформулировать собственную позицию и аргументировать ее.

Качество выполнения внеаудиторной самостоятельной работы оценивается посредством текущего контроля самостоятельной работы обучающегося. Текущий контроль представляет собой форму планомерного контроля качества и объема осваиваемых компетенций в процессе изучения конкретной дисциплины, проводится на семинарских/практических занятиях и во время индивидуальной работы преподавателя с обучающимися.

Шкала оценивания внеаудиторной самостоятельной работы:
Зачтено – задание выполнено полно и правильно, изложено в правильных нормативных формулировках с использованием точного понятийного аппарата, с использованием рекомендованных источников литературы, продемонстрировано умение формулировать проблему, предложены пути ее решения, проведена критическая оценка последствий такого решения, а также умение формулировать собственную позицию и аргументировать ее.
Не зачтено – обучающийся не выполнил задание либо выполнил не в полном объеме, демонстрирует несформированность понятийного аппарата по теме, отсутствие умения формулировать проблему, обобщать материал, не может аргументировать свой ответ.

2. Методические рекомендации для организации и проведения практических занятий

Практическое занятие - вид учебных занятий, при котором в результате предварительной работы над учебным материалом преподавателя и студента, в обстановке их контактной работы в аудитории решаются задачи познавательного и воспитательного характера.
Цель такой формы обучения – углубленное изучение дисциплины, закрепление полученного теоретического материала в форме внеаудиторной самостоятельной работы, овладение методологией научного познания и формирования базовых умений. Немаловажным преимуществом практических занятий является и формирование навыков профессиональной дискуссии.
Задачи практических занятий:

- мотивация к регулярному изучению теоретического учебного материала, основной, дополнительной литературы;
- закрепление теоретических знаний, полученных при прослушивании лекций и во время внеаудиторной самостоятельной работы;
- получение навыков устного и публичного выступления по теоретическим вопросам, включая навыки по свободному оперированию организационными и управленческими понятиями и категориями;
- формирование навыков по универсальным и профессиональным компетенциям;
- возможность преподавателю систематически контролировать как самостоятельную работу студента, так и свою работу.

Практические занятия проводятся по плану.
Каждая тема практического занятия, как правило, включает: цель занятия, перечень основных и дополнительных источников литературы, вопросы к устному обсуждению на занятии, ситуационные задачи и перечень заданий, которые обучающиеся самостоятельно должны решить на практическом занятии.
Каждое практическое занятие посвящено, как правило, изучению нескольких компетенций и включает три основных этапа.
Первый этап - устный опрос по заранее сформулированным вопросам либо представление докладов/презентаций, подготовленных в рамках внеаудиторной самостоятельной работы по заранее сформулированным требованиям. Важнейшей частью этапа, является обсуждение представленных докладов/презентаций. Цель преподавателя – организовать обмен мнениями, дискуссию в группе, скорректировать уровень подготовленности студентов.
Одним из возможных элементов первого этапа является решение ситуационных задач, которые максимально приближены к профессиональной деятельности.
Требования к ответам обучающихся – самостоятельность в подборе фактического материала и аналитическом отношении к нему, умение рассматривать примеры и факты во взаимосвязи и взаимообусловленности, отбирать наиболее существенные из них.
Для оценивания первого (теоретического) этапа занятия используются знания, умения, владения, которые заявлены на каждое занятие:
1) знание учебного материала и владение понятийным аппаратом по теме занятия;
2) умение связывать теорию с практикой;
3) умение иллюстрировать ответ примерами, фактами, данными научных исследований;
4) умение применять теоретические знания при решении ситуационных задач.
Второй этап – аудиторное самостоятельное выполнение семинарских /практических заданий, которые обучающийся выполняет индивидуально либо в группе, если такое предусмотрено заданием.
В процессе выполнения самостоятельной аудиторной работы обучающийся имеет право на получение индивидуальных консультаций у преподавателя.
По окончании выполнения аудиторной самостоятельной работы обучающийся сдает отчет о выполнении самостоятельных лабораторных заданий преподавателю, который оценивается по шкале «зачет/незачет».
Критерии оценивания практического занятия осуществляются по следующим критериям:

1. своевременное выполнение внеаудиторной самостоятельной работы по изучаемой теме;
2. демонстрируемый обучающимся уровень усвоения заявленной к освоению компетенции (знания, умения, навыки);
— хорошее знание и уверенное владение на занятии теоретическим содержанием учебного материала;
— адекватное применение теоретического материала к решению ситуационных задач, заданий для аудиторной самостоятельной работы;
— умение аргументировать свои решения, развернуто отвечать на дополнительные вопросы преподавателя.
3. Соблюдение организационных и дисциплинарных требований, предъявляемых к обучающемуся на семинарских/практических занятиях: аккуратный внешний вид, соблюдение дисциплины на занятиях, полнота и своевременность представления выполненных заданий в полном объеме (не позднее даты окончания занятия и в полном соответствии с предъявляемыми к их содержанию и качеству оформления).
Третий этап – заключительный. Преподаватель дает общую оценку уровня подготовленности обучаемых к практическим занятиям, характеризует активность каждого обучающегося на занятии и озвучивает оценки каждому обучающемуся с их обоснованием.

Шкала оценивания осуществляется по четырехбалльной шкале (таблица 2)

Критерии оценивания лабораторного/практического занятия	Шкала оценок
Полное соответствие работы обучающегося требованиям. Обучающийся демонстрирует уверенные знания, способен творчески решать поставленные задачи, самостоятельно демонстрирует умения, обладает некоторыми навыками. Обучающийся успешно выполнил внеаудиторную самостоятельную работу, демонстрирует глубокое теоретическое знание по изучаемой теме, умение его применять на практике (в установленный срок сдал протоколы занятия/представил и защитил доклады/презентации и др.).	Отлично
Работа обучающегося содержит неполное соответствие требованиям. Обучающийся демонстрирует хорошее знание материала, способен творчески решать поставленные задачи, демонстрирует базовые умения. Обучающийся выполнил внеаудиторную самостоятельную работу, продемонстрировал знание учебного материала, содержатся отдельные пробелы в умении применить полученные теоретические знании к решению ситуационных задач .	Хорошо
Работа обучающегося содержит неполное соответствие требованиям. Обучающийся демонстрирует знание базового материала, способен решать поставленные задачи под руководством преподавателя, освоил базовые умения. Успешно выполнил внеаудиторную самостоятельную работу, продемонстрировал знание учебного материала, но затрудняется интерпретировать его практически.	Удовлетвори тельно
Работа не соответствует требованиям.	Неудовлетво рительно

3. Методические рекомендации по организации и выполнению рефератов
Реферат предусматривает углубленное изучение дисциплины, способствует развитию навыков самостоятельной работы с литературными источниками.
Реферат – краткое изложение в письменном виде содержания научного труда по предоставленной теме. Это самостоятельная научноисследовательская работа, где

обучающийся раскрывает суть исследуемой проблемы с элементами анализа по теме реферата. Приводит различные точки зрения, а также собственные взгляды на проблемы темы реферата.
Содержание реферата должно быть логичным, изложение материала носить проблемно-тематический характер.
Объем реферата может колебаться в пределах 15-20 печатных страниц.
Основные разделы: оглавление (план), введение, основное содержание, заключение, список литературы.
Текст реферата должен содержать следующие разделы:
— титульный лист реферата (приложение 2);
— ведение, актуальность темы.
— основной раздел.
— заключение
— список литературных источников
Список литературных источников- библиографическое описание используемых источников литературы, в том числе и интернет-источников, оформленное по ГОСТ 7.1 – 2003; 7.80 – 2000; должен иметь не менее 10 библиографических названий, включая сетевые ресурсы.
Текстовая часть реферата оформляется на листе следующего формата:
— отступ сверху – 2 см;
— отступ слева – 3 см;
— отступ справа – 1,5 см;
— отступ снизу – 2,5 см;
— шрифт текста: Times New Roman, высота шрифта – 14, пробел – 1,5;
— нумерация страниц – снизу листа. На первой странице номер не ставится.
Реферат должен быть выполнен грамотно с соблюдением культуры изложения. Обязательно должны иметься ссылки на используемую литературу, включая периодическую литературу за последние 5 лет.
Критерии оценки реферата:
— актуальность темы исследования;
— соответствие содержания теме;
— глубина проработки материала;
— правильность и полнота разработки темы;
— значимость выводов для дальнейшей практической деятельности;
— правильность и полнота использования литературы;
— соответствие оформления реферата стандарту;
— качество сообщения и ответов на вопросы при защите реферата.
Практическое занятие по защите рефератов может проводиться в качестве «круглого стола» в форме представления докладов, посвященных теме занятия, по следующим этапам:
Этап 1. Каждый обучающийся представляет собственный доклад (обязательно использование презентации) по выбранной теме. Доклад 5-7 минут. Обсуждение доклада, вопросы – 2-3 минуты.
Этап 2. Оценка докладов и презентаций, представленных в группе (таблица 3).

Таблица 3 - Шкала оценки докладов на практическом занятии

Критерии оценки	Шкала оценок
1. Доклад четко выстроен, сопровождается презентацией, отражающей проблематику доклада, имеет четкие выводы, полностью характеризующие работу. Автор отлично ориентируется в материале и	Отлично

отвечает на все вопросы, владеет специальной терминологией. 2. Обучающийся активно участвует в обсуждении докладов других обучающихся из группы	
1. Доклад структурирован, презентация не отражает в полной мере содержание доклада, допущены неточности, выводы нечеткие. Автор затрудняется ответить на вопросы, слабо использует специальную терминологию. 2. Обучающийся участвует в обсуждении докладов других обучающихся из группы	Хорошо
1. Доклад структурирован, содержание не полностью раскрывает цель доклада, отсутствует презентация. 2. Обучающийся пассивен при обсуждении докладов других обучающихся из группы	Удовлетвори тельно
1. Доклад не структурирован/отсутствует, презентация отсутствует. Автор не владеет материалом. 2. Обучающийся не участвует в обсуждении докладов.	Неудовлетво рительно

4. Методические рекомендации по подготовке и созданию презентаций

Создание материалов-презентаций — это вид самостоятельной работы обучающихся по созданию наглядных информационных пособий, выполненных с помощью мультимедийной компьютерной программы PowerPoint.

Этот вид работы требует координации навыков обучающегося по сбору, систематизации, переработке информации, оформления ее в виде подборки материалов, кратко отражающих основные вопросы изучаемой темы, в электронном виде. Создание презентаций расширяет методы и средства обработки и представления учебной информации, формирует у обучающихся навыки работы на компьютере.

Презентации готовятся обучающимся в виде слайдов с использованием программы Microsoft PowerPoint.

Обучающийся при подготовке презентации должен выполнить следующий комплекс взаимосвязанных видов самостоятельной работы:

— изучить материалы темы, выделяя главное и второстепенное;

— установить логическую связь между элементами темы;

— представить характеристику элементов в краткой форме;

— выбрать опорные сигналы для акцентирования главной информации и отобразить в структуре работы;

— оформить презентацию в соответствии с рекомендациями (таблица 4), разместить ее в электронной образованной среде университета, к установленному сроку либо представить на практическое/лабораторное занятие.

Таблица 4 - Методические рекомендации по оформлению презентации

Критерии оценки	Шкала оценок
1. Стиль	1.1 Соблюдайте единый стиль оформления. 1.2 Избегайте стилей, которые будут отвлекать от самой презентации. 1.3 Вспомогательная информация не должны преобладать над основной информацией (текст, рисунки).
2. Фон	Для фона предпочтительнее использовать более холодные тона (синий или зеленый).
3. Использование цвета	3.1 На одном слайде рекомендуется использовать не более трех цветов: один для фона, один для заголовков, один для текста. для фона и текста используйте контрастные цвета. 3.2. Обратите особое внимание на цвет гиперссылок (до и после

	использования).
4 Текст/ представление информации	4.1 Используйте короткие слова и предложения. 4.2. Минимизируйте количество предлогов, наречий, прилагательных. 4.3.Заголовки должны привлекать внимание аудитории. 4.4 Предпочтительно горизонтальное расположение информации. 4.5 Наиболее важная информация должна располагаться в центре экрана. Если на слайде располагается картинка, надпись должна располагаться под ней. 4.6 Наибольшая эффективность достигается тогда, когда ключевые пункты отображаются по одному на каждом отдельном слайде.
5.Шрифты	5.1 Для заголовков не менее 24 5.2 Для информации- не менее 18. 5.3Шрифты без засечек легче читать с большого расстояния. 5.4.Нельзя смешивать разные типы шрифтов в одном тексте 5.5.Для выделения информации следует использовать жирный шрифт, курсив или подчеркивание. 5.6 Нельзя злоупотреблять прописными буквами (они читаются хуже строчных букв).
6.Анимационные эффекты	Возможности компьютерной анимации для оформления презентации необходимо использовать умерено, они не должны отвлекать внимание от содержания информации на слайде.

Критерии оценивания презентаций:

— соответствие содержания теме;

— правильная структурированность информации;

— наличие логической связи изложенной информации;

— эстетичность оформления, его соответствие требованиям;

— презентация выполнена и представлена в срок.

Шкала оценивания презентаций разрабатывается преподавателем и доводится до сведения обучающихся вместе с заданием.

Оценка «Отлично»:

презентация отличается целостностью, логичностью и оригинальностью. Оформление логично, эстетично, не противоречит содержанию доклада. Информация структурирована. Иллюстрации презентации соответствуют содержанию, дополняют информацию о раскрываемой проблеме. Текст доклада, сопровождающего презентацию, излагается обучающимся самостоятельно, с незначительной опорой на печатный текст. Ответы на вопросы преподавателя и аудитории четкие, аргументированные, сопровождаются ссылкой на факты и примеры.

Оценка «Хорошо»:

презентация характеризуется целостностью, логической завершенностью, с незначительными недочетами в логике изложения материала. Оформление эстетично, логично, структурировано. Текст доклада излагается с преимущественной опорой на текст. Ответы на дополнительные и уточняющие вопросы не вносят ясности, преимущественно повторяют содержание презентации.

Оценка «Удовлетворительно»:

презентация характеризуется отсутствием единого стиля в оформлении, ввиду чего информация тяжело воспринимается аудиторией. Сведения, излагаемые обучающимся разрозненные, плохо структурированы и аргументированы. Текст доклада

преимущественно зачитывается, обучающимся допускаются неточности и ошибки в изложении материала. Ответы на дополнительные вопросы затруднительны.
Оценка «Неудовлетворительно»:
оформление презентации не соответствует заявленным требованиям. Работа характеризуется отсутствием единого стиля. Обучающийся представляет разрозненные сведения, которые слабо коррелируют с заявленной темой исследования, текст доклада зачитывается, обучающимся часто допускаются ошибки в изложении материала, допускаются ошибки в использовании научной и профессиональной терминологии. Ответы на дополнительные вопросы обучающийся не дает.

5. Организация самостоятельной работы обучающего при подготовке к текущей, промежуточной аттестациям

Текущий контроль осуществляется систематически с целью установления уровня овладения заявленными в рабочей программе дисциплины/практики компетенциями при изучении. В течение года в соответствии с программой дисциплины проводятся текущие аттестации. Форма проведения текущей аттестации (письменное / устное собеседование, тестирование, решение ситуационных задач, защита реферата) определяется руководителем курса и доводится до обучающихся. Вопросы по текущей аттестации доводятся до сведения обучающихся не позднее 3 дней до проведения аттестации.
Подготовка к промежуточной аттестации предполагает систематизацию обучающимся усвоенных в ходе обучения по дисциплинам профессиональных знаний и умений. Программа промежуточной аттестации экзамена имеет обобщающий характер и ориентирует обучающегося в процессе подготовки к нему на актуализацию знаний, умений и навыков, отражающих наиболее существенные компоненты содержания дисциплин, закрепление в профессиональном сознании комплексного и целостного знания.
Подготовка к промежуточной аттестации является формой самостоятельной работы обучающегося. Ее эффективной организации будут способствовать рекомендованные перечни основной и дополнительной литературы, информационных и электронно-образовательных ресурсов, а также список вопросов, которые составляют основу для итогового анализа профессиональной компетентности обучающегося и оценки ее соответствия требованиям ФГОС по компетенциям, закрепленным за дисциплинами. Ориентируясь в перечнях основной и дополнительной литературы, обучающийся может выбрать из них как основополагающие источники, так и те, которые позволят углубить и расширить знания по актуальным проблемам специальностей, систематизировать их и отразить в комплексе.
В ходе подготовки к промежуточной аттестации рекомендуется составлять развернутый план ответа на вопрос программы экзамена, что обеспечит логическую последовательность изложения материала. Продумывая структуру ответа, необходимо: во-первых, уделить внимание раскрытию теоретической сущности явления или понятий, обозначенных в контрольно-измерительном материале, во-вторых, осветить содержание и закономерности рассматриваемых явлений, отразить состояние их изученности в современной медицине. Обучающийся должен продемонстрировать на промежуточной аттестации владение категориальным аппаратом дисциплин, показать умение использовать знания, полученные при изучении дисциплин для анализа современных тенденций в медицине, применять их для решения профессиональных задач врачей по специальностям.
В ходе подготовки к промежуточной аттестации обучающемуся рекомендуется использовать весь набор методов и средств современных информационных технологий для изучения содержания отечественной и зарубежной литературы по дисциплине, анализа и оценки ее текущего состояния и перспектив развития.

При подготовке к промежуточной аттестации рекомендуется активно применять следующие образовательные и профессионально-ориентированные технологии:
– информационные технологии – компьютерные технологии, в том числе доступ в Интернет (для получения учебной и учебно-методической информации, представленной в научных электронных журналах и на сайтах библиотек);
– информационно-коммуникационные технологии.
Оценка знаний, умений и навыков, характеризующая этапы формирования компетенций в рамках изучения дисциплины осуществляется в ходе текущей и промежуточной аттестаций.
Форма проведения текущей/ промежуточной аттестации определяется рабочей программой дисциплины. Оценивание компетенций, вынесенных на промежуточную аттестацию в форме экзамена, осуществляется по четырехбалльной шкале:
оценка «отлично» - 5 баллов
оценка «хорошо» - 4 балла
оценка «удовлетворительно» - 3 балла
оценка «неудовлетворительно» - 2 балла.
При сдаче промежуточной аттестации в форме зачета:
«зачтено» - 3-5 баллов или «не зачтено» - 2 балла.

6. Методические материалы по самостоятельной работе обучающегося при прохождении производственной(клинической) практики

Производственная (клиническая) практика составлена по модулям – дисциплинам и проводится в форме контактной и самостоятельной работы обучающегося.
Контактная работа предусматривает работу руководителя практики с обучающимся в форме индивидуальных/групповых консультаций.
К самостоятельной работе по практикам относятся следующие виды работ обучающегося:
- ознакомление с нормативно-правовым обеспечением практик, включая программы практик;
- изучение законодательной и нормативно-правовой обеспеченности профессиональной деятельности в сфере обращения лекарственных средств в предметной области практики;
- выполнение заданий, заполнение отчета о прохождении практики;
- подготовка к промежуточной аттестации по итогам практики.
По окончании практики обучающийся оформляет отчёт. Материал для составления отчета собирается и накапливается с первого дня практики. Отчет должен содержать самоанализ выполненной работы обучающимся.
Во время прохождения практики необходимо выполнение следующих условий:
- Явиться на установочное собрание, проводимое руководителем практики и получить пакет документов в учебно-методическом отделе.
- В первый день практики прийти на базу к 8 часам утра, и представиться общему руководителю.
- Быть одетым строго по форме и следить за ее чистотой. Иметь сменную обувь.
- Работать строго по графику. Пропущенные дни, даже по уважительной причине, отрабатываются в дополнительное время.
- Ознакомиться с документацией структурных подразделений (поликлиника, стационар, приемный покой, в отделениях - процедурные кабинеты, пост и т.д.).
- Активно участвовать в общественной жизни структурных подразделений, а также в санитарно-просветительной работе.
- Бережно относиться к имуществу лечебно-профилактических учреждений.
- Быть дисциплинированными, спокойными и вежливыми в обращении с товарищами по работе, с больными и их родственниками, в отделениях соблюдать тишину и порядок.

- Ежедневно и аккуратно вести отчет, заполнять листы обязательных манипуляций. Критерии оценки промежуточной аттестации по производственной (клинической) практике представлены в Таблице 6.

Таблица 6 – Критерии оценки промежуточной аттестации по производственной практике

Критерии оценки	Шкала оценок
Обучающийся предоставил оформленный соответствующим образом, отчет и отзыв с положительной характеристикой руководителя практики; продемонстрировал систематические знания по контролируемым компетенциям; владеет способностью и готовностью применять знания, умения и навыки для решения профессиональных задач на практике; в ответе присутствует четкая структура, логическая последовательность, современная профессиональная терминология; ответ обоснован нормативной документацией и конкретными примерами из производственной практики.	Зачтено
Обучающийся предоставил неполный перечень отчетной документации; демонстрирует полное отсутствие или фрагментарные знания, умения и навыки по контролируемой компетенции и неспособность применять их на практике для решения профессиональных задач; не в состоянии обосновать свой ответ нормативной документацией и примерами из производственной практики; дополнительные и уточняющие вопросы преподавателя не приводят к коррекции ответа	Не зачтено

МИНИСТЕРСТВО НАУКИ И ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
ФГБОУ ВО «Чеченский государственный университет
имени Ахмата Абдулхамидовича Кадырова»
Медицинский институт
Кафедра госпитальной терапии

Методические указания

к практическим занятиям по дисциплине

«ФТИЗИАТРИЯ»

Направление подготовки	Лечебное дело
Код направления подготовки	31.05.01
Квалификация выпускника	Специалист
Форма обучения	Очная
Код дисциплины	Б1.В.01

Грозный

2025 г.

Муталимова З.Ш.Методические указания к практическим занятиям по дисциплине «Фтизиатрия» [Текст] / Сост. Муталимова З.Ш.– Грозный: ФГБОУ ВО «Чеченский государственный университет имени А.А.Кадырова», 2023 г. - 31 с.

Методические указания к практическим занятиям по дисциплине «Фтизиатрия» рассмотрены на заседании кафедры госпитальной терапии, рекомендованы к использованию в учебном процессе (протокол №9 от 16.05.2025г.),составлена в соответствии с требованиями ФГОС ВО по специальности 31.05.01 Лечебное дело", квалификации (степень) – специалист, утвержденного Приказом Министерства образования и науки РФ от 12.08.2020 N 988, редакция с изменениями N 1456 от 26.11.2020 с учетом учебного плана по данному направлению подготовки, одобренного Ученым советом ФГБОУ ВО «Чеченский государственный университет имени А.А.Кадырова»

©З.Ш. Муталимова, 2024 г.

© ФГБОУ ВО «Чеченский государственный университет имени А.А.Кадырова», 2024 г.

1. Тема № 1: Клиническая классификация туберкулеза.

2. Занятие №1 Клиническая классификация туберкулеза.

Учебные вопросы занятия:

1. Клинико – рентгенологические особенности клинических форм туберкулеза легких;
2. Основные разделы клинической классификации туберкулеза легких;
3. Характеристика туберкулезного процесса, осложнения;
4. Остаточные изменения после излеченного туберкулеза легких.

Место проведения занятия – Краевой клинический противотуберкулезный диспансер, легочно – терапевтические отделения, диспансерное отделение.

Материально – лабораторное обеспечение: клиническая и лабораторная база. Лечебно – диагностическая аппаратура, муляжи, фантомы, рентгенограммы легких и др.

3. Актуальность темы:

Клиническая классификация туберкулеза – едина для всех проявлений туберкулеза органов дыхания, а также других органов и систем. В ее основу были взяты признаки: клинико – рентгенологические особенности клинических форм туберкулеза, его течение, фазы, протяженность (локализация) процесса и бактериовыделение. Клиническая классификация используется в клинической практике для формулировки диагноза.

4. Учебные и воспитательные цели:

4.1 Общая цель занятия:

– Изучить основные разделы клинической классификации туберкулеза;

4.2 Частные цели:

В результате изучения учебных вопросов ВЫ должны

Знать:

– основные клинические формы туберкулеза;
– клинико-рентгенологические формы туберкулеза органов дыхания;
– характеристику туберкулезного процесса;
– осложнения туберкулеза;
– остаточные изменения после излеченного туберкулеза органов дыхания;

Уметь:

– использовать клиническую классификацию туберкулеза для формулировки клинического диагноза.
– использовать клиническую классификацию для трактовки основных рентгенологических изменений туберкулеза органов дыхания.

Владеть:

– методами оценки результатов рентгенологического обследования и интерпретации результатов;
– методами установления предварительного диагноза туберкулеза органов дыхания;
– методами оформления медицинской документации по результатам обследования;

Обладать набором компетенций:

– способность и готовность проводить диагностический поиск для выявления ранних клинических проявлений туберкулеза;
– способность и готовность правильно трактовать рентгенологические признаки и формулировать предварительный диагноз;
– способность и готовность правильно провести дополнительное обследование и направить в специализированное учреждение;

Иметь представление:

– об примерах формулировки клинического диагноза;
– об описании обзорных рентгенограмм органов грудной полости с различной патологией органов дыхания;

5. Схема интегральных связей:

а) дисциплины изучаемые ранее	
Микробиология –	Микобактерии туберкулеза, особенности морфологии. Метод микроскопии по Цилю – Нильсону.
Патологическая анатомия -	Специфическое воспаление. Патогенез туберкулеза.
б) дисциплины необходимые на данном занятии	
Общая рентгенология –	Нормальная обзорная рентгенограмма органов грудной полости. Основные рентгенологические синдромы болезней легких.

ВАШИ ДЕЙСТВИЯ ПО ПОДГОТОВКЕ К ЗАНЯТИЮ И ОТРАБОТКЕ ПРОГРАММЫ ЗАНЯТИЯ:

1. При подготовке к данному занятию

Проработайте учебный материал ранее изученных (базовых) дисциплин. Это очень важно, т.к. на этом материале строится вся программа данного занятия. Обратите внимание на рентгенологические синдромы поражения легких.

Проработайте учебную литературу по нашей дисциплине. Обратите внимание на схему описания рентгенограмм органов дыхания. При необходимости воспользуйтесь аннотацией (приложение 1).

Ответьте на следующие вопросы. Решите тесты 1 – 14 и ситуационные задачи 1 – 5. Заготовьте в рабочей тетради следующие рисунки по рентгенологическим синдромам поражения легких. Они Вам пригодятся при работе на занятии.

Данное занятие имеет особое место в работе по овладению методами описания рентгенологических снимков органов дыхания, методами оценки патологии в легких и трактовки предварительного диагноза.

При наличии возможности ознакомьтесь накануне занятия с рабочим местом своей исследовательской и учебной работы. Вспомните правила и меры безопасности при работе с аппаратурой и препаратами (изложены в конце методической разработки).

Заблаговременно приготовьте униформу.

2. По выполнению программы учебного занятия:

Проверьте рабочее место на предмет наличия всего необходимого для Вашей работы. При необходимости обратитесь к преподавателю.

При отработке 1-го учебного вопроса занятия воспользуйтесь аннотацией (приложение №1), обратите внимание на схему описания рентгенологических изменений в легких, зарисуйте, внесите в таблицу, найдите особенности, сопоставьте с теоретическими выкладками.

Контролируйте свои действия. Представьте преподавателю отчет о выполненном задании. Получите задачу на выполнение очередного задания.

При отработке 2-го учебного вопроса воспользуйтесь аннотацией (приложение №1) и схемой описания рентгенологических изменений в легких (приложение №2). Обратите внимание на характер поражения и рентгенологические синдромы поражения легких;

При отработке 3-го учебного вопроса воспользуйтесь аннотацией (приложение №1) и обратите внимание на осложнения при туберкулезе легких.

При отработке 4-го учебного вопроса воспользуйтесь также аннотацией (приложение №1) и обратите внимание на остаточные изменения после излеченного туберкулеза.

По выполнению программы занятия представьте преподавателю отчет о выполненной работе. Выясните то, что у Вас вызвало затруднения.

3. При проведении заключительной части учебного занятия:

Решите тестовые задания №№ 10-19 (приложение 3) и решите ситуационные задачи №№ 1 – 4 (приложение 4).

Прокомментируйте результаты своей работы по решению контрольных заданий.

Выслушайте преподавателя по оценке деятельности учебной группы и Вас лично.

Обратите внимание на анализ преподавателем Вашей предстоящей работы на следующем занятии и нюансы при работе с учебной литературой. Попрощайтесь с преподавателем.

6. Вопросы для самостоятельной работы студентов во внеучебное время:

– история создания единой клинической классификации туберкулеза;
– содержание основных разделов клинической классификации туберкулеза;
– туберкулез в международной классификации болезней;

7. Литература

Основная.

1. Перельман М.И. Фтизиатрия: учебник /М.И. Перельман [и др.]. – 3-е изд. – М.: Медицина, 2007.
2. Учение о туберкулезе /под ред. М.И. Перельмана. – М.: ГЭОТАР – Медиа, 2011 (ЭБС).
3. Фтизиопульмонология: учебник /В.Ю. Мишин [и др.]. – М.: ГЭОТАР – Медиа, 2007.

Дополнительная.

1. Туберкулез у детей и подростков: учеб. пособие /под ред. В.А. Аксеновой. – М.: ГЭОТАР – Медиа, 2007.
2. Фтизиатрия: национальное рук. /под ред. М.И. Перельмана. – М.: ГЭОТАР – Медиа, 2007.

8. Вопросы для самоподготовки:

8.1 Когда и кем была принята впервые клиническая классификация туберкулеза?
8.2 Когда пересматривалась клиническая классификация туберкулеза?
8.3 Основные принципы создания клинической классификации;
8.4 Основные разделы клинической классификации;
8.5 Дайте характеристику туберкулезного процесса;
8.6 Охарактеризуйте осложнения туберкулеза;
8.7 Остаточные изменения клинически излеченного и спонтанно перенесенного туберкулеза легких и других органов и систем.

Приложение №1

Аннотация.

Современная клиническая классификация туберкулеза в нашей стране, впервые утверждена на заседании директоров институтов туберкулеза в 1938 году, существует уже более 50 лет. Она начала разрабатываться комиссией по классификации в 1934 г. под председательством В.А. Воробьева, а в последующем Г.Р. Рубинштейна и М.А. Ойфебаха.

Результатом работы комиссии было составление единой клинической классификации туберкулеза. Основной ее принцип заключается в том, что она построена не на основании одного признака, а нескольких. В основу клинической классификации туберкулеза были взяты признаки: клинико – рентгенологические особенности клинических форм туберкулеза, его течение, т. е. фазы, бактериовыделение, протяженность (локализация) процесса.

В клиническую классификацию туберкулеза неоднократно вносились поправки и изменения, весьма существенный пересмотр состоялся в 1973 году на 8-м Всесоюзном съезде фтизиатров. Классификация является обязательной для всех лечебно – профилактических учреждений страны. Она состоит из 4 основных разделов:

1) клинические формы туберкулеза;
2) характеристика туберкулезного процесса;
3) перечень основных осложнений;
4) формулировка остаточных изменений излеченного туберкулеза;

Первая и основная часть клинической классификации – клинические формы туберкулеза. Они различаются в основном по локализации и клинико – рентгенологическим признакам с использованием патогенетической и частично патоморфологической характеристики туберкулезного процесса. Вторая часть представляет собой характеристику туберкулезного процесса. Все клинические формы болезни объеденены в 3 группы: туберкулезная интоксикация у детей и подростков; туберкулез органов дыхания; туберкулез других органов и систем. Вторая часть классификации включает локализацию процесса в легких, характеристику туберкулезного процесса на основании клинико – рентгенологических признаков (инфильтрация, распад, обсеменение, рассасывание, уплотнение и др.) и наличие или отсутствие в материале, полученном от больного, микобактерий туберкулеза (БК+ или БК-). Третья часть характеризует возможные осложнения. Эта часть классификации основывается на клинических проявлениях, например спонтанный пневмоторакс, кровотечение или кровохарканье, амилоидоз и др. Четвертая часть, появившаяся впервые в 1973 г., - остаточные изменения после излеченного туберкулеза.

КЛИНИЧЕСКАЯ КЛАССИФИКАЦИЯ ТУБЕРКУЛЕЗА

А. Основные клинические формы

Группа I. Туберкулезная интоксикация у детей и подростков.

Группа II. Туберкулез органов дыхания.

Первичный туберкулезный комплекс
Туберкулез внутригрудных лимфатических узлов
Миллиарный туберкулез
Диссеминированный туберкулез легких
Очаговый туберкулез легких
Инфильтративный туберкулез легких
Казеозная пневмония
Туберкулома легких
Кавернозный туберкулез легких
Фиброзно – кавернозный туберкулез легких
Цирротический туберкулез легких
Туберкулезный плеврит (в том числе эмпиема)
Туберкулез верхних дыхательных путей, трахеи, бронхов и др.

Туберкулез органов дыхания, комбинированный с пылевыми профессиональными заболеваниями легких.

Группа III. Туберкулез других органов и ситем.

Туберкулез мозговых оболочек и центральной нервной системы
Туберкулез кишечника, брюшины и брыжеечных лимфатических узлов
Туберкулез костей и суставов
Туберкулез мочевых и половых органов
Туберкулез кожи и подкожной клетчатки
Туберкулез периферических лимфатических узлов
Туберкулез глаз
Туберкулез прочих органов

Б. Характеристика туберкулезного процесса

Локализация и протяженность в легких по долям, а в других системах – по локализации поражения.

Фаза

а) инфильтрация, распад, обсеменение
б) рассасывание, уплотнение, рубцевание, обызвествление

Бактериовыделение

а) с выделением микобактерий туберкулеза (БК+)
б) без выделения микобактерий туберкулеза (БК-)

В. Осложнения

Легочное кровотечение, спонтанный пневмоторакс, легочно – сердечная недостаточность, ателектаз, амилоидоз, почечная недостаточность, свищи бронхиальные, торакальные и др.

Г. Остаточные изменения после излечения туберкулеза

а) органов дыхания

Фиброзные, фиброзно – очаговые, буллезные изменения, кальцинаты в легких и лимфоузлах, плевро-пневмосклероз, цирроз, бронхоэктазы, состояния после хирургического вмешательства и др.

б) других органов.

Классификация – едина для всех проявлений туберкулеза органов дыхания, а также других органов и систем. В настоящее время в нашей стране и за рубежом существует по две классификации: классификация клиническая, которая используется в клинической практике для формулировки диагноза, и классификация для диспансерного наблюдения – диспансерная и статистическая, т. е. классификация, которая группирует больных для медицинской статистики. Международная классификация болезней шифрует все заболевания, присваивает каждому заболеванию свой номер, разновидности того или иного заболевания присваивается дополнительный номер, который указывается после номера данного заболевания. Эта классификация используется в основном для регистрации заболевания и причин смерти. В клинической классификации она не применяется.

Туберкулезная интоксикация характеризуется наличием клинических проявлений туберкулеза, проявляющихся синдромом общей интоксикации, но при этом локальных проявлений туберкулеза обнаружить не удается. Морфологическим субстратом интоксикации чаще всего являются лимфатические узлы средостения. Если воспалительная реакция небольшая и лимфатические узлы значительно не увеличиваются, обнаружить их с помощью клинических и рентгенологических методов очень трудно. Важнейший дифференциально – диагностический признак ранней туберкулезной

интоксикации – совпадение функциональных расстройств и морфологических изменений с виражом туберкулиновых реакций.

Первичный туберкулезный комплекс – это клиническая форма туберкулеза, характеризующаяся наличием пневмонического очага и лимфангоита в легком, поражением регионарных внутригрудных лимфатических узлов. Заболевание встречается преимущественно в детском возрасте.

Туберкулез внутригрудных лимфатических узлов наблюдается в двух вариантах – опухолевидном и инфильтративном. Главный признак этой клинической формы – поражение лимфатических узлов средостения.

Диссеминированный туберкулез легких – характеризуется образованием множественных туберкулезных очагов в легких (диссеминация) с последующей инволюцией или прогрессированием. Диссеминация может быть разного генеза: гематогенного, лимфогенного, лимфобронхогенного. В случае гематогенной диссеминации клиническое течение туберкулеза бывает острым (в том числе и м**иллиарным**).

Очаговый туберкулез – характеризуется развитием очагов в легких, относится к ограниченным формам туберкулеза легких, протекающих более благоприятно.

Инфильтративный туберкулез легких – это форма туберкулеза легких у взрослых, которая характеризуется отображением инфильтративно – казеозных изменений в виде облаковидного или округлого инфильтрата, лобита, перисцисурита, а также конгломератов крупных и мелких очагов.

Туберкулома – это форма туберкулеза, характеризующаяся наличием одного или нескольких изолированных округлых фокусных теней размером от 1 до 6 см. Туберкулома представляет собой продуктивный воспалительный процесс с казеозными изменениями и фиброзом, окруженный нежной соединительнотканной капсулой.

Кавернозный туберкулез – это форма заболевания, для которого характерно образование полости распада на месте очага (инфильтрата или туберкуломы), выделение через бронх расплавленных казеозных масс и по мере выделения их – формирование каверны.

Фиброзно – кавернозный туберкулез – завершающий этап в прогрессирующем течении деструктивного туберкулезного процесса. В основном фиброзно – кавернозный туберкулез развивается из кавернозного и каверн, образованных при прогрессировании различных форм туберкулеза легких.

Цирротический туберкулез легких характеризуется развитием выраженных фиброзных изменений в легких, наличием эмфиземы, интерстициального пневмосклероза, выраженного развития рубцовой ткани с замещением альвеолярной ткани фиброзной. Цирротический туберкулез является исходом фиброзно – кавернозного туберкулеза, диссеминированного, казеозной пневмонии.

Туберкулезный плеврит может быть как самостоятельной формой туберкулеза, так и осложнением любой формы туберкулеза легких. Среди плевральных выпотов различной этиологии туберкулезный плеврит составляет 10-30%.

9. Контроль результатов усвоения темы:

– Тесты исходного и итогового уровня знаний – работа на компьютере.
– Ситуационные задачи – работа на копьютере.

10. Методические указания студентам по выполнению программы самоподготовки:

10.1 Изучить основные разделы клинической классификации туберкулеза.
10.2 Ознакомиться с основными клинико – рентгенологическими формами туберкулеза органов дыхания.
10.3 Изучить основные характеристики туберкулезного процесса.

10.4 Изучить основные остаточные изменения в легких после перенесенного туберкулеза легких.
10.5 Проанализировать работу над ошибками в процессе выполнения контрольных заданий.

11. Задания:
11.1 Провести сбор жалоб, анамнеза заболевания, объективное обследование больного с очаговым туберкулезом легких.
11.2 Работа с медицинской документацией: выпиской из истории болезни, описанием рентгенограмм, обзорными рентгенограммами.
11.3 Установить клинический диагноз, используя клиническую классификацию туберкулеза.

Тема № 2. Методы диагностики туберкулеза легких.
Занятие №2 Рентгенологические и лабораторные методы диагностики туберкулеза легких.

Учебные вопросы занятия:
5. Основные методы лучевой диагностики туберкулеза
6. Основные рентгенологические синдромы, встречающиеся при различных клинических формах туберкулеза легких
7. Схема описания рентгенограмм больных туберкулезом легких
8. Лабораторные методы диагностики

Место проведения занятия – Краевой клинический противотуберкулезный диспансер, клиническая и бактериологическая лаборатории, рентгенкабинет.
Материально – лабораторное обеспечение: клиническая и лабораторная база. Лечебно – диагностическая аппаратура, рентгенограммы легких, микроскоп бинокулярный, мазки с МБТ для исследования и т.д.

3. **Актуальность темы: Обследование** лиц с легочной патологией при подозрении на туберкулез начинают с выполнения рентгенологического исследования. Метод лучевой диагностики входит в обязательный минимум в комплексном обследовании больных при подозрении на туберкулез легких. В соответствии с современными программами ВОЗ, основой выявления туберкулеза за рубежом считают проведение микроскопии мазков мокроты, полученной от кашляющих больных, обратившихся к врачам общей практики.

4. Учебные и воспитательные цели:
4.1 Общая цель занятия:
- изучить методы рентгенологических исследований;
- изучить цели и задачи рентгенологических методов диагностики;
- изучить лабораторные методы, используемые при обследовании больных туберкулезом легких;
- изучить цели и задачи лабораторных методов диагностики;

4.2 Частные цели:
В результате изучения учебных вопросов ВЫ должны
Знать:
- основные методы лучевой диагностики
- показания для рентгенологического обследования больного
- схему описания рентгенограмм больных туберкулезом легких

- основные рентгенологические синдромы, встречающиеся при различных клинических формах туберкулеза легких
- микроскопический
- бактериологический
- биологический методы диагностики туберкулеза

Уметь:

- трактовать характерные изменения на обзорной рентгенограмме согласно схеме описания рентгенологических изменений, при туберкулезе легких
- оценивать данные микроскопии мазков мокроты и культурального исследования патологического материала

Владеть:

- знаниями разных видов и методов рентгенологического обследования лиц с подозрением на туберкулез легких;
- знаниями разных методов лабораторного обследования материала на МБТ;
- знаниями и способностью трактовать результаты рентгенологического и лабораторного обследования больных с подозрением на туберкулез.

Обладать набором компетенций:

- способность и готовность проводить квалифицированный диагностический поиск для выявления ранних клинических проявлений туберкулеза, лабораторные, рентгенологические признаки, характерные для туберкулеза в адекватном объеме;
- способность и готовность правильно формулировать предварительный диагноз, провести дополнительное обследование и направить в специализированное учреждение;

Иметь представление:

- об основных методах рентгенологического обследования больных, используемых в краевом клиническом противотуберкулезном диспансере, краевой больнице, краевом диагностическом центре и т.д.
- с лабораторными методами диагностики туберкулеза, проводимыми в бактериологической лаборатории СККПТД

5. Схема интегральных связей:

а) дисциплины изучаемые ранее	
Микробиология –	Микобактерии туберкулеза, особенности морфологии. Метод микроскопии по Циль – Нильсону.
Патологическая анатомия –	Специфическое воспаление. Патогенез туберкулеза
б) дисциплины необходимые на данном занятии	
Общая рентгенология –	Нормальная обзорная рентгенограмма органов грудной полости. Понятие об очаговой, фокусной, кольцевидной тени, диссеминации, распространенном и ограниченном затемнении.

ВАШИ ДЕЙСТВИЯ ПО ПОДГОТОВКЕ К ЗАНЯТИЮ И ОТРАБОТКЕ ПРОГРАММЫ ЗАНЯТИЯ:

4. При подготовке к данному занятию

Проработайте учебный материал ранее изученных (базовых) дисциплин. Это очень важно, т.к. на данном материале строится вся программа данного занятия. Обратите внимание на схему описания рентгенологических изменений при специфических поражениях легких.

Проработайте учебную литературу по нашей дисциплине. Обратите внимание на рентгенологические методы обследования, применяемые при выявлении туберкулеза,

методы дополнительного рентгенологического дообследования с целью уточнения диагноза. При необходимости воспользуйтесь аннотацией (приложение 1).
Ответьте на следующие вопросы. Опишите рентгенограммы и сделайте рентгенологическое заключение – синдрома поражения. Заготовьте в рабочей тетради рисунки по рентгенологическим синдромам при различных формах поражения легких туберкулезом. Они Вам пригодятся при работе на занятии.
Данное занятие имеет особое место в работе по овладению разными методами рентгенологической диагностики туберкулеза легких, а также методами лабораторного подтверждения специфического поражения легких – путем обнаружения МБТ.
При наличии возможности ознакомьтесь накануне занятия с рабочим местом своей исследовательской и учебной работы. Вспомните правила и меры безопасности при работе с аппаратурой и препаратами (изложены в конце методической разработки).
Заблаговременно приготовьте униформу.

5. **По выполнению программы учебного занятия:**

Проверьте рабочее место на предмет наличия всего необходимого для Вашей работы. При необходимости обратитесь к преподавателю.
При отработке 1-го учебного вопроса занятия воспользуйтесь аннотацией, обратите внимание на виды рентгенологических методов обследования – показаниях и разрешающей способности рентгенограмм, томограмм, зарисуйте, внесите в таблицу, найдите особенности, сопоставьте с теоретическими выкладками рентгенологические синдромы.
Контролируйте свои действия. Представьте преподавателю отчет о выполненном задании. Получите задачу на выполнение очередного задания.
При отработке 2-го учебного вопроса воспользуйтесь схемой описания рентгенограмм (приложение №2), и аннотацией (приложение №1), обязательной рекомендуемой литературой.
При отработке 3-го учебного вопроса воспользуйтесь схемой описания рентгенограмм (приложение №2), и аннотацией (приложение №1).
При отработке 4-го учебного вопроса воспользуйтесь аннотацией (приложение №1) и материалами лекции №2;

По выполнению программы занятия представьте преподавателю отчет о выполненной работе. Выясните то, что у Вас вызвало затруднения.

6. **При проведении заключительной части учебного занятия:**

Решите тестовые задания №№ 1-15 (приложение №3) и опишите рентгенограммы по схеме (приложение №2).
Прокомментируйте результаты своей работы по решению контрольных заданий.
Выслушайте преподавателя по оценке деятельности учебной группы и Вас лично.
Обратите внимание на анализ преподавателем Вашей предстоящей работы на следующем занятии и нюансы при работе с учебной литературой. Попрощайтесь с преподавателем.

5. Вопросы для самостоятельной работы студентов во внеучебное время:
5.1

- метод флюорографии – показания, кратность обследования;
- рентгенография, рентгеноскопия – основные методы диагностики туберкулеза легких;
- дополнительные методы лучевой диагностики (компьютерная томография, ЯМР);

5.2

– бактериоскопические методы выделения микобатерий из патологического материала;
– посевы патматериала на питательные среды;

6. Вопросы для самоконтроля.

Методы лучевой диагностики, применяемые в диагностики туберкулеза легких
8.2 Основные рентгенологические синдромы, наблюдающиеся при заболевании туберкулезом легких
8.3 План схемы описания рентгенологических изменений при туберкулезе легких
8.3 Методы микроскопического исследования микобактерий туберкулеза (микроскопия по Циль – Нильсену, люминесцентная микроскопия, метод флотации)
8.5 Бактериологическое исследование микобактерий туберкулеза
8.6 Биологический метод исследования

Обследование лиц с легочной патологией при подозрении на туберкулез начинают с выполнения рентгенологического обследования. Метод лучевой диагностики входит в обязательный минимум в комплексном обследовании больных.

Стандартная рентгенография грудной клетки все еще остается одним из наиболее часто выполняемых радиологических исследований. Обычно выполняют прямую обзорную рентгенографию, боковую рентгенографию со стороны поражения. Важной и необходимой в диагностике туберкулеза легких является томография (послойный вид исследования). К настоящему времени разработаны различные виды томографии: линейная томография с различной толщиной выделяемого слоя, зависящая от угла поворота рентгеновской трубки; видом размазывания (с продольным, косым, поперечным). Это исследование можно проводить в вертикальном, горизонтальном положениях больного ив различных проекциях.

Из современных методов получения изображения в диагностике заболеваний органов грудной полости широко применяют компьютерную томографию (КТ) и магнитный резонанс (МР). КТ (цифровая, вычислительная томография) высокоинформативный метод в выявлении изменений при туберкулезе в зонах, не доступных обычным методам лучевой диагностики. КТ имеет преимущества перед линейной томографией в обнаружении каверн размером 2-3 мм, мелких полостей распада в мелких очагах, в определении различной плотности очагов, рубцовых, плевральных наслоений, обызвествлений и участков распада в лимфатических узлах, оценке состояния бронхов.

Массовая флюорография была и остается пока в России традиционным методом выявления туберкулеза. Ее проводят всем гражданам 1 раз в 2 года.

Выявление микобактерий туберкулеза в различном патологическом материале от больных является ведущим признаком для постановки диагноза туберкулезной инфекции. Именно обнаружение возбудителя туберкулеза служит основным и бесспорным критерием, свидетельствующим о специфической природе заболевания.

Соблюдение правил сбора, хранения и транспортировки диагностического материала имеет очень важное значение, так как от этого зависит не только достоверность получаемых результатов, но и эпидемиологическая безопасность окружающих.

Материал для исследования на наличие микобактерий туберкулеза собирают в стерильные контейнеры (стеклянные банки) с плотно завинчивающимися крышками. Для исследования могут быть использованы разнообразные образцы: мокрота, аспират, содержимое бронхов и другие материалы, получаемые при бронхоскопическом исследовании. А также - промывные воды бронхов и желудка, экссудаты, гной,

отделяемое ран, спинномозговая жидкость, кровь, моча, операционный материал, смывы с предметов, органы экспериментальных животных и пр.

В нашей стране используется схема обследования больных, которая предусматривает не менее 3-х исследований в течение трех дней мокроты или другого патологического материала, т. к. подобная тактика увеличивает число положительных результатов. Такой комплекс мероприятий производится при госпитализации больного в стационар или взятии на диспансерный учет, далее исследование мокроты производится не реже 1 – 2 раз в месяц.

Бактериоскопический метод является одним из наиболее основных и распространенных. Преимущества его заключаются в простоте, дешевизне и быстроте получения результатов. Однако возможности метода ограничены. В препарате возможно обнаружить микобактерии только в том случае, если в 1 мл материала содержится не менее 10 – 100 тыс. бактериальных клеток – предел метода.

Наиболее употребляемым и распространенным методом окраски для ваыявления кислотоустойчивых микобактерий является способ Циля – Нильсена. При одновременном воздействии нагревания и сильного протравливающего вещества фенола (карболовой кислоты), на котором готовится основное красящее вещество фуксин, облегчается проникновение анилинового красителя в микробную клетку и особенно в структуры ее клеточной стенки, состоящей из липидов и миколовых кислот. Обычные анилиновые красители не воспринимаются микобактериями, и последние не окрашиваются. Последующее обесцвечивание мазка в 29% растворе серной кислоты или 3% растворе солянокислого спирта приводит к обесцвечиванию всех некислотоустойчивых структур. Только микобактерии, обладающие выраженной кислото и спиртоустойчивостью, удерживают краситель и остаются окрашенными в красный цвет. Обесцвеченные элементы мазка докрашивают метиленовым синим. Микобактерии обнаруживаются в препарате в виде тонких, прямых или слегка изогнутых ярко- красных палочек, иногда расположенных под углом в виде римской цифры «V» или небольшими скоплениями.

Микроскопию окрашенных препаратов производят в световом микроскопе с иммерсионным обьективом х90 и окуляром х10. Желательно использовать бинокулярный микроскоп. Рекомендуется исследовать не менее 300 полей зрения по специальной схеме.

В последние годы довольно широкое распространение получил метод люминесцентной микроскопии. Он основан на различиии свечения микроскопируемого объекта в ультрафиолетовом или коротковолновом спектре видимого света. В основе применения этого метода для дифференциации микобактерий туберкулеза лежит способность липидов этих бактерий воспринимать люминисцентные красители и затем светиться при облучении ультрафиолетовыми лучами. В зависимости от применения красителей микобактерии туберкулеза дают четкое ярко – красное свечение на зеленом фоне или золотисто – желтое на темно – зеленом фоне.

Метод посева, или культуральный метод выявления микобактерий, отличается большей чувствительностью и имеет ряд преимуществ перед методом бактериоскопиии. Он позволяет выявить микобактерии туберкулеза при наличии в исследуемом материале нескольких десятков жизнеспособных особей. Очень важным преимуществом культурального метода является возможность получения культуры возбудителя, которая может быть подробно исследована, идентифицирована и изучена в отношении в отношении ее лекарственной чувствительности, вирулентности и других ее свойств.

Для культивирования микобактерий туберкулеза используют различные питательные среды: плотные, полужидкие, жидкие (синтетические и полусинтетические). Однако ни одна из них не обладает качествами, предъявляемыми к ним современной бактериологической диагностикой туберкулеза. В качестве стандартной среды для первичного выделения возбудителя и определения его лекарственной чувствительности ВОЗ рекомендована среда Левенштейна – Йенсена. Это плотная питательная среда, на

которой рост микобактерий туберкулеза получают на 15 – 25-й день после посева материала.

Приложение №2

ОПИСАНИЕ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИХ ИЗМЕНЕНИЙ ПРИ ТУБЕРКУЛЕЗЕ
(указываются патологические изменения и отклонения от нормы)

Локализация поражения	**А. Легкое. Доля. Сегмент.** **Б. Соответствие ребрам передние или задние отделы. Межреберным промежуткам. Зонам (кортикальная, центральная, корневая)** **В. По анатомическим группам – при поражении лимфатических узлов средостения.**
Характер поражения	**А. Очаговая тень (размер 0,2 – 1 см)** **Б. Ограниченное затемнение (от 1 см до размера сегмента)** **В. Распространенное затемнение (полисегментное, долевое, поражение всего легкого)** **Г. Кольцевидная тень** **Д. Деформация и расширение корня легкого**
Число теней	**А. Единичная** **Б. Группа** **В. Диссеминация**
Размеры теней	**А. В сантиметрах** **Б. Очаговые тени: мелкие – не более 3 мм** **средние – 4 – 5 мм** **крупные – 6 – 9 мм** **В. Фокусные тени и затемнения: небольшие бронхолобулярные, сегментарные. Лобарной и долевой распространенности**
Форма	**А. Круглая. Овальная.** **Б. Треугольная** **В. Полициклическая. Полигональная.** **Г. Линейная** **Д. Неправильная**
Интенсивность тени	**А. Малая (тень продольной проекции сосуда)** **Б. Средняя (тень поперечной проекции сосуда)** **В. Интенсивная тень (тень кортикального слоя ребра)**
Структурность тени	**А. Гомогенное затемнение** **Б. Негомогенное затемнение:** ▪ **затемнения, перемежающиеся прозрачными участками** ▪ **затемнения с участком просветления** ▪ **затемнение с включением теней повышенной интенсивности**
Контуры тени	**А. Размытые (постоянное ослабление интенсивности, край тени не определяется)** **Б. Ясные (небольшая полутень у края затемнения)** **В. Резкие (нет полутени, граница тени обрывается у прозрачной легочной ткани)**
Изменения в окружающей тень легочной ткани	**А. Очаги** **Б. Затемнения** **В. Линейные и ячеистые (плоские, трубчатые, сетчатые)** **Г. Просветления (очаговые и диффузные)**
Изменения плевры, корней и	**А. Затемнения плевры: диффузные, плоскостные, линейные** **Б. Деформация, дислокация, увеличение и обызвествление корня**

других отделов легких	**и других интраторакальных групп** **В. Усиление, обеднение, ослабление, деформация легочного рисунка** **Г. Просветления, локальные и обширные**
Изменения формы и площади легочных полей	**А. Ассиметрия (сужение, расширение)** **Б. Изменение верхушечных отделов (опущение, деформация)** **В. Высота стояния купола диафрагмы (опущение, поднятие)**
Изменение тени органов средостения	**А. Смещение** **Б. Расширение**

Приложение №3

Прямые рентгенологические признаки, свидетельствующие о явной активности туберкулезного процесса

1. Нечеткие, размытые очертания теней;
2. Распад очага, инфильтрата;
3. Лимфангоит сетчатый или тяжыстый вокруг очагов или на некоторм отдалении от них;
4. Плеврит;

Эти признаки могут быть установлены при однократном исследовании, если они значительно выражены.

Косвенные признаки – признаки предполагаемой активности

1. Большие размеры патологического образования (крупная туберкулома, долевое поражение)
2. Крупные осумкованные округлые (казеозные) очаги;
3. Полиморфизм очаговых теней;
4. «Дорожка» к корню, парные полоски уплотненных стенок дренирующих бронхов;
5. Крупные инкрустированные известью лимфатические узлы;

Несомненные признаки активности

1. Изменение рентгенологической картины, установленные при ретроспективном анализе флюорограмм и рентгенограмм или при короткой тест – терапии, выявленная таким образом динамика, подтверждает симптомы явной активности процесса;
2. Изменение рентгенологической картины, обнаруживаемые при длительном наблюдении в процессе лечения, позволяют высказать суждение о предполагаемой активности процесса;

Приложение №4.

АТИПИЧНЫЕ МИКОБАКТЕРИИ ТУБЕРКУЛЕЗА

Среди кислотоустойчивых МБТ встречаются такие, которые отличаются от них в культуральном и биохимическом плане вирулентностью и патогенностью. Эти микобактерии называются атипичными, нетуберкулезными микобактериями, и некоторые из них для человека становятся условно-патогенными.

Атипичные микобактерии могут вызвать болезнь у людей и животных, по клиническим, рентгенологическим и даже морфологическим признакам неотличимую от туберкулеза. Это заболевание микобактериозом и также больше всего поражает легкие и лимфатические узлы, хотя возможны и поражения других органов.

Схожесть микобактериоза с туберкулезом осложняет дифференциальную диагностику этих болезней. Их можно различить только по эпидемиологическим признакам и методам лечения. атипичные микобактерии отличаются от МБТ природной устойчивостью к лекарствам, что усложняет их лечение.

Однако, природа атипичных микобактерий и их отношение к МБТ до конца не изучены. Бесспорно, генетическое родство атипичных микобактерий с кислотоустойчивыми видами МБТ, число обнаруженных видов коротых растет. Э. Раньон в зависимости от скорости развития и пигментации на свету или в темноте классифицировал атипичные микобактерии по 4 группам.

1-я группа – фотохромогенные микобактерии (пигментирующие на свету). На свету образуют желтые пигменты. К этой группе относятся M.kansasii, вызывающие болезнь легких, схожую с туберкулезом. Болезнь не передается контактным путем. Источник инфекции – молоко и молочные продукты крупного рогатого скота.

2-я группа – скотохромогенные микобактерии туберкулеза (пигментирующие в темноте). В темноте образуют розовые или желтые пигменты. Широко распространены в воде и почве. К этой группе относятся M. aque, M. scrofulaceum. У детей, особенно малолетних, они вызывают шейные лимфадениты и бронхоадениты.

3-я группа – нефотохромогенные (не пигментирующие) микобактерии. Культура слабо пигментирует или вовсе не пигментирует. Они различны по вирулентности и оптимальной температуре роста. Встречаются в почве, воде, у различных животных (свиней, собак, овец). К этой группе относятся M. intracellulare, M. xenopi. Клиника болезни напоминает туберкулез, течение волнообразное. Источником M. xenopi могут быть крупный рогатый скот, молоко, а также торф, используемый на фермах.

4-я группа – в основном сапрофиты: M. Chelonei, M. Smegmatis, M. Fortuitum. Они обнаруживаются у детей в увеличенных лимфоузлах.

Этиология легочногомикобактериоза связана с микобактериями 3-й группы, но у детей чаще обнаруживаются пигментирующие атипичные микобактерии 1-й и 2-й групп.

10. Методические указания студентам по выполнению программы самоподготовки:

10.1 Изучить основные рентгенологические методы диагностики, применяемые во фтизиатрии.

10.2 Изучить основные рентгенологические синдромы болезней легких, встречающиеся при туберкулезном поражении органов дыхания.

10.3 Уметь описывать обзорные рентгенограммы, согласно схеме описания рентгенологических изменений.

10.4 Изучить основные методы лабораторной диагностики туберкулеза.

10.5 Проанализировать работу выполнения контрольных заданий.

11. Задания:

11.1 Восстановить знания по нормальной обзорной рентгенограмме органов грудной полости.

11.2 Описать обзорные рентгенограммы больных с очаговым туберкулезом, туберкуломой, инфильтративным туберкулезом с распадом и без распада.

11.3 Описать обзорную рентгенограмму и назначить дополнительное рентгенологическое обследование с целью уточнения фазы процесса.
11.4 Оценить данные бактериоскопического, бактериологического методов исследования.
11.5 Знать показания для рентгенологического обследования больных в условиях общей лечебной сети.
11.6 Знать показания для бактериоскопического исследования мокроты на наличие кислотоустойчивых бактерий в условиях общей лечебной сети.

Тема №2. Методы диагностики туберкулеза.
Занятие №3. Туберкулинодиагностика.

Учебные вопросы занятия:

9. Виды специфических аллергий. Методы определения повышенной чувствительности замедленного типа при туберкулезе.
10. Туберкулины – определения, использование.
11. Туберкулиновые пробы – характеристика, показания, использование в практике.
12. Группы риска по туберкулиновым пробам, организация химиопрофилактики.

Место проведения занятия – Краевой клинический противотуберкулезный диспансер, детское отделение диспансера.

Материально – лабораторное обеспечение: клиническая и лабораторная база. Лечебно – диагностическая аппаратура, муляжи, фантомы, рентгенограммы легких и др.

3. Актуальность темы:

Туберкулинодиагностика – диагностический тест для определения специфической сесибилизации организма к МБТ, как при массовых обследованиях населения, так и для индивидуальных обследований;

4. Учебные и воспитательные цели:

4.1 Общая цель занятия:

- Изучить цели и задачи туберкулинодиагностики;
- Изучить технику проведения и оценку туберкулиновых проб.

а. Частные цели:

В результате изучения учебных вопросов ВЫ должны

Знать:

- общие понятия об аллергии, значение аллергии в клинике туберкулеза;
- цели туберкулинодиагностики;
- типы туберкулина;
- технику постановки р. Манту;
- интерпретацию туберкулиновых проб.

Уметь:

- выполнять пробу Манту;
- оценивать туберкулиновые пробы и трактовать их;
- проводить дифференциальную диагностику между поствакцинальной и инфекционной аллергией.

Владеть:

- техникой постановки пробы Манту с 2ТЕ, Диаскинтеста.
- методами оценки и интерпретации результатов туберкулиновых проб;
- методами дифференциальной диагностики поствакцинальной и постинфекционной аллергии;

– методом отбора лиц с высоким риском заболевания туберкулеза, пути профилактики;

Обладать набором компетенций:
– первичной и вторичной профилактики туберкулеза у лиц из групп риска;
– способностью выявлять иммунологические изменения у людей при инфицировании микобактериями туберкулеза;
– способность оценить роль медико биологических факторов в распространении туберкулезной инфекции, факторы риска;
– способность выявлять иммунологические изменения у людей при инфицировании микобактериями туберкулеза;

Иметь представление:
– о видах туберкулиновых проб (проба Пирке, градуированная накожная проба, проба Коха);
– о контингентах детей и подростков, подлежащих учету по VI группе ДУ

5. Схема интегральных связей:

а) дисциплины изучаемые ранее	
Патфизиология –	Виды аллергий. Аллергические реакции организма на живые вакцины
Микробиология –	Туберкулин, как антиген для диагностики чувствительности к микобактериям туберкулеза
Патологическая анатомия –	Специфическое воспаление. Патогенез туберкулеза.
б) дисциплины необходимые на данном занятиии:	
Пропедевтика детских болезней	Состояние здоровья ребенка, осмотр, термометрия. Допуск к постановке туберкулиновых проб.

ВАШИ ДЕЙСТВИЯ ПО ПОДГОТОВКЕ К ЗАНЯТИЮ И ОТРАБОТКЕ ПРОГРАММЫ ЗАНЯТИЯ:

7. При подготовке к данному занятию

Проработайте учебный материал ранее изученных (базовых) дисциплин. Это очень важно, т.к. на этом материале строится вся программа данного занятия. Обратите внимание на виды специфических аллергий.

Проработайте учебную литературу по нашей дисциплине. Обратите внимание на: виды туберкулинов, пробы Манту – показания и противопоказания, Диаскинтест – цель постановки. При необходимости воспользуйтесь аннотацией (приложение 1).

Ответьте на следующие вопросы. Решите тесты 1 – 9 и ситуационные задачи 1 – 2. Заготовьте в рабочей тетради следующие рисунки: оценка результатов пробы Манту. Они Вам пригодятся при работе на занятии.

Данное занятие имеет особое место в работе по овладению туберкулиновыми пробами, их оценки и использования при диагностике туберкулеза.

При наличии возможности ознакомьтесь накануне занятия с рабочим местом своей исследовательской и учебной работы. Вспомните правила и меры безопасности при работе с аппаратурой и препаратами (изложены в конце методической разработки).

Заблаговременно приготовьте униформу.

8. По выполнению программы учебного занятия:

Проверьте рабочее место на предмет наличия всего необходимого для Вашей работы. При необходимости обратитесь к преподавателю.

При отработке 1-го учебного вопроса занятия воспользуйтесь методической разработкой кафедры «Туберкулинодиагностика», обратите внимание цели постановки пробы Манту и Диаскинтеста, зарисуйте, внесите в таблицу, найдите особенности, сопоставьте с теоретическими выкладками.

Контролируйте свои действия. Представьте преподавателю отчет о выполненном задании. Получите задачу на выполнение очередного задания.

При отработке 2-го учебного вопроса воспользуйтесь аннотацией и методическим пособием

При отработке 3-го учебного вопроса используйте методическую разработку кафедры «Туберкулинодиагностика»

При отработке 4-го учебного вопроса воспользуйтесь аннотацией.

По выполнению программы занятия представьте преподавателю отчет о выполненной работе. Выясните то, что у Вас вызвало затруднения.

9. При проведении заключительной части учебного занятия:

Решите тестовые задания №№ 1 – 9 (приложение 2) и решите ситуационные задачи №№ 1 – 2 (приложение 3).

Прокомментируйте результаты своей работы по решению контрольных заданий.

Выслушайте преподавателя по оценке деятельности учебной группы и Вас лично.

Обратите внимание на анализ преподавателем Вашей предстоящей работы на следующем занятии и нюансы при работе с учебной литературой. Попрощайтесь с преподавателем.

6. Вопросы для самостоятельной работы студентов во внеучебное время:

6.1.

- Типы туберкулинов;
- Техника постановки туберкулиновых проб (реакция Манту, проба Коха);
- Показания и противопоказания;

6.2.

Оценить особенности специфической аллергии:

- Сравнить и обратить внимание на особенности поствакцинальнй и постинфекционной аллергии;
- Составить схему дифференциальной диагностики поствакцинальной аллергии и постинфекционной;

Вопросы для самоконтроля

1. Туберкулинодиагностика подразделяется на следующие виды: массовую, индивидуальную, клиническую, провокационную;
2. Цель массовой туберкулинодиагностики;
3. Виды туберкулинов;
4. Укажите время проявления реакции на внутрикожное введение туберкулина у инфицированного микобактериями туберкулеза.
5. Положительной считается реакция Манту с 2ТЕ, если размер инфильтрата составляет:
6. Критерий дифференциальной диагностики послевакцинной и инфекционной аллергии на туберкулин.
7. Причины, вызывающие гиперергическую чувствительность к туберкулину.
8. Что такое «вираж», основные его критерии.
9. Основной метод выявления туберкулеза у детей.
10. Какая проба используется в амбулаторных условиях.
11. Виды реакций на введение туберкулина.

7. Литература

Основная.

4. Перельман М.И. Фтизиатрия: учебник /М.И. Перельман [и др.]. – 3-е изд. – М.: Медицина, 2004.
5. Учение о туберкулезе /под ред. М.И. Перельмана. – М.: ГЭОТАР – Медиа, 2011 (ЭБС).
6. Фтизиопульмонология: учебник /В.Ю. Мишин [и др.]. – М.: ГЭОТАР – Медиа, 2007.

Дополнительная.

3. Туберкулез у детей и подростков: учеб. пособие /под ред. В.А. Аксеновой. – М.: ГЭОТАР – Медиа, 2007.
4. Фтизиатрия: национальное рук. /под ред. М.И. Перельмана. – М.: ГЭОТАР – Медиа, 2007.

8. Вопросы для самоподготовки:

8.1. Аллергия при туберкулезной инфекции;
8.1. Какие существуют аллергические реакции по степени их проявления;
8.1. Что понимают под отрицательной и положительной анергией;
8.1. Цели туберкулинодиагностики;
8.1. Что такое туберкулин, его виды;
8.1. Виды туберкулиновых проб;
8.1. Техника постановки пробы Манту;
8.1. Оценка туберкулиновых проб.

9. Контроль результатов усвоения темы:

Тесты – исходного и итогового уровня знаний – работа на компьютере;
Ситуационные задачи – работа на компьютере;

10. Методические указания студентам по выполнению программы самоподготовки:

10.1 Изучить цели и задачи туберкулинодиагностики, показания и противопоказания к туберкулиновым пробам;
10.2 Восстановить знания по особенностям специфической аллергии, виды, полученные раннее на микробиологии и патфизиологии;
10.3 Уяснить алгоритм дифференциальной диагностики – поствакцинальной и постинфекционной аллергии;
10.4 Обратить внимание на возможные ошибки при постановке туберкулиновых проб и их трактовке;
10.5 Проанализировать проделанную работу, выполнить контрольные задания

11. Задания:

11.1 Отобрать контингент, подлежащий постановке р. Манту с проведением врачебного осмотра;
11.2 Выполнить внутрикожное введение физраствора – цель отработка техники;
11.3 Выполнить р.Манту – путем внутрикожного введения туберкулина в предплечье правой руки;
11.4 Знать показания и противопоказания для постановки р. Манту

11.5 Уметь проверять туберкулиновые пробы;
11.6 Знать комплекс мероприятий необходимых при выявлении положительной и гиперергической р.Манту

Аллергия – форма иммунного ответа организма на экзогенные вещества антигенной или гаптенной природы. Этот ответ сопровождается повреждением структуры и функции клеток, тканей и органов.

С иммунологической точки зрения туберкулин является гаптеном, он не способен сенсибилизировать организм, вызывать в нем выработку специфических антител, но вызывает ответную аллергическую реакцию у предварительно сенсибилизированного организма.

Туберкулиновые пробы являются аллергическими реакциями замедленного типа, возникающими в результате взаимодействия туберкулина с антителами, фиксированными на лимфоцитах и мононуклеарах.

В ответ на введение туберкулина в организм инфицированных и больных туберкулезом могут развиваться уколочные, общие и очаговые реакции.

3 А.

Чувствительность организма человека к туберкулину может быть различной – от резко выраженной (гиперергии) до отрицательной (анергия), когда организм не реагирует на туберкулин. Интенсивность реакции на туберкулин зависит от массивности и вирулентности инфекции, реактивности организма, дозы, метода, частоты введения туберкулина.

Отсутствие реакции на туберкулин (анергия) делится на первичную (абсолютную положительную) – у лиц, не инфицированных микобактериями туберкулеза, и вторичную – состояния сопровождающегося потерей туберкулиновой чувствительности у инфицированных и больных туберкулезом лиц. Вторичная анергия развивается при тяжелых формах туберкулеза, лимфогранулематозе, саркоидозе, многих острых инфекциях (корь, краснуха, скарлатина), при авитаминозах, кахексии, онкозаболеваниях, лечении гормонами, цитостатиками.

Уколочная реакция характеризуется возникновением на месте введения туберкулина папулы (инфильтрата) и гиперемии. При гиперергических реакциях возможно образование везикул, булл, лимфангита, некроза. Гистологически в этом месте на первых этапах отмечается расширение капилляров, выпотевание тканевой жидкости, скопление нейтрофилов. В последующем появляется мононуклеарная инфильтрация с вовлечением в воспаление гистиоцитов. В отдаленные сроки встречаются эпителиоидные и гигантские клетки.

Общая реакция инфицированного организма на воздействие туберкулина проявляется ухудшением общего состояния, головными болями, артралгиями, повышением температуры, может сопровождаться изменением показателей гемограммы, протеинограммы.

Очаговая реакция характеризуется усилением перифокального воспаления вокруг туберкулезного очага. При легочном процессе очаговая реакция может проявиться усилением болей в груди, кашле; увеличением количества отделяемой мокроты, кровохарканьем; усилением катаральных явлений, выслушиванием в легких; рентгенологически – нарастанием воспалительных изменений в зоне специфического поражения.

Реакция организма на туберкулин зависит от дозы и места введения. Так местная реакция возникает при внутрикожном введении (проба Манту), а местная, общая и очаговая при подкожном введении (проба Коха).

ТУБЕРКУЛИНОДИАГНОСТИКА – диагностический тест для определения специфической сенсибилизации организма к МБТ. Как специфический тест применяется при массовых обследованиях населения на туберкулез (массовая туберкулинодиагностика) и для индивидуальных обследований (индивидуальная туберкулинодиагностика).

Цели массовой туберкулинодиагностики:

1. выявление лиц, впервые инфицированных МБТ («вираж» тубпроб);
2. выявление лиц с гиперергическими и усиливающимися реакциями на туберкулин;
3. отбор контингентов на ревакцинацию БЦЖ;
4. ранняя диагностика туберкулеза у детей и подростков.
5. При массовой туберкулинодиагностике применяют только единую внутрикожную туберкулиновую пробу Манту с 2ТЕ.
6. Цели индивидуальной туберкулинодиагностики:
7. дифференциальная диагностика поствакцинальной и инфекционной аллергии к туберкулину;
8. диагностика и дифф. диагностика туберкулеза и других заболеваний;
9. определение «порога» индивидуальной чувствительности к туберкулину;
10. определение активного туберкулезного процесса;
11. оценка эффективности противотуберкулезного лечения.

При индивидуальной туберкулинодиагностике применяют кроме пробы Манту с 2ТЕ, пробы Манту с различными дозами туберкулина, накожную градуированную пробу Пирке, пробу Коха.

ВИДЫ ТУБЕРКУЛИНА.

1. Старый туберкулин Коха – наряду со специфическими активными веществами, продуктами жизнедеятельности, токсинами микобактерий, содержат и много балластных веществ (кептоны, глицерин, соли) питательной среды, на которой культивировались МБТ. С наличием в препарате белковых продуктов среды связывают возможность возникновения при постановке кожных проб неспецифических реакций, что может представлять определенную помеху в диагностике. В 1 мл АТК содержится 100 000 туберкулиновых единиц.
2. Очищенный туберкулин (в СССР изготовлен в 1939 г.), ППД-Л (Purified protein derivative) изготавливают из смеси убитых нагреванием фильтратов культуры МБТ человеческого и бычьего видов, очищенных ультрафильтрацией, осажденных трихлоруксусной кислотой, обработанных этиловым спиртом и эфиром.

2 вида очищенного туберкулина:

1) сухой очищенный туберкулин (ампулы, содержащие 50 000 ТЕ) – используют для диагностики туберкулеза только в противотуберкулезных диспансерах;
2) очищенный туберкулин в стандартном разведении – аллерген туберкулезный очищенный жидкий – это готовые к употреблению растворы туберкулина. Выпускаются в ампулах в виде раствора, содержащего 2ТЕ ППД-Л в 0.1 мл. Возможен выпуск 5ТЕ, 10ТЕ, в 0.1 мл и др. Используется для массовой туберкулинодиагностики.

Туберкулиновая единица – национальный стандарт для отечественного туберкулина ППД-Л 1ТЕ содержит 0,00006 сухого вещества

ТЕХНИКА ПРОВЕДЕНИЯ ПРОБЫ МАНТУ ПРИ МАССОВОЙ ТУБЕРКУЛИНОДИАГНОСТИКЕ

С целью раннего выявления туберкулеза проба Манту с 2ТЕ ставится детям и подросткам ежегодно, начиная с 12 месяцев (в возрасте до года – по показаниям), независимо от предыдущего результата. При систематической постановке этой пробы удается выявить переход ранее отрицательных реакций в положительную («вираж» туберкулиновых проб), нарастание чувствительности к туберкулину и развитие гиперергии.

Для пробы Манту применяются однограмовые туберкулиновые шприцы.

- проба ставится специально обученной медицинской сестрой;
- проба ставится в области средней трети внутренней поверхности предплечья, которая предварительно обрабатывается спиртом. В шприц набирается 0.2 мл туберкулина. Строго в/к, срезом иглы вверх вводится 0.1 мл туберкулина. Показателем правильной техники введения является образование лимонной корочки в коже диаметром 6-7 мм.
- результат оценивается через 72 часа путем поперечного измерения инфильтрата в мм.

Проба считается отрицательной – при наличии только уколочной реакции, сомнительной – при наличии инфильтрата 2 – 4 мм или гиперемии любого размера без инфильтрата, положительной (нормэргической и гиперергической) – при наличии инфильтрата 5 мм и выше и гиперергической – инфильтрата 17 мм и выше у детей и подростков и 21 мм и выше у взрослых. Независимо от размера папулы гиперергическими считаются пробы с везикуло-некротическими реакциями.

Противопоказанием к массовым постановкам пробы Манту: кожные заболевания, которые затрудняют чтение пробы, острые и хронические инфекции в период обострения, эпилепсия.

Рекомендуется проводить постановку пробы в одно и тоже время года: детям дошкольного возраста – весной, школьникам – осенью. В четные годы проба ставится на правой руке, в нечетные – на левой.

При оценке результата пробы Манту положительный результат свидетельствует:

1. об инфицировании;
2. о поствакцинальной аллергии.

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА ИНФЕКЦИОННОЙ И ПОСТВАКЦИНАЛЬНОЙ АЛЛЕРГИИ

	Данные анамнеза и пробы	Поствакцинальная аллергия	Инфекционная аллергия
1	Проба Манту с 2ТЕ	Отрицательные, сомнительные, положительные до 12 мм	у 70% детей инфильтрат 12 мм и более, гиперергические реакции
2	Характер туберкулиновых проб	Папула плоская, нечетко очерчена, плохо контурируется, быстро угасает, уменьшается в размерах в течение 24 часов – после постановки, не оставляет после себя длительно сохраняющейся пигментации	Папула высокая, яркая, четко очерчена, может нарастать на 2-3 сутки после постановки. Сохраняется длительная пигментация.
3	Динамика туберкулиновых проб	Тенденция к ослаблению реакций, через год и более после БЦЖ. Через 2-3 года отмечают отрицательные и сомнительные пробы	Стойкое сохранение или увеличение чувствительности к туберкулину

ПОДКОЖНАЯ ТУБЕРКУЛИНОВАЯ ПРОБА КОХА.

Ставится с дифференциально - диагностической целью, для определения активности туберкулезного процесса, для контроля за эффективностью лечения. Применяя те или иные кожные пробы, можно в какой – то мере определить характер специфической сенсибилизации организма. Эти пробы отражают состояние прежде всего кожной чувствительности. Однако не все ткани одинаково и одновременно реагируют на специфический раздражитель. В связи с этим может наблюдаться диссоциация между чувствительностью кожи и внутренних органов. Кожные туб. пробы бывают слабыми и даже отрицательными. Например, у больных с инфильтративным процессом, особенно с казеозной пневмонией, т.е. при тех процессах, которые характеризуются бурной гиперергической тканевой реакцией в легких.

Чаще всего используется доза 20 ТЕ (1мл очищенного туберкулина в стандартном разведении или 0.2 мл разведения 3), без учета предварительного исследования порога чувствительности к туберкулину. У детей, как правило, вводится п/к 20 ТЕ, если проба Манту с 2 ТЕ не носит гиперергический характер, в противном случае начинают с 10 ТЕ. При отрицательном результате на пробу Коха с 20 ТЕ увеличивают дозу до 50 ТЕ, а потом до 100 ТЕ.

При проведении пробы Коха могут возникать уколочная, очаговая, и общая реакции.

Очаговая реакция имеет наибольшее значение в оценке активности процесса. Формируется в месте очага туберкулезного процесса.

У больных легочным туберкулезом очаговая реакция проявляется увеличением мокроты, хрипов, увеличением шума трения плевры, появлением перифокального воспаления вокруг очагов на рентгенограммах.

У больных внелегочным туберкулезом усилением воспалительных реакций непосредственно в месте локализации процесса (суставы, почки).

Общая реакция проявляется повышением температуры тела, головной болью, недомоганием, изменения в крови и белковых фракциях.

Уколочная реакция считается положительной при инфильтрате 15 – 20 мм и более, в отрыве от общей и очаговой реакции информации не несет.

Тема № 3. Профилактика туберкулеза у детей и подростков.

Занятие № 3. Специфическая профилактика туберкулеза у детей и подростков.

Учебные вопросы занятия:

13. Иммунитет при туберкулезе, методы профилактики.
14. Специфическая профилактика туберкулеза – вакцинация и ревакцинация БЦЖ.
15. Вакцина БЦЖ – 1 и БЦЖ – М – показания и противопоказания для вакцинации и ревакцинации
16. Осложненное течение вакцинации и ревакцинации.

Место проведения занятия – Краевой клинический противотуберкулезный диспансер, детское отделение диспансера.

Материально – лабораторное обеспечение: клиническая и лабораторная база. Лечебно – диагностическая аппаратура, муляжи, фантомы, рентгенограммы легких и др.

1. Актуальность темы:

Специфическая профилактика туберкулеза – вакцинация и ревакцинация БЦЖ – занимает ведущее место в комплексе профилактических противотуберкулезных мероприятий.

2. Учебные и воспитательные цели:

а. Общая цель:

– Изучить методы профилактики туберкулеза;
– Изучить цели и задачи вакцинопрофилактики БЦЖ;
– Изучить сроки проведения вакцинации и ревакцинации;

– Изучить показания и противопоказания для вакцинации и ревакцинации;

б. Частные цели:

В результате изучения учебных вопросов ВЫ должны

Знать:

– значение вакцинации в профилактике туберкулеза;
– что такое вакцина БЦЖ – 1, БЦЖ – М;
– технику проведения и сроки противотуберкулезной вакцинации и ревакцинации;
– Показания и противопоказания;

Уметь:

– выполнять прививку против туберкулеза;
– оценить качество противотуберкулезных вакцинаций;
– назначать лечение при осложненном течении вакцинации и ревакцинации;

Владеть:

– знаниями разных видов и методами профилактики туберкулеза среди населения
– методами оформления медицинской документации по результатам работы и наблюдения за очагом туберкулезной инфекции

Обладать набором компетенций:

– Способность и готовность к осуществлению первичной и вторичной профилактики туберкулеза
– Способность и готовность осуществлять воспитание населения, пациентов и членов их семей с целью формирования у них здорового образа жизни;

Иметь представление:

– Об организации специфической и неспецифической профилактики туберкулеза в регионе и в целом по стране;
– О действующих учетных и отчетных формах по вакцинации и ревакцинации;
– О задачах пропаганды знаний по туберкулезу, методы санитарного просвещения.

5. Схема интегральных связей:

а) дисциплины и схемы изучаемые ранее:

Патфизиология –	Виды аллергий. Аллергические реакции организма на живые вакцины.
Микробиология –	Вакцина БЦЖ. Иммунологические изменения в организме после вакцинации
Патологическая анатомия –	Специфическое воспаление. Патогенез туберкулеза.

б) Дисциплины и темы необходимые на данном занятии:

Пропедевтика детских болезней –	Состояние здоровья ребенка, осмотр, термометрия. Допуск к прививкам, показания.

ВАШИ ДЕЙСТВИЯ ПО ПОДГОТОВКЕ К ЗАНЯТИЮ И ОТРАБОТКЕ ПРОГРАММЫ ЗАНЯТИЯ:

10. При подготовке к данному занятию

Проработайте учебный материал ранее изученных (базовых) дисциплин. Это очень важно, т.к. на этом материале строится вся программа данного занятия. Обратите внимание на иммунитет при туберкулезе.

Проработайте учебную литературу по нашей дисциплине. Обратите внимание на посвакцинальный и постинфекционный иммунитет. При необходимости воспользуйтесь аннотацией (приложение 1).

Ответьте на следующие вопросы. Решите тесты 1 – 14 и ситуационные задачи 1 – 7. Заготовьте в рабочей тетради следующие рисунки по осложнениям по вакцинации и ревакцинации. Они Вам пригодятся при работе на занятии.

Данное занятие имеет особое место в работе по овладению методами специфической профилактики туберкулеза.

При наличии возможности ознакомьтесь накануне занятия с рабочим местом своей исследовательской и учебной работы. Вспомните правила и меры безопасности при работе с аппаратурой и препаратами (изложены в конце методической разработки).

Заблаговременно приготовьте униформу.

11. По выполнению программы учебного занятия:

Проверьте рабочее место на предмет наличия всего необходимого для Вашей работы. При необходимости обратитесь к преподавателю.

При отработке 1-го учебного вопроса занятия воспользуйтесь аннотацией, обратите внимание на показания и противопоказания при вакцинации и ревакцинации, зарисуйте, внесите в таблицу, найдите особенности, сопоставьте с теоретическими выкладками.

Контролируйте свои действия. Представьте преподавателю отчет о выполненном задании. Получите задачу на выполнение очередного задания.

При отработке 2-го учебного вопроса воспользуйтесь также аннотацией и обязательной рекомендуемой литературой.

При отработке 3-го учебного вопроса воспользуйтесь материалами приказа МЗ РФ № 109 от 21.03.2003 г. «О совершенствовании противотуберкулезных мероприятий в Российской Федерации» и аннотацией.

При отработке 4-го учебного вопроса воспользуйтесь аннотацией и материалами лекции.

По выполнению программы занятия представьте преподавателю отчет о выполненной работе. Выясните то, что у Вас вызвало затруднения.

12. При проведении заключительной части учебного занятия:

Решите тестовые задания №№ 15-19 (приложение 2) и решите ситуационные задачи №№ 8-12 (приложение 3).

Прокомментируйте результаты своей работы по решению контрольных заданий.

Выслушайте преподавателя по оценке деятельности учебной группы и Вас лично.

Обратите внимание на анализ преподавателем Вашей предстоящей работы на следующем занятии и нюансы при работе с учебной литературой. Попрощайтесь с преподавателем.

5. Вопросы для самостоятельной работы студентов во внеучебное время:

а. Вакцина БЦЖ и БЦЖ – М;
б. Техника проведения вакцинации;
в. Сроки вакцинации;
г. Показания и противопоказания;
д. Осложнения после вакцинации.

5.2 Оценить особенности поствакцинального иммунитета;

а. Сравнить и обратить внимание на особенности поствакцинального иммунитета и постинфекционного;
б. Составить схему дифференциальной диагностики поствакцинальной аллергии и постинфекционной;

6. Литература

Основная

1. Перельман М.И. Фтизиатрия: учебник /М.И. Перельман [и др.]. – 3-е изд. – М.: Медицина, 2004.
2. Учение о туберкулезе /под ред. М.И. Перельмана. – М.: ГЭОТАР – Медиа, 2011 (ЭБС).
3. Фтизиопульмонология: учебник /В.Ю. Мишин [и др.]. – М.: ГЭОТАР – Медиа, 2007.

Дополнительная

1. Александрова А.В. Рентгенологическая диагностика органов дыхания. /А.В. Александрова. – М.: Медицина, 1983.
2. Болезни органов дыхания: рук. для врачей: в 4 т. /под ред. Н.Р. Палеева. – М.: Медицина, 1989.
3. Внелегочный туберкулез: рук. для врачей. /под ред. А.В. Васильева. – СПб: Фолиант, 2000.
4. Розенштраух Л.С. Дифференциальная рентгендиагностика заболеваний органов дыхания и средостения: рук. для врачей: в 2 т. – М.: Медицина, 1991.
5. Туберкулез: учеб. пособие /под ред. Н.А. Васильева. – М.: Медицина, 1990.
6. Туберкулез у детей и подростков: учеб. пособие /под ред. В.А. Аксеновой. – М.: ГЭОТАР – Медиа, 2007.
7. Фтизиатрия: национальное рук. /под ред. М.И. Перельмана. – М.: ГЭОТАР – Медиа, 2007.

7. Вопросы для самоконтроля:

7.1 Что такое вакцина БЦЖ и БЦЖ – М;
7.2 Для чего используют вакцину БЦЖ и БЦЖ–М у детей и взрослых;
7.3 Показания и противопоказания вакцинации и ревакцинации;
7.4 Осложнения после вакцинации.

Вакцинация и ревакцинация БЦЖ занимает ведущее место в комплексе профилактических противотуберкулезных мероприятий.

Вакцина БЦЖ остается признанным во всем мире основным вакцинным препаратом, широко используется для специфической профилактики туберкулеза. Она представляет собой ослабленные микобактерии туберкулеза, потерявшие свою вирулентность, но сохранившие антигенные свойства. Вакцина БЦЖ была получена французскими учеными Кальметтом и Гереном в результате 13-летних пересевов вирулентной культуры микобактерий туберкулеза бычьего типа на картофельной среде с добавлением бычьей желчи. БЦЖ – живые МБТ лиофилизированные в 1,5% растворе глутамината натрия. Вакцина для внутрикожного введения выпускается в виде сухого вещества (таблетки), в ампулах, содержащих 5 мл в 1 мг БЦЖ, что составляет соответственно 10 и 20 доз по 0.05 мг. Защитное действие вакцины связано с внедрением и размножением в организме живых бактерий, которые приводят к сложным иммунным изменениям в организме. Следовательно, поствакцинальный, противотуберкулезный иммунитет зависит в первую очередь от количества живых бактерий в прививочной дозе препарата и от их способностей к быстрому внедрению и размножению в лимфатических узлах и внутренних органах. В прививочной дозе вакцины находится от 500 000 до 1 000 000 бактерий способных к росту, что обеспечивает должный иммунный ответ.

Применение вакцины туберкулезной (БЦЖ) сухой для внутрикожного введения.

Вакцину БЦЖ применяют внутрикожно в дозе 0,05 мг в объеме 0,1 мл. Первичную вакцинацию осуществляют здоровым новорожденным детям на 3 – 7 день жизни.

Ревакцинации подлежат дети в возрасте 7-ми и 14-ти лет, имеющие отрицательные реакции на пробу Манту с 2ТЕ не инфицированные. Инфицированные туберкулезными микобактериями дети ревакцинации не подлежат. Интервал между постановкой пробы Манту и ревакцинацией должен быть не менее 3-х дней и не более 2-х недель.

Для вакцинации применяют одноразовые туберкулиновые шприцы. Сухую вакцину разводят непосредственно перед употреблением стерильным 0,9% раствором натрия хлорида, приложенным к вакцине. Для получения дозы 0,05 мг БЦЖ в 0,1 мл в ампулу с 20-ти дозной вакциной добавляют 2 мл 0,9% раствора натрия хлорида. Вакцина должна полностью раствориться в течение 1 минуты после 2 – 3 – кратного встряхивания. Не допускается выпадение осадка или образование хлопьев, не разбивающихся при встряхивании.

Для одной прививки шприцем набирают 0,2 мл (2 дозы) разведенной вакцины, затем выпускают в стерильный ватный тампон 0,1 мл вакцины. Перед каждым набором вакцина должна обязательно аккуратно перемешиваться с помощью шприца 2 – 3 раза.

Вакцину БЦЖ вводят строго внутрикожно на границе верхней и средней трети наружной поверхности левого плеча, после предварительной обработки кожи 70% спиртом. При правильной технике введения должна образоваться капсула беловатого цвета диаметром 7 – 9 мм, исчезающая обычно через 15 – 20 минут.

Введение препарата под кожу недопустимо, т. к. при этом может образоваться холодный абсцесс.

Реакция на введение:

Через 4 – 6 недель после вакцинации на месте внутрикожного введения вакцины развивается специфическая реакция в виде инфильтрата диаметром 5 – 10 мм с небольшим узелком в центре. В дальнейшем появляется пустула, с небольшим серозным отделяемым, часто покрытая корочкой. Размер пустулы обычно не превышает 4 – 7 мм, зона гиперемии вокруг нее – 1 – 2 мм. Через несколько недель корочка отпадает, оставляя зону вдавления, которая держится несколько месяцев. Постепенно кожа бледнеет, и на месте пустулы остается рубчик (6 – 10 мм). Местная прививочная реакция не требует какого – либо вмешательства. Цикл ее развития равен приблизительно 2 – 3 месяцам, но не более 6 месяцев.

Противопоказания к вакцинации:

1. Недоношенность 2 – 4 ст. (при массе тела менее 2500 г)
2. Острые заболевания (внутриутробная инфекция, гнойно – септические заболевания, гемолитическая болезнь новорожденных средне – тяжелой и тяжелой формы, тяжелые поражения нервной системы с выраженной неврологической симптоматикой, генерализованные кожные поражения и т. п.) до исчезновения клинических проявлений заболевания.
3. Иммунодефицитное состояние (первичное).
4. Генерализованная инфекция БЦЖ, выявленная у других детей в семье.
5. ВИЧ – инфекция у матери.

Детям, не привитым в период новорожденности после исключения противопоказаний, назначается вакцина БЦЖ – М.

Противопоказания к ревакцинации:

1. Острые инфекционные и неинфекционные заболевания, обострение хронических заболеваний, в том числе аллергических. Прививку проводят через 1 месяц после выздоровления или наступления ремиссии.
2. Иммунодефицитные состояния, злокачественные новообразования. При назначении иммунодетрессантов и лучевой терапии прививку проводят не ранее, чем через 6 месяцев после окончания лечения.
3. Туберкулез, диагноз, инфицирования МБТ.
4. Положительная и сомнительная реакция Манту с 2 ТЕ.
5. Осложненые реакции на предыдущее введение вакцины БЦЖ.

Дети, не вакцинированные в период новорожденности, получают вакцину БЦЖ – М.

БЦЖ – М – живые микобактерии вакцинного штамма, модифицированные в 1,5% растворе глутамината натрия. Пористая масса порошкообразная или в виде таблетки белого цвета. Выпускается в ампулах, содержащих 0,5 мг препарата (20 доз) в комплекте с растворителем – 0,9% натрия хлорида - 2 мл. Прививочная доза содержит 0,025 мг препарата в 0,1 мл растворителя.

Препарат предназначен для щадящей специфической профилактики туберкулеза. Вакцину БЦЖ – М применяют внутрикожно в дозе 0,025 мг в 0,1 мл растворителя.

Вакциной БЦЖ – М прививают:

1. В роддоме недоношенных новорожденных с массой тела 2 000 г и более, при восстановлении первоначальной массы тела, за день до выписки.
2. В отделениях выхаживания новорожденных лечебных стационаров – детей с массой тела 2 300 г и более перед выпиской из стационара домой.
3. В детских поликлиниках – детей, не получивших противотуберкулезную прививку в роддоме по медицинским противопоказаниям и подлежащих вакцинации в связи со снятием противопоказаний.

Детей, которым не была проведена вакцинация в первые дни жизни, вакцинируют в течение первых двух месяцев в детской поликлинике или другом лечебно – профилактическом учреждении без предварительной туберкулинодиагностики.

Детям старше 2-х месячного возраста перед вакцинацией необходима предварительная постановка пробы Манту с 2ТЕ. Вакцинируют детей с отрицательной реакцией на туберкулин.

Техника постановки аналогична проведению вакцинации БЦЖ-1.

Противопоказания для вакцинации вакциной БЦЖ – М новорожденных:

1. Недоношенность – масса тела при рождении менее 2 000 г.
2. Острые заболевания, обострение хронических заболеваний, до исчезновения клинических проявлений заболевания.
3. Иммунодефицитные состояния.
4. Генерализованная БЦЖ – инфекция у других детей в семье
5. ВИЧ – инфекция у матери.

Осложнения после введения вакцины БЦЖ и БЦЖ – М

Причинами возникновения осложнений после иммунизации туберкулезной вакциной, помимо биологических свойств штамма, могут являться нарушения техники внутрикожного введения препарата, показаний к проведению

прививки, а также сопутствующая патология у ребенка до прививки и в период развития местной прививочной реакции.

Осложнения делят на 4 категории:

1-я категория – локальные кожные поражения (подкожные инфильтраты, холодные абсцессы, язвы) и регионарные лимфадениты;

2-я категория – персистирующая и диссеминированная БЦЖ – инфекция без летального исхода (волчанка, оститы и др.);

3-я категория – диссеминированная БЦЖ – инфекция, генерализованное поражение с летальным исходом, которое отмечается при врожденном иммунодефиците;

4-я категория – пост – БЦЖ синдром (проявление заболевания, возникшего вскоре после вакцинации БЦЖ, главным образом аллергического характера (узловая эритема, кольцевидная гранулема, сыпи и т. п.).

Инфильтрат развивается на месте введения вакцины, в центре может быть изъязвление, размер от 15 до 30 мм и более, сопровождается увеличением регионарных лимфатических узлов.

Подкожный холодный абсцесс – развивается вследствие нарушения техники внутрикожного введения препарата. Представляет собой опухолевидное образование без изменения кожи над ним. При пальпации безболезненное, в центре определяется флюктуация. Нередко сопровождается реактивным увеличением подмышечных лимфатических узлов. В случае несвоевременного диагностирования холодного абсцесса изъязвляется и самопроизвольно вскрывается с выделением жидкого гноя от 1 до 5 мл с образованием свища, имеющего длительное торпидное течение.

Лечение:

1. консервативное – марлевые повязки с гидрокортизоновой, фтивазидовой мазью.
2. хирургическое – вскрытие абсцесса с последующим выскабливанием его полости. При заживлении образуется звездчатый рубец.

Поверхностная язва – дефект кожи и подкожножировой клетчатки в месте введения вакцины. Может появиться через 3-4 недели после вакцинации. Размер язвы от 10 до 20-30 мм в диаметре, края ее подрыты, инфильтрация вокруг выражена слабо, дно покрыто обильным гнойным отделяемым.

Лечение – присыпки изониазидом.

Келлоидный рубец – опухолевидное образование в месте введения вакцины различной величины, возвышающиеся над уровнем кожи. В отличие от рубца, формирующегося при нормальном течении вакцинного процесса, келоид имеет плотную, иногда хрящевидную консистенцию. В толще келоид имеются хорошо видимые при осмотре капилляры, форма рубца округлая, эллипсовидная, иногда звездчатая, поверхность – гладкая, глянцевая, окраска от бледно – розовой до интенсивно – розовой с синюшным оттенком, сопровождается чувством зуда, болевыми ощущениями.

Лечение – обкалывание гидрокортизоновой эмульсией, лидазой.

Хирургическое лечение келоидных рубцов противопоказано, т.к. оно приводит через 1 – 3 месяца к рецидиву с образованием келоида большего размера.

Поствакцинальные лимфадениты (БЦЖ лимфадениты) – развиваются спустя 1 – 3 месяца после вакцинации. Отмечается увеличение размера до 2 – 3 см в левой подмышечной области, иногда над – или подключичной области. Консистенция лимфоузлов вначале мягкая, эластичная, позже – плотная. Пальпация безболезненная, кожа над ним не изменена, или розоватого цвета. Может сопровождаться казеинофикацией с прорывом казеозных масс наружу и образованием свища с умеренным или обильным гнойным отделяемым.

Лечение – назначение специфической химиотерапии 3 – 6 месяцев (изониазид, пиразинамид, этамбутол).

МИНИСТЕРСТВО НАУКИ И ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
ФГБОУ ВО «Чеченский государственный университет
имени Ахмата Абдулхамидовича Кадырова»
Медицинский институт
Кафедра госпитальной терапии

Методические указания

к практическим занятиям по дисциплине

«ФУНКЦИОНАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА»

Направление подготовки	ЛЕЧЕБНОЕ ДЕЛО
Код направления подготовки	31.05.01
Квалификация выпускника	Специалист
Форма обучения	Очная
Код дисциплины	Б1.В.ДВ.02.02

Грозный

2025 г.

Сайдуллаева М.Г. Методические указания к практическим занятиям по дисциплине «Функциональная диагностика» [Текст] / Сост. М.Г.Сайдуллаева – Грозный: ФГБОУ ВО «Чеченский государственный университет имени А.А.Кадырова», 2024 г. - 43 с.

Методические указания к практическим занятиям по дисциплине «Функциональная диагностика» рассмотрены на заседании кафедры госпитальной терапии (протокол №9 от 16.05.2025г.), рекомендованы к использованию в учебном процессе, составлены в соответствии с требованиями ФГОС ВО по специальности 31.05.01 Лечебное дело", квалификации (степень) – специалист, утвержденного Приказом Министерства образования и науки РФ от 12.08.2020 N 988, редакция с изменениями N 1456 от 26.11.2020 с учетом учебного плана по данному направлению подготовки, одобренного Ученым советом ФГБОУ ВО «Чеченский государственный университет имени А.А.Кадырова»

© М.Г.Сайдуллаева, 2024 г.

© ФГБОУ ВО «Чеченский государственный университет имени А.А.Кадырова», 2024 г.

Методические рекомендации к лекционному курсу
Модуль № 1. Функциональная диагностика сердечно-сосудистой системы

Лекция № 1

Тема: Использование функциональных методов исследования в диагностике заболеваний сердца и сосудов

Цель: систематизировать знания о методах, обеспечивающих количественную характеристику сердечно-сосудистой системы (ССС) детского организма, полученных на кафедрах теоретического и терапевтического профиля (пропедевтики детских болезней, факультетской педиатрии);
Сформулировать у обучающихся знания по установлению степени отклонения функций ССС от возрастных характеристик нормы, определения состояния механизмов компенсации.

Аннотация лекции

Лекция освящена значению ЭКГ - методу старому и постоянно новому, использующемуся при любом заболевании.

Теоретические основы метода, техника снятия ЭКГ, системы отведений являются общими для всех возрастов. Однако, трактовка результатов ЭКГ более сложна в связи с возрастными отличиями отдельных показателей ЭКГ. Электрокардиография не ставит диагноз. При всей ее признанности, все большем внедрении практически во все области клинической и экспериментальной медицины, метод этот остается важным, дополнительным, особенно ценным при сопоставлении с клинической картиной болезней.

Гипертрофия миокарда у детей довольно часто встречается при ряде патологических состояний и обуславливает приспособительную реакцию сердечной мышцы к возросшей нагрузке. Выявление локализации гипертрофии во многом способствует постановке клинического диагноза. Нарушение ритма сердца у детей представляет наиболее сложный и трудный раздел в клинической педиатрии. Единственным адекватным методом диагностики аритмий в практической педиатрии является электрокардиография. С ее помощью удается распознать большинство видов нарушения ритмической деятельности сердца, установить характер последних, контролировать эффективность проводимой терапии.

Широко используются в педиатрии для оценки функционального состояния сердечно-сосудистой системы дозированные физические нагрузки, ортоклиностатическая проба, ЭХО КГ, позволяющая судить об адекватности реакции ССС. В последние годы в педиатрии стали широко использоваться кардиомиографическое исследование (КРГ), холтеровское мониторирование (ХМ), на базе федеральных центров –КТ, МРТ сердца и сосудов, сцинтиграфия миокарда.

В лекции обобщены ЭКГ - признаки патологических изменений сердца у детей, соответственно по основным зубцам и интервалам ЭКГ –кривой.

Разбираются изменения на ЭКГ при ОРЛ, миокардитах, кардиомиопатиях, нарушениях электролитного обмена.

Форма организации лекции: *тематическая, информационная.*
Методы обучения, применяемые на лекции: *наглядные, словесные*
Средства обучения: *дидактические* – презентация
материально-технические - мультимедийный проектор

Методические рекомендации по проведению практических занятий
Модуль №1
Функциональная диагностика сердечно-сосудистой системы

Тема: Основы ЭКГ

Вид учебного занятия - практическое занятие

Цель занятия: формирование и развитие у выпускников по специальности «педиатрия» компетенций, направленных на изучение ЭКГ – самого распространенного функционального метода исследования ССС для оценки состояния здоровья пациентов.

План проведения учебного занятия

№ п/п	Этапы и содержание занятия
1	**Организационный момент.** Объявление темы, цели занятия. **Актуальность темы.** ЭКГ – самый доступный, простой, неинвазивный метод исследования ССС. При любом заболевании на ЭКГ находят изменения, требующие зачастую терапии.
2	**Входной контроль, актуализация опорных знаний, умений, навыков - *тестирование.***

3	**Основная часть учебного занятия:** студенты разбирают ЭКГ у оформляют протокол ЭКГ –исследования. Посещают кабинет функциональной диагностики с демонстрацией техники съемки ЭКГ. Заслушивают одну презентацию. **Закрепление теоретического материала** при посещении отделения осматривают больных, разбирают результаты ЭКГ, ставят клинический диагноз. При отсутствии больных – работают с копиями выписок. **Заключительный контроль** оценка ЭКГ с оформлением заключения.
4	**Заключительная часть занятия:** – подведение итогов занятия; – выставление текущих оценок в учебный журнал; – задание для самостоятельной подготовки: презентация на тему «История создания ЭКГ».

Средства обучения: - дидактические (выписки из историй болезни, таблицы, схемы, плакаты, наборы ЭКГ);

-материально-технические - мультимедийный проектор.

Методические рекомендации по проведению практических занятий

Модуль № 1

Функциональная диагностика сердечно-сосудистой системы в

Тема: ЭКГ при гипертрофии предсердий и желудочков. ЭКГ в диагностике пороков сердца, кардитов, кардиомиопатий.

Вид учебного занятия - практическое занятие

Цель занятия: Сформировать и развить компетенции, направленные на изучение ЭКГ – изменений у детей с ВПС, кардиомиопатиями и использование их результатов для оценки состояния здоровья

План проведения учебного занятия

№ п/п	Этапы и содержание занятия
1	**Организационный момент.** Объявление темы, цели занятия. **Актуальность темы.** Гипертрофия миокарда у детей часто встречается при ряде патологических состояний и обуславливает приспособительную реакцию сердечной мышцы к возросшей нагрузке. Являясь патологическим феноменом, гипертрофия миокарда на определенном этапе выполняет положительную роль. Выявление

	локализации гипертрофии во многом способствует постановке клинического диагноза. Механизмы компенсации, срабатывающие на начальных этапах гипертрофии, перекрывают индивидуальные колебания нормальной ЭКГ, а также возрастные особенности, что затрудняет ее диагностику. Электрокардиографический диагноз совпадает только с подтвержденной бивентрикулярной гипертрофией в 12-20% случаев. С учетом доступности, простоты проведения, тем не менее, ЭКГ – исследование продолжает оставаться востребованным на начальном этапе диагностического процесса.
2	**Входной контроль, актуализация опорных знаний, умений, навыков -** ***тестирование.***
3	**Основная часть учебного занятия:** студенты разбирают ЭКГ-признаки гипертрофии и повышения электрической активности различных отделов сердца, оценивают ЭКГ с оформлением протоколов, заслушивают 2 презентации. **Закрепление теоретического материала** при посещении отделения осматривают больных (при их отсутствии – работают с копиями выписок), разбирают ЭКГ, ставят клинический диагноз. **Заключительный контроль** – оценка ЭКГ, оформление протоколов у детей с заболеваниями сердца.
4	**Заключительная часть занятия:** – подведение итогов занятия; – выставление текущих оценок в учебный журнал; – задание для самостоятельной подготовки: **Рекомендуемая тема презентаций:** 1. ЭКГ при кардитах. 2. ЭКГ при кардиомиопатиях.

Средства обучения: - дидактические (выписки из историй болезни, таблицы, схемы, плакаты, наборы ЭКГ);

-материально-технические - мультимедийный проектор.

Методические рекомендации по проведению практических занятий

Модуль № 1

Функциональная диагностика сердечно-сосудистой системы

в_____

Тема: Электрокардиографические изменения при нарушениях ритма сердца

Вид учебного занятия - практическое занятие

Цель занятия: Сформировать и развить компетенции, направленные на изучение ЭКГ – изменений при нарушениях ритма на фоне заболеваний ССС (миокардиты), заболеваний ЖКТ (хронические гастриты, язвенная болезнь, холециститы, колиты), заболеваний вегетативной нервной системы (вегетодистонии) у детей и использование их результатов для оценки состояния здоровья детей.

План проведения учебного занятия

№ п/п	Этапы и содержание занятия
1	**Организационный момент.** Объявление темы, цели занятия. **Актуальность темы.** Нарушения ритма сердца (НРС) могут быть врожденными или приобретенными, возникать на почве органического поражения сердца (воспалительные, дистрофические и склеротические изменения) или в результате влияния разнообразных экстракардиальных факторов. Среди последних имеют значение нарушения центральной и вегетативной нервной системы, регуляции деятельности сердца, нарушения обмена веществ, нарушения гуморальной регуляции. Трудно назвать заболевания инфекционной или неинфекционной природы, при которых не возникали хотя бы одно из названных выше нарушений. Единственным адекватным методом диагностики аритмий является ЭКГ. С ее помощью удается распознать большинство видов нарушений ритмической деятельности сердца, установить характер последних, контролировать эффективность проводимой терапии.
2	**Входной контроль, актуализация опорных знаний, умений, навыков -** ***тестирование.***
3	**Основная часть учебного занятия:** студенты разбирают признаки гипертрофии основных нарушений ритма, изменения ЭКГ при заболеваниях сердца и других патологических состояниях, оценивают ЭКГ с оформлением протокола, заслушивают 1 презентацию. **Закрепление теоретического материала** при посещении отделения осматривают больных с заболеваниями сердца, почек, эндокринопатологией, разбирают ЭКГ, ставят клинический диагноз. При отсутствии больных – работают с копиями выписок. **Заключительный контроль** – оценка ЭКГ, оформление протоколов.
4	**Заключительная часть занятия:** – подведение итогов занятия; – выставление текущих оценок в учебный журнал;

	– задание для самостоятельной подготовки: **Рекомендуемая тема презентаций:** 3. Использование немедикаментозных методов лечения НРС у детей

Средства обучения: - дидактические (выписки из историй болезни, таблицы, схемы, плакаты, наборы ЭКГ);

-материально-технические - мультимедийный проектор.

Методические рекомендации по проведению практических занятий
Модуль №2
Функциональные исследования в пульмонологии

Тема: Основные методы оценки функционального состояния бронхолегочной системы у детей. Методы исследования вентиляционной функции легких.

Вид учебного занятия - практическое занятие

Цель занятия: сформировать и развить компетенции, направленные на изучение функции внешнего дыхания (ФВД), вентиляционной функции легких при острой, хронической бронхолегочной патологии, бронхиальной астме у детей и использования их результатов для оценки состояния здоровья .

План проведения учебного занятия

№ п/п	Этапы и содержание занятия
1	**Организационный момент.** Объявление темы, цели занятия. **Актуальность темы.** В практической деятельности врач ежедневно сталкивается с заболеваниями органов дыхания. В случае затяжного рецидивирующего течения болезни необходимы дополнительные диагностические методики в том числе, для оценки функционального состояния респираторного тракта. Все методики направлены на изучение системы внешнего дыхания. Чаще исследуют вентиляционный механизм.
2	**Входной контроль, актуализация опорных знаний, умений, навыков -** ***тестирование.***
3	**Основная часть учебного занятия:** студенты разбирают методы, используемые для оценки функции внешнего дыхания при бронхолегочных заболеваниях, проводится разбор результатов спиротеста, знакомство с протоколом

	обследования. Заслушивают две презентации по теме. Оценивают результаты спиротеста у детей с заболеваниями органов дыхания. При посещении кабинета функциональной диагностики проводится знакомство с методикой проведения спиротеста. **Закрепление теоретического материала** на примере больных (посещение отделения) при отсутствии - копии историй болезни , студенты оценивают результаты спиротестов. **Заключительный контроль** – решение ситуационных задач с оценкой результатов ФВД.
4	**Заключительная часть занятия:** – подведение итогов занятия; – выставление текущих оценок в учебный журнал; – задание для самостоятельной подготовки: Рекомендуемые темы презентаций: 4. Использование бодиплетизмографии в педиатрии. 5. Изменение функции внешнего дыхания при муковисцидозе.

Средства обучения: - дидактические (выписки из историй болезни, таблицы, схемы, плакаты, наборы спиротестов);

-материально-технические - мультимедийный проектор.

Методические рекомендации по проведению практических занятий

Модуль № 1

Функциональная диагностика сердечно-сосудистой системы

в_____

Тема: Функциональные пробы в педиатрии. Использование суточного мониторирования ЭКГ, АД, ЭхоКС, ФКГ у больных с заболеваниями сердечно-сосудистой системы.

Вид учебного занятия - практическое занятие

Цель занятия: сформировать и развить компетенции, направленные на овладение студентами навыков оценки результатов функциональных проб (КОП, пробы Кушелевского, по Шалкову, нагрузочных, фармакологических) суточного мониторирования ЭКГ, АД, ЭхоКС, ФКГ у больных с заболеваниями сердечно-сосудистой системы, использование их результатов для оценки состояния здоровья.

План проведения учебного занятия

№ п/п	Этапы и содержание занятия
1	**Организационный момент.**

	Объявление темы, цели занятия. актуальность изучения темы занятия: Одни и те же изменения на ЭКГ могут наблюдаться как при органическом поражении сердца, так и вследствие экстакадиальных влияний. В дифференциации последних и для выявления скрытых нарушений деятельности сердца, решающую роль играют функциональные пробы. Наиболее часто используются в педиатрии пробы с физической нагрузкой (проба Гориневской, велоэргометрия). В последние 20 лет в педиатрии стало широко применяться холтеровское мониторирование. Изучение 24 часовой записи ЭКГ изменило представление о нормах электрической активности сердца человека. Эхокардиография –высокоинфроматичный, неинвазивный метод исследования сердца. ЭхоКГ позволяет диагностировать широкий спектр патологических и физиологических состояний, исследовать морфологические образования сердца, их движение, состояние центральной гемодинамики и сократимости миокарда.
2	**Входной контроль, актуализация опорных знаний, умений, навыков -** ***тестирование.***
3	**Основная часть учебного занятия:** студенты разбирают протоколы суточного мониторирования ЭКГ, АД, ЭхоКС, ФКГ у больных с заболеваниями сердца сосудов, результаты функциональных проб у больных с синдромом вегетодистонии. Проводят КОП, пробу Кушелевского, оформляют протоколы, оценивают полученные результаты. **Закрепление теоретического материала** при посещении отделения у больных с заболеваниями ССС разбираются результаты исследования, ставится клинический диагноз. При отсутствии больных – работают с копиями историй болезни. **При посещении** кабинета **УЗИ - диагностики** студенты присутствуют при проведении исследования пациентам с заболеваниями ССС. **Заключительный контроль** – решение ситуационных задач.
4	**Заключительная часть занятия:** – подведение итогов занятия; – выставление текущих оценок в учебный журнал; – задание для самостоятельной подготовки: **Рекомендуемая тема презентаций:** 6. Суточное мониторирование ЭКГ.

Средства обучения: - дидактические (выписки из историй болезни, таблицы, схемы, плакаты, наборы анализов);

-материально-технические - мультимедийный проектор.

Методические рекомендации по проведению практических занятий
Модуль № 1
Функциональная диагностика сердечно-сосудистой системы
в_____

Тема: Электрокардиографические изменения при нарушениях проведения возбуждения.

Вид учебного занятия - практическое занятие

Цель занятия: сформировать и развить компетенции, направленные на изучение ЭКГ изменений при нарушениях проведения возбуждения на фоне заболеваний ССС (миокардиты, перикардиты, эндокардиты), заболеваний почек (хронические пиелонефриты, гломерулонефриты), заболеваний щитовидной железы (гипо-и гипертиреоз), заболеваний вегетативной нервной системы (вегетодистонии) у детей и использования их результатов для оценки состояния здоровья детей.

План проведения учебного занятия

№ п/п	Этапы и содержание занятия
1	**Организационный момент.** Объявление темы, цели занятия. **Актуальность темы.** Нарушения проведения возбуждения (блокады) возникают при наличии условий, способствующих или замедлению проведения или его полному перерыву. В зависимости от уровня, на котором возникают нарушения проводимости, различают следующие виды блокад: 1) синоатриальную, 2) внутрипредсердную, 3) атриовентрикулярную, 4) внутрижелудочковую. Все вышеперечисленные (кроме внутрижелудочковой) могут иметь место у детей при отсутствии органического заболевания сердца. Нередко они возникают как следствие вегетодистонии с преобладанием вагусных влияний. В практической педиатрии доступным и простым методом диагностики является ЭКГ. С ее помощью удается распознать большинство видов нарушения ритмической деятельности сердца, установить характер последних, контролировать эффективность проводимой терапии.
2	**Входной контроль, актуализация опорных знаний, умений, навыков -** ***тестирование.***
3	**Основная часть учебного занятия:** студенты разбирают

	признаки основных нарушений проводимости, изменения на ЭКГ при заболеваниях сердца и других патологических состояниях; оценивают ЭКГ с оформлением протокола, заслушивают 1 презентацию. **Закрепление теоретического материала** при посещении отделения осматривают больных с заболеваниями сердца, почек, эндокринопатологией, разбирают результаты ЭКГ, ставят клинический диагноз. При отсутствии больных – работают с копиями выписок. **Заключительный контроль** – оценка ЭКГ, оформление протоколов ЭКГ.
4	**Заключительная часть занятия:** – подведение итогов занятия; – выставление текущих оценок в учебный журнал; – задание для самостоятельной подготовки: **Рекомендуемая тема презентаций:** 7. Хирургическое лечение синдрома WPW.

Средства обучения: - дидактические (выписки из историй болезни, таблицы, схемы, плакаты, наборы ЭКГ);

-материально-технические - мультимедийный проектор.

Методические рекомендации по проведению практических занятий
Модуль №2

Функциональные исследования в гастроэнтерологии и нефрологии

Тема: Функциональные исследования в гастроэнтерологии и нефрологии.

Вид учебного занятия - практическое занятие

Цель занятия: сформировать и развить компетенции, направленные на овладение студентами навыков оценки результатов лабораторных и инструментальных методов исследования у детей с заболеваниями ЖКТ и мочевой системы, использование их для оценки состояния здоровья .

План проведения учебного занятия

№ п/п	Этапы и содержание занятия
1	**Организационный момент.** Объявление темы, цели занятия. актуальность изучения темы занятия: … гастроэнтерологических и нефрологических заболеваний в настоящее время требует всестороннего комплексного

	обследования больного и применения всего комплекса лабораторных и инструментальных обследований. Главная задача – установить степень отклонения функций пораженных органов и систем от возрастных характеристик нормы и определить состояние механизмов компенсации. Значение объективных данных, получаемых с помощью лабораторных и инструментальных методов увеличивается в направлении обратно пропорционально возрасту ребенка: чем меньше возраст больного, тем менее выражены в клинической картине специфические признаки болезни. Кроме того, в раннем возрасте исключается получение сведений от пациента о его самочувствии. В педиатрической практике значение функциональных методов исследования состоит не только в том, чтобы установить степень отклонений функций определенного органа в количественном выражении, но и прежде всего - распознать скрытые проявления недостаточности, что имеет огромное значение для ранней диагностики заболеваний и проведения профилактических мероприятий.
2	**Входной контроль, актуализация опорных знаний, умений, навыков -** ***тестирование, устный опрос.***
3	**Основная часть учебного занятия:** студенты разбирают характерные изменения со стороны анализов крови, мочи, кала, инструментальных методов исследования у больных с заболеваниями ЖКТ и мочевой системы; оценивают их результаты у пациентов; делают заключения, заслушивают 2 презентации. **При посещении УЗИ-**кабинета знакомятся с проведением методики исследований больных с данными заболеваниями. **Закрепление теоретического материала** на примере больного в отделении или при его отсутствии - копии историй болезни , студенты оценивают результаты анализов лабораторных и инструментальных обследований, ставят клинический диагноз. **Заключительный контроль** – оценка результатов анализов лабораторных и инструментальных методов исследования.
4	**Заключительная часть занятия:** – подведение итогов занятия; – выставление текущих оценок в учебный журнал; – задание для самостоятельной подготовки: **Рекомендуемые темы презентаций:** 8. Реография в педиатрии. 9. Использование УЗИ поджелудочной железы с нагрузкой для определения ее функционального состояния.

Средства обучения: - дидактические (выписки из историй болезни, таблицы, схемы, плакаты, наборы анализов);

-материально-технические - мультимедийный проектор.

МИНИСТЕРСТВО НАУКИ И ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования
«Чеченский государственный университет имени Ахмата Абдулхамидовича Кадырова»

МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ
Кафедра химических дисциплин и фармакологии

МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ИЗУЧЕНИЮ УЧЕБНОЙ ДИСЦИПЛИНЫ «ХИМИЯ ОБЩАЯ»

Специальность	Лечебное дело
Код специальности	31.05.01
Квалификация выпускника	Врач-лечебник
Форма обучения	Очная

Грозный

Исаева Э.Л. Методические рекомендации по изучению учебной дисциплины «Химия общая» / Сост. Исаева Э. Л. – Грозный: ФГБОУ ВО «Чеченский государственный университет им. А.А. Кадырова»

Методические рекомендации по изучению учебной дисциплины «Химия общая» рассмотрены и одобрены на заседании кафедры химических дисциплин и фармакологии, рекомендованы к использованию в учебном процессе (протокол № 9 от «12» мая 2025 г.), составлены в соответствии с требованиями ФГОС ВО по специальности 31.05.01 Лечебное дело (специалитет), утвержденного приказом Минобрнауки России от 12.08.2020 № 988.

© Исаева Э.Л.

© ФГБОУ ВО «Чеченский государственный университет им. А.А. Кадырова».

СОДЕРЖАНИЕ

1. Общие положения.....4

2. Методические рекомендации по изучению дисциплины в процессе аудиторных занятий....4

2.1. Рекомендации по подготовке к лекционным занятиям (теоретический курс).....4

2.2. Рекомендации по подготовке к практическим (семинарским) занятиям.....4

3. Методические рекомендации по выполнению различных форм самостоятельных заданий 4

3.1. Методические рекомендации по работе с литературой.....5

3.2. Методические рекомендации по подготовке научного доклада.....5

3.3. Методические рекомендации по подготовке реферата.....6

1. Общие положения

Методические указания по освоению дисциплины «Химия общая» адресованы студентам очной формы обучения.

Учебным планом по направлению подготовки 31.05.01 «Лечебное дело» предусмотрены следующие виды занятий:

- лекции;
- практические занятия;

2. Методические рекомендации по изучению дисциплины в процессе аудиторных занятий.

2.1. Рекомендации по подготовке к лекционным занятиям (теоретический курс)

Изучение дисциплины требует систематического и последовательного накопления знаний.

Студентам необходимо вести конспект прослушанных лекций. Перед очередной лекцией необходимо просмотреть по конспекту материал предыдущей лекции. При затруднениях в восприятии материала следует обратиться к основным литературным источникам. Если разобраться в материале не удалось, то следует обратиться к лектору (по графику его консультаций) или к преподавателю на практических занятиях.

2.2. Рекомендации по подготовке к практическим (семинарским) занятиям

Студентам следует:

- ознакомиться с заданием к занятию; определить примерный объем работы по подготовке к ним; выделить вопросы и задачи, ответы на которые или выполнение и решение без предварительной подготовки не представляется возможным;
- иметь в виду и то, что в библиотеке учебного заведения не всегда имеются в наличии все рекомендованные источники, их необходимо найти заранее.
- приносить с собой рекомендованную преподавателем литературу к конкретному занятию;
- до очередного практического занятия по рекомендованным литературным источникам проработать теоретический материал, соответствующей темы занятия;
- пользоваться техническими средствами обучения и дидактическими материалами, которыми располагает учебное заведение.
- при подготовке к практическим занятиям следует обязательно использовать не только лекции, учебную литературу, но и нормативно-правовые акты и материалы правоприменительной практики;
- теоретический материал следует соотносить с правовыми нормами, так как в них могут быть внесены изменения, дополнения, которые не всегда отражены в учебной литературе;
- при ответах на вопросы и решения задач необходимо внимательно прочитать их текст и попытаться дать аргументированное объяснение с обязательной ссылкой на соответствующую правовую норму;
- в начале занятий задать преподавателю вопросы по материалу, вызвавшему затруднения в его понимании и освоении при решении задач, заданных для самостоятельного решения;
- по ходу семинара давать конкретные, четкие ответы по существу вопросов. Структура ответов может быть различной: либо вначале делается вывод, а затем приводятся аргументы, либо дается развернутая аргументация принятого решения, на основании которой предлагается ответ. Возможны и несколько вариантов ответов, которые должны быть обоснованны.
- на занятии доводить каждую задачу до окончательного решения, демонстрировать понимание проведенного анализа проблемной ситуации, в случае затруднений обращаться к преподавателю.

Студентам, пропустившим занятия (независимо от причин), не имеющие письменного решения задач или не подготовившиеся к данному практическому занятию, рекомендуется не позже чем в 2-недельный срок явиться на консультацию к преподавателю и отчитаться по теме, изучавшейся на занятии. Студенты, не отчитавшиеся по каждой не проработанной ими на занятиях теме к началу зачетной сессии, упускают возможность получить положенные баллы за работу в соответствующем семестре.

3. Методические рекомендации по выполнению различных форм самостоятельных заданий

Самостоятельная работа студентов включает в себя выполнение различного рода заданий, которые ориентированы на более глубокое усвоение материала изучаемой дисциплины. По каждой теме учебной дисциплины студентам предлагается перечень заданий для самостоятельной работы.

К выполнению заданий для самостоятельной работы предъявляются следующие требования: задания должны исполняться самостоятельно и представляться в установленный срок, а также соответствовать установленным требованиям по оформлению.
Студентам следует:
- руководствоваться графиком самостоятельной работы, определенным рабочей программой дисциплины;
- выполнять все плановые задания, выдаваемые преподавателем для самостоятельного выполнения, и разбирать на семинарах и консультациях неясные вопросы;
- использовать при подготовке нормативные документы университета.

3.1. Методические рекомендации по работе с литературой.

Любая форма самостоятельной работы студента (подготовка к семинарскому занятию, написание эссе, курсовой работы, доклада и т.п.) начинается с изучения соответствующей литературы.
К каждой теме учебной дисциплины подобрана основная и дополнительная литература, которая указана в соответствующем разделе рабочей программы.
Основная литература - это учебники и учебные пособия.
Дополнительная литература - это монографии, сборники научных трудов, журнальные и газетные статьи, различные справочники, энциклопедии, интернет ресурсы.
Рекомендации студенту:
выбранную монографию или статью целесообразно внимательно просмотреть. В книгах следует ознакомиться с оглавлением и научно-справочным аппаратом, прочитать аннотацию и предисловие. Целесообразно ее пролистать, рассмотреть иллюстрации, таблицы, диаграммы, приложения. Такое поверхностное ознакомление позволит узнать, какие главы следует читать внимательно, а какие прочитать быстро;
- в книге или журнале, принадлежащие самому студенту, ключевые позиции можно выделять маркером или делать пометки на полях. При работе с Интернет -источником целесообразно также выделять важную информацию;
- если книга или журнал не являются собственностью студента, то целесообразно записывать номера страниц, которые привлекли внимание. Позже следует возвратиться к ним, перечитать или переписать нужную информацию. Физическое действие по записыванию помогает прочно заложить данную информацию в «банк памяти».
Выделяются следующие виды записей при работе с литературой:
Конспект - краткая схематическая запись основного содержания научной работы. Целью является не переписывание произведения, а выявление его логики, системы доказательств, основных выводов. Хороший конспект должен сочетать полноту изложения с краткостью.
Цитата - точное воспроизведение текста. Заключается в кавычки. Точно указывается страница источника.
Тезисы - концентрированное изложение основных положений прочитанного материала.
Аннотация - очень краткое изложение содержания прочитанной работы. Резюме - наиболее общие выводы и положения работы, ее концептуальные итоги.
Записи в той или иной форме не только способствуют пониманию и усвоению изучаемого материала, но и помогают вырабатывать навыки ясного изложения в письменной форме тех или иных теоретических вопросов.

3.2. Методические рекомендации по подготовке научного доклада

Одной из форм самостоятельной работы студента является подготовка научного доклада, для обсуждения его на практическом (семинарском) занятии.
Цель научного доклада - развитие у студентов навыков аналитической работы с научной литературой, анализа дискуссионных научных позиций, аргументации собственных взглядов. Подготовка научных докладов также развивает творческий потенциал студентов.
Научный доклад готовится под руководством преподавателя, который ведет практические (семинарские) занятия.
Рекомендации студенту:
- перед началом работы по написанию научного доклада согласовать с преподавателем тему, структуру, литературу, а также обсудить ключевые вопросы, которые следует раскрыть в докладе;
- представить доклад научному руководителю в письменной форме;
- выступить на семинарском занятии с 5-7-минутной презентацией своего научного доклада, ответить на вопросы студентов группы.

Требования:
- к оформлению научного доклада: шрифт - Times New Roman, размер шрифта -14, межстрочный интервал -1, размер полей – 2 см, отступ в начале абзаца - 1 см, форматирование по ширине); листы доклада скреплены скоросшивателем. На титульном листе указывается наименование учебного заведения, название кафедры, наименование дисциплины, тема доклада, ФИО студента;
- к структуре доклада - введение (указывается актуальность, цель и задачи), основная часть, выводы автора, список литературы (не менее 5 позиций источников научной литературы (научные статьи и монографии). Объем согласовывается с преподавателем. В конце работы ставится дата ее выполнения и подпись студента, выполнившего работу.
Общая оценка за доклад учитывает содержание доклада, его презентацию, а также ответы на вопросы.

3.3. Методические рекомендации по подготовке реферата

Целью написания рефератов является:
- привитие студентам навыков библиографического поиска необходимой литературы (на бумажных носителях, в электронном виде);
привитие студентам навыков компактного изложения мнения авторов и своего суждения по выбранному вопросу в письменной форме, научно грамотным языком и в хорошем стиле;
- приобретение навыка грамотного оформления ссылок на используемые источники, правильного цитирования авторского текста;
- выявление и развитие у студента интереса к определенной научной и практической проблематике с тем, чтобы исследование ее в дальнейшем продолжалось в подготовке и написании курсовых и дипломной работы и дальнейших научных трудах.
Основные задачи студента при написании реферата:
- с максимальной полнотой использовать литературу по выбранной теме (как рекомендуемую, так и самостоятельно подобранную) для правильного понимания авторской позиции;
- верно (без искажения смысла) передать авторскую позицию в своей работе;
- уяснить для себя и изложить причины своего согласия (несогласия) с тем или иным автором по данной проблеме.
Требования к содержанию:
- материал, использованный в реферате, должен относится строго к выбранной теме;
- необходимо изложить основные аспекты проблемы не только грамотно, но и в соответствии с той или иной логикой (хронологической, тематической, событийной и др.)
- при изложении следует сгруппировать идеи разных авторов по общности точек зрения или по научным школам;
- реферат должен заканчиваться подведением итогов проведенной исследовательской работы: содержать краткий анализ-обоснование преимуществ той точки зрения по рассматриваемому вопросу, с которой Вы солидарны.

Структура реферата.
1. Титульный лист.
На титульном листе указывается наименование учебного заведения, название кафедры, наименование дисциплины, тема реферата, ФИО студента, ФИО и должность проверившего преподавателя;
2. Оглавление.
Оглавление - это план реферата, в котором каждому разделу должен соответствовать номер страницы, на которой он находится.
3. Текст реферата.
Текст реферата делится на три части: введение, основная часть и заключение.
а) Введение - раздел реферата, посвященный постановке проблемы, которая будет рассматриваться и обоснованию выбора темы.
б) Основная часть - это звено работы, в котором последовательно раскрывается выбранная тема. Основная часть может быть представлена как цельным текстом, так и разделена на главы. При необходимости текст реферата может дополняться иллюстрациями, таблицами, графиками, но ими не следует "перегружать" текст.
в) Заключение - данный раздел реферата должен быть представлен в виде выводов, которые готовятся на основе подготовленного текста. Выводы должны быть краткими и четкими. Также в

заключении можно обозначить проблемы, которые "высветились" в ходе работы над рефератом, но не были раскрыты в работе.

4. Список источников и литературы.

В данном списке называются как те источники, на которые ссылается студент при подготовке реферата, так и все иные, изученные им в связи с его подготовкой. В работе должно быть использовано не менее 7 разных источников. Работа, выполненная с использованием материала, содержащегося в одном научном источнике, является явным плагиатом и не принимается. Оформление Списка источников и литературы должно соответствовать требованиям, принятым в университете.

Объем и технические требования, предъявляемые к выполнению реферата.

Объем работы должен быть, как правило, не менее 15 и не более 20 страниц. Работа должна выполняться через одинарный интервал 14 шрифтом, размеры оставляемых полей - 2 см. Страницы должны быть пронумерованы.

При цитировании необходимо соблюдать следующие правила:

- текст цитаты заключается в кавычки и приводится без изменений, без произвольного сокращения цитируемого фрагмента (пропуск слов, предложений или абзацев допускается, если не влечет искажения всего фрагмента, и обозначается многоточием, которое ставится на месте пропуска) и без искажения смысла;
- каждая цитата должна сопровождаться ссылкой на источник, библиографическое описание которого должно приводиться в соответствии с предъявляемыми требованиями.

МИНИСТЕРСТВО НАУКИ И ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
Федеральное государственное бюджетное образовательное
учреждение высшего образования
«ЧЕЧЕНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ УНИВЕРСИТЕТ ИМ. А.А.КАДЫРОВА»

МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ
Кафедра гуманитарных, естественнонаучных и социальных дисциплин

МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ИЗУЧЕНИЮ УЧЕБНОЙ ДИСЦИПЛИНЫ

«Чеченский язык»

Грозный

Янарсаева Х.И. Методические рекомендации по изучению учебной дисциплины «Чеченский язык» / Сост. Янарсаева Х.И. – Грозный: ФГБОУ ВО «Чеченский государственный университет им. А.А. Кадырова».

©Янарсаева Х.И.

© ФГБОУ ВО «Чеченский государственный университет им. А.А. Кадырова».

СОДЕРЖАНИЕ

1. Общие положения..... 4
2. Методические рекомендации по изучению дисциплины в процессе аудиторных занятий.... 4
2.1. Рекомендации по подготовке к практическим (семинарским) занятиям..... 4
3. Методические рекомендации по выполнению различных форм самостоятельных заданий 4
3.1. Методические рекомендации по работе с литературой..... 4

1. Общие положения

Методические указания по освоению дисциплины «Чеченский язык» адресованы студентам очной формы обучения.

Учебным планом по направлениям подготовки предусмотрены следующие виды занятий:

- практические занятия;

2. Методические рекомендации по изучению дисциплины в процессе аудиторных занятий.

2.1. Рекомендации по подготовке к практическим (семинарским) занятиям

Студентам следует:

- ознакомиться с заданием к занятию; определить примерный объем работы по подготовке к ним; выделить вопросы и задачи, ответы на которые или выполнение и решение без предварительной подготовки не представляется возможным;
- иметь в виду и то, что в библиотеке учебного заведения не всегда имеются в наличии все рекомендованные источники, их необходимо найти заранее.
- приносить с собой рекомендованную преподавателем литературу к конкретному занятию;
- до очередного практического занятия по рекомендованным литературным источникам проработать теоретический материал, соответствующей темы занятия;
- пользоваться техническими средствами обучения и дидактическими материалами, которыми располагает учебное заведение.
- при подготовке к практическим занятиям следует обязательно использовать не только лекции, учебную литературу, но и нормативно-правовые акты и материалы правоприменительной практики;
- теоретический материал следует соотносить с правовыми нормами, так как в них могут быть внесены изменения, дополнения, которые не всегда отражены в учебной литературе;
- при ответах на вопросы и решения задач необходимо внимательно прочитать их текст и попытаться дать аргументированное объяснение с обязательной ссылкой на соответствующую правовую норму;
- в начале занятий задать преподавателю вопросы по материалу, вызвавшему затруднения в его понимании и освоении при решении задач, заданных для самостоятельного решения;
- по ходу семинара давать конкретные, четкие ответы по существу вопросов. Структура ответов может быть различной: либо вначале делается вывод, а затем приводятся аргументы, либо дается развернутая аргументация принятого решения, на основании которой предлагается ответ. Возможны и несколько вариантов ответов, которые должны быть обоснованны.
- на занятии доводить каждую задачу до окончательного решения, демонстрировать понимание проведенного анализа проблемной ситуации, в случае затруднений обращаться к преподавателю.

Студентам, пропустившим занятия (независимо от причин), не имеющие письменного решения задач или не подготовившиеся к данному практическому занятию, рекомендуется не позже чем в 2-недельный срок явиться на консультацию к преподавателю и отчитаться по теме, изучавшейся на занятии. Студенты, не отчитавшиеся по каждой не проработанной ими на занятиях теме к началу зачетной сессии, упускают возможность получить положенные баллы за работу в соответствующем семестре.

3. Методические рекомендации по выполнению различных форм самостоятельных заданий

Самостоятельная работа студентов включает в себя выполнение различного рода заданий, которые ориентированы на более глубокое усвоение материала изучаемой дисциплины. По каждой теме учебной дисциплины студентам предлагается перечень заданий для самостоятельной работы.

К выполнению заданий для самостоятельной работы предъявляются следующие требования: задания должны исполняться самостоятельно и представляться в установленный срок, а также соответствовать установленным требованиям по оформлению.

Студентам следует:

- руководствоваться графиком самостоятельной работы, определенным рабочей программой дисциплины;
- выполнять все плановые задания, выдаваемые преподавателем для самостоятельного выполнения, и разбирать на семинарах и консультациях неясные вопросы;
- использовать при подготовке нормативные документы университета.

3.1. Методические рекомендации по работе с литературой.

Любая форма самостоятельной работы студента (подготовка к семинарскому занятию, написание эссе, курсовой работы, доклада и т.п.) начинается с изучения соответствующей литературы.

К каждой теме учебной дисциплины подобрана основная и дополнительная литература, которая указана в соответствующем разделе рабочей программы.
Основная литература - это учебники и учебные пособия.
Дополнительная литература - это монографии, сборники научных трудов, журнальные и газетные статьи, различные справочники, энциклопедии, интернет ресурсы.
Рекомендации студенту:
выбранную монографию или статью целесообразно внимательно просмотреть. В книгах следует ознакомиться с оглавлением и научно-справочным аппаратом, прочитать аннотацию и предисловие. Целесообразно ее пролистать, рассмотреть иллюстрации, таблицы, диаграммы, приложения. Такое поверхностное ознакомление позволит узнать, какие главы следует читать внимательно, а какие прочитать быстро;
- в книге или журнале, принадлежащие самому студенту, ключевые позиции можно выделять маркером или делать пометки на полях. При работе с Интернет -источником целесообразно также выделять важную информацию;
- если книга или журнал не являются собственностью студента, то целесообразно записывать номера страниц, которые привлекли внимание. Позже следует возвратиться к ним, перечитать или переписать нужную информацию. Физическое действие по записыванию помогает прочно заложить данную информацию в «банк памяти».
Выделяются следующие виды записей при работе с литературой:
Конспект - краткая схематическая запись основного содержания научной работы. Целью является не переписывание произведения, а выявление его логики, системы доказательств, основных выводов. Хороший конспект должен сочетать полноту изложения с краткостью.
Цитата - точное воспроизведение текста. Заключается в кавычки. Точно указывается страница источника.
Тезисы - концентрированное изложение основных положений прочитанного материала.
Аннотация - очень краткое изложение содержания прочитанной работы. Резюме - наиболее общие выводы и положения работы, ее концептуальные итоги.
Записи в той или иной форме не только способствуют пониманию и усвоению изучаемого материала, но и помогают вырабатывать навыки ясного изложения в письменной форме тех или иных теоретических вопросов.

МИНИСТЕРСТВО НАУКИ И ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования
«ЧЕЧЕНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ УНИВЕРСИТЕТ им. А. А. Кадырова»

МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ

Кафедра гуманитарных, естественнонаучных и социальных дисциплин

МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ИЗУЧЕНИЮ УЧЕБНОЙ ДИСЦИПЛИНЫ «ЭКОНОМИКА»

Грозный

Гехаева П.Т. Методические рекомендации по изучению учебной дисциплины «Экономика**»** / Сост. Гехаева П.Т. – Грозный: ФГБОУ ВО «Чеченский государственный университет им. А.А. Кадырова»

Гехаева П.Т.

© ФГБОУ ВО «Чеченский государственный университет им. А.А.Кадырова»

СОДЕРЖАНИЕ

1. Общие положения 4
2. Методические рекомендации по изучению дисциплины в процессе аудиторных занятий 4
2.1. Рекомендации по подготовке к лекционным занятиям (теоретический курс) 4
2.2. Рекомендации по подготовке к практическим (семинарским) занятиям 4
3. Методические рекомендации по выполнению различных форм самостоятельных заданий 4
3.1. Методические рекомендации по работе с литературой 5
3.2. Методические рекомендации по подготовке научного доклада 5
3.3. Методические рекомендации по подготовке реферата 6

1. Общие положения

Методические указания по освоению дисциплины «Экономика» адресованы студентам очной формы обучения.

Учебным планом предусмотрены следующие виды занятий:

– лекции;

– практические занятия;

2. Методические рекомендации по изучению дисциплины в процессе аудиторных занятий.

2.1. Рекомендации по подготовке к лекционным занятиям (теоретический курс)

Изучение дисциплины требует систематического и последовательного накопления знаний.

Студентам необходимо вести конспект прослушанных лекций. Перед очередной лекцией необходимо просмотреть по конспекту материал предыдущей лекции. При затруднениях в восприятии материала следует обратиться к основным литературным источникам. Если разобраться в материале не удалось, то следует обратиться к лектору (по графику его консультаций) или к преподавателю на практических занятиях.

2.2. Рекомендации по подготовке к практическим (семинарским) занятиям

Студентам следует:

– ознакомиться с заданием к занятию; определить примерный объем работы по подготовке к ним; выделить вопросы и задачи, ответы на которые или выполнение и решение без предварительной подготовки не представляется возможным;

– иметь в виду и то, что в библиотеке учебного заведения не всегда имеются в наличии все рекомендованные источники, их необходимо найти заранее.

– приносить с собой рекомендованную преподавателем литературу к конкретному занятию;

– до очередного практического занятия по рекомендованным литературным источникам проработать теоретический материал, соответствующей темы занятия;

– пользоваться техническими средствами обучения и дидактическими материалами, которыми располагает учебное заведение.

– при подготовке к практическим занятиям следует обязательно использовать не только лекции, учебную литературу, но и нормативно-правовые акты, и материалы правоприменительной практики;

– теоретический материал следует соотносить с правовыми нормами, так как в них могут быть внесены изменения, дополнения, которые не всегда отражены в учебной литературе;

– при ответах на вопросы и решения задач необходимо внимательно прочитать их текст и попытаться дать аргументированное объяснение с обязательной ссылкой на соответствующую правовую норму;

– в начале занятий задать преподавателю вопросы по материалу, вызвавшему затруднения в его понимании и освоении при решении задач, заданных для самостоятельного решения;

– по ходу семинара давать конкретные, четкие ответы по существу вопросов. Структура ответов может быть различной: либо вначале делается вывод, а затем приводятся аргументы, либо дается развернутая аргументация принятого решения, на основании которой предлагается ответ. Возможны и несколько вариантов ответов, которые должны быть обоснованы.

– на занятии доводить каждую задачу до окончательного решения, демонстрировать понимание проведенного анализа проблемной ситуации, в случае затруднений обращаться к преподавателю.

Студентам, пропустившим занятия (независимо от причин), не имеющие письменного решения задач или не подготовившиеся к данному практическому занятию, рекомендуется не позже чем в 2–недельный срок явиться на консультацию к преподавателю и отчитаться по теме, изученной на занятии. Студенты, не отчитавшиеся по каждой не проработанной ими на занятиях теме к началу зачетной сессии, упускают возможность получить положенные баллы за работу в соответствующем семестре.

3. Методические рекомендации по выполнению различных форм самостоятельных заданий

Самостоятельная работа студентов включает в себя выполнение различного рода заданий, которые ориентированы на более глубокое усвоение материала изучаемой дисциплины. По

каждой теме учебной дисциплины студентам предлагается перечень заданий для самостоятельной работы.

К выполнению заданий для самостоятельной работы предъявляются следующие требования: задания должны исполняться самостоятельно и представляться в установленный срок, а также соответствовать установленным требованиям по оформлению.

Студентам следует:

– руководствоваться графиком самостоятельной работы, определенным рабочей программой дисциплины;

– выполнять все плановые задания, выдаваемые преподавателем для самостоятельного выполнения, и разбирать на семинарах и консультациях неясные вопросы;

– использовать при подготовке нормативные документы университета.

3.1. Методические рекомендации по работе с литературой.

Любая форма самостоятельной работы студента (подготовка к семинарскому занятию, написание эссе, курсовой работы, доклада и т.п.) начинается с изучения соответствующей литературы.

К каждой теме учебной дисциплины подобрана основная и дополнительная литература, которая указана в соответствующем разделе рабочей программы.

Основная литература – это учебники и учебные пособия.

Дополнительная литература – это монографии, сборники научных трудов, журнальные и газетные статьи, различные справочники, энциклопедии, интернет ресурсы.

Рекомендации студенту:

выбранную монографию или статью целесообразно внимательно просмотреть. В книгах следует ознакомиться с оглавлением и научно-справочным аппаратом, прочитать аннотацию и предисловие. Целесообразно ее пролистать, рассмотреть иллюстрации, таблицы, диаграммы, приложения. Такое поверхностное ознакомление позволит узнать, какие главы следует читать внимательно, а какие прочитать быстро;

– в книге или журнале, принадлежащие самому студенту, ключевые позиции можно выделять маркером или делать пометки на полях. При работе с Интернет - источником целесообразно также выделять важную информацию;

– если книга или журнал не являются собственностью студента, то целесообразно записывать номера страниц, которые привлекли внимание. Позже следует возвратиться к ним, перечитать или переписать нужную информацию. Физическое действие по записыванию помогает прочно заложить данную информацию в «банк памяти».

Выделяются следующие виды записей при работе с литературой:

Конспект – краткая схематическая запись основного содержания научной работы. Целью является не переписывание произведения, а выявление его логики, системы доказательств, основных выводов. Хороший конспект должен сочетать полноту изложения с краткостью.

Цитата – точное воспроизведение текста. Заключается в кавычки. Точно указывается страница источника.

Тезисы – концентрированное изложение основных положений прочитанного материала.

Аннотация – очень краткое изложение содержания прочитанной работы. Резюме – наиболее общие выводы и положения работы, ее концептуальные итоги.

Записи в той или иной форме не только способствуют пониманию и усвоению изучаемого материала, но и помогают вырабатывать навыки ясного изложения в письменной форме тех или иных теоретических вопросов.

3.2. Методические рекомендации по подготовке научного доклада

Одной из форм самостоятельной работы студента является подготовка научного доклада, для обсуждения его на практическом (семинарском) занятии.

Цель научного доклада – развитие у студентов навыков аналитической работы с научной литературой, анализа дискуссионных научных позиций, аргументации собственных взглядов. Подготовка научных докладов также развивает творческий потенциал студентов.

Научный доклад готовится под руководством преподавателя, который ведет практические (семинарские) занятия.

Рекомендации студенту:
– перед началом работы по написанию научного доклада согласовать с преподавателем тему, структуру, литературу, а также обсудить ключевые вопросы, которые следует раскрыть в докладе;
– представить доклад научному руководителю в письменной форме;
– выступить на семинарском занятии с 5–7-минутной презентацией своего научного доклада, ответить на вопросы студентов группы.
Требования:
– к оформлению научного доклада: шрифт – Times New Roman, размер шрифта –14, межстрочный интервал –1, размер полей – 2 см, отступ в начале абзаца – 1 см, форматирование по ширине); листы доклада скреплены скоросшивателем. На титульном листе указывается наименование учебного заведения, название кафедры, наименование дисциплины, тема доклада, ФИО студента;
– к структуре доклада – введение (указывается актуальность, цель и задачи), основная часть, выводы автора, список литературы (не менее 5 позиций источников научной литературы (научные статьи и монографии). Объем согласовывается с преподавателем. В конце работы ставится дата ее выполнения и подпись студента, выполнившего работу.
Общая оценка за доклад учитывает содержание доклада, его презентацию, а также ответы на вопросы.

3.3. Методические рекомендации по подготовке реферата

Целью написания рефератов является:
– привитие студентам навыков библиографического поиска необходимой литературы (на бумажных носителях, в электронном виде);
привитие студентам навыков компактного изложения мнения авторов и своего суждения по выбранному вопросу в письменной форме, научно грамотным языком и в хорошем стиле;
– приобретение навыка грамотного оформления ссылок на используемые источники, правильного цитирования авторского текста;
– выявление и развитие у студента интереса к определенной научной и практической проблематике с тем, чтобы исследование ее в дальнейшем продолжалось в подготовке и написании научных трудах.
Основные задачи студента при написании реферата:
– с максимальной полнотой использовать литературу по выбранной теме (как рекомендуемую, так и самостоятельно подобранную) для правильного понимания авторской позиции;
– верно (без искажения смысла) передать авторскую позицию в своей работе;
– уяснить для себя и изложить причины своего согласия (несогласия) с тем или иным автором по данной проблеме.
Требования к содержанию:
– материал, использованный в реферате, должен относиться строго к выбранной теме;
– необходимо изложить основные аспекты проблемы не только грамотно, но и в соответствии с той или иной логикой (хронологической, тематической, событийной и др.)
– при изложении следует сгруппировать идеи разных авторов по общности точек зрения или по научным школам;
– реферат должен заканчиваться подведением итогов проведенной исследовательской работы: содержать краткий анализ–обоснование преимуществ той точки зрения по рассматриваемому вопросу, с которой Вы солидарны.
Структура реферата.
1. Титульный лист.
На титульном листе указывается наименование учебного заведения, название кафедры, наименование дисциплины, тема реферата, ФИО студента, ФИО и должность проверившего преподавателя;
2. Оглавление.
Оглавление – это план реферата, в котором каждому разделу должен соответствовать номер страницы, на которой он находится.
3. Текст реферата.

Текст реферата делится на три части: введение, основная часть и заключение.

а) Введение – раздел реферата, посвященный постановке проблемы, которая будет рассматриваться и обоснованию выбора темы.

б) Основная часть – это звено работы, в котором последовательно раскрывается выбранная тема. Основная часть может быть представлена как цельным текстом, так и разделена на главы. При необходимости текст реферата может дополняться иллюстрациями, таблицами, графиками, но ими не следует «перегружать» текст.

в) Заключение – данный раздел реферата должен быть представлен в виде выводов, которые готовятся на основе подготовленного текста. Выводы должны быть краткими и четкими. Также в заключении можно обозначить проблемы, которые «высветились» в ходе работы над рефератом, но не были раскрыты в работе.

4. Список источников и литературы.

В данном списке называются как те источники, на которые ссылается студент при подготовке реферата, так и все иные, изученные им в связи с его подготовкой. В работе должно быть использовано не менее 7 разных источников. Работа, выполненная с использованием материала, содержащегося в одном научном источнике, является явным плагиатом и не принимается. Оформление Списка источников и литературы должно соответствовать требованиям, принятым в университете.

Объем и технические требования, предъявляемые к выполнению реферата.

Объем работы должен быть, как правило, не менее 15 и не более 20 страниц. Работа должна выполняться через одинарный интервал 14 шрифтом, размеры оставляемых полей – 2 см. Страницы должны быть пронумерованы.

При цитировании необходимо соблюдать следующие правила:

– текст цитаты заключается в кавычки и приводится без изменений, без произвольного сокращения цитируемого фрагмента (пропуск слов, предложений или абзацев допускается, если не влечет искажения всего фрагмента, и обозначается многоточием, которое ставится на месте пропуска) и без искажения смысла;

– каждая цитата должна сопровождаться ссылкой на источник, библиографическое описание которого должно приводиться в соответствии с предъявляемыми требованиями.

МИНИСТЕРСТВО НАУКИ И ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования
«ЧЕЧЕНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ АХМАТА АБДУЛХАМИДОВИЧА КАДЫРОВА»

МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ

Кафедра общественного здоровья и здравоохранения

МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ИЗУЧЕНИЮ УЧЕБНОЙ ДИСЦИПЛИНЫ «Эпидемиология»

Специальность	Лечебное дело
Код специальности	31.05.01
Квалификация выпускника	Врач - лечебник
Форма обучения	Очная

Грозный – 2025 г.

Кадиев А.М. Методические рекомендации по изучению учебной дисциплины «Эпидемиология» / Сост. Кадиев А.М. – Грозный: ФГБОУ ВО «Чеченский государственный университет имени А.А. Кадырова», 2025.

Методические рекомендации по изучению учебной дисциплины «Эпидемиология» рассмотрены и одобрены на заседании кафедры «общественное здоровье и здравоохранение», рекомендованы к использованию в учебном процессе (протокол № 9 от 26 мая 2025 г.), составлены в соответствии с требованиями ФГОС ВО по специальности 31.05.01 Лечебное дело (специалитет), утвержденного приказом Минобрнауки России от 27.03.2018 № 219.

© Кадиев А.М.
© ФГБОУ ВО «Чеченский государственный университет имени А.А.Кадырова», 2025.

СОДЕРЖАНИЕ

1. Общие положения.....4

2. Методические рекомендации по изучению дисциплины в процессе аудиторных занятий.....4

2.1. Рекомендации по подготовке к лекционным занятиям (теоретический курс).....4

2.2. Рекомендации по подготовке к практическим (семинарским) занятиям…4

3. Методические рекомендации по выполнению различных форм самостоятельных заданий.....5

3.1. Методические рекомендации по работе с литературой.....6

3.2. Методические рекомендации по подготовке научного доклада.....7

3.3. Методические рекомендации по подготовке реферата.....8

1. Общие положения

Методические указания по освоению дисциплины «Эпидемиология» адресованы студентам очной формы обучения.

Учебным планом по направлению подготовки 30.05.01 Медицинская биохимия предусмотрены следующие виды занятий:

- лекции;
- практические занятия;

2. Методические рекомендации по изучению дисциплины в процессе аудиторных занятий.

2.1. Рекомендации по подготовке к лекционным занятиям (теоретический курс)

Изучение дисциплины требует систематического и последовательного накопления знаний.

Студентам необходимо вести конспект прослушанных лекций. Перед очередной лекцией необходимо просмотреть по конспекту материал предыдущей лекции. При затруднениях в восприятии материала следует обратиться к основным литературным источникам. Если разобраться в материале не удалось, то следует обратиться к лектору (по графику его консультаций) или к преподавателю на практических занятиях.

2.2. Рекомендации по подготовке к практическим (семинарским) занятиям

Студентам следует:

- ознакомиться с заданием к занятию; определить примерный объем работы по подготовке к ним; выделить вопросы и задачи, ответы на которые или выполнение и решение без предварительной подготовки не представляется возможным;
- иметь в виду и то, что в библиотеке учебного заведения не всегда имеются в наличии все рекомендованные источники, их необходимо найти заранее. - приносить с собой рекомендованную преподавателем литературу к конкретному занятию;
- до очередного практического занятия по рекомендованным литературным источникам проработать теоретический материал, соответствующей темы

занятия;

- пользоваться техническими средствами обучения и дидактическими материалами, которыми располагает учебное заведение.

- при подготовке к практическим занятиям следует обязательно использовать не только лекции, учебную литературу, но и нормативно-правовые акты и материалы правоприменительной практики;
- теоретический материал следует соотносить с правовыми нормами, так как в них могут быть внесены изменения, дополнения, которые не всегда отражены в учебной литературе;
- при ответах на вопросы и решения задач необходимо внимательно прочитать их текст и попытаться дать аргументированное объяснение с обязательной ссылкой на соответствующую правовую норму;
- в начале занятий задать преподавателю вопросы по материалу, вызвавшему затруднения в его понимании и освоении при решении задач, заданных для самостоятельного решения;
- по ходу семинара давать конкретные, четкие ответы по существу вопросов. Структура ответов может быть различной: либо вначале делается вывод, а затем приводятся аргументы, либо дается развернутая аргументация принятого решения, на основании которой предлагается ответ. Возможны и несколько вариантов ответов, которые должны быть обоснованы. - на занятии доводить каждую задачу до окончательного решения, демонстрировать понимание проведенного анализа проблемной ситуации, в случае затруднений обращаться к преподавателю.

Студентам, пропустившим занятия (независимо от причин), не имеющие письменного решения задач или не подготовившиеся к данному практическому занятию, рекомендуется не позже, чем в 2-недельный срок явиться на консультацию к преподавателю и отчитаться по теме, изучавшейся на занятии. Студенты, не отчитавшиеся по каждой не проработанной ими на занятиях теме к началу зачетной сессии, упускают возможность получить положенные баллы за работу в соответствующем семестре.

3. Методические рекомендации по выполнению различных форм самостоятельных заданий

Самостоятельная работа студентов включает в себя выполнение различного рода заданий, которые ориентированы на более глубокое усвоение материала изучаемой дисциплины. По каждой теме учебной дисциплины студентам предлагается перечень заданий для самостоятельной работы.

К выполнению заданий для самостоятельной работы предъявляются следующие требования: задания должны исполняться самостоятельно и представляться в установленный срок, а также соответствовать установленным требованиям по оформлению.

Студентам следует:

- руководствоваться графиком самостоятельной работы, определенным рабочей программой дисциплины;
- выполнять все плановые задания, выдаваемые преподавателем для самостоятельного выполнения, и разбирать на семинарах и консультациях неясные вопросы;
- использовать при подготовке нормативные документы университета.

3.1. Методические рекомендации по работе с литературой.

Любая форма самостоятельной работы студента (подготовка к семинарскому занятию, написание эссе, курсовой работы, доклада и т.п.) начинается с изучения соответствующей литературы.

К каждой теме учебной дисциплины подобрана основная и дополнительная литература, которая указана в соответствующем разделе рабочей программы. Основная литература — это учебники и учебные пособия.

Дополнительная литература — это монографии, сборники научных трудов, журнальные и газетные статьи, различные справочники, энциклопедии, интернет-ресурсы.

Рекомендации студенту:

выбранную монографию или статью целесообразно внимательно просмотреть. В книгах следует ознакомиться с оглавлением и научно-справочным аппаратом, прочитать аннотацию и предисловие. Целесообразно ее пролистать, рассмотреть иллюстрации, таблицы, диаграммы, приложения. Такое поверхностное ознакомление позволит узнать, какие главы следует читать внимательно, а какие прочитать быстро;

- в книге или журнале, принадлежащие самому студенту, ключевые позиции можно выделять маркером или делать пометки на полях. При работе с Интернет

-источником целесообразно также выделять важную информацию; - если книга или журнал не являются собственностью студента, то целесообразно записывать номера страниц, которые привлекли внимание. Позже следует возвратиться к ним, перечитать или переписать нужную информацию. Физическое действие по записыванию помогает прочно заложить данную информацию в «банк памяти».

Выделяются следующие виды записей при работе с литературой:

Конспект - краткая схематическая запись основного содержания научной работы. Целью является не переписывание произведения, а выявление его логики, системы доказательств, основных выводов. Хороший конспект должен сочетать полноту изложения с краткостью.

Цитата - точное воспроизведение текста. Заключается в кавычки. Точно указывается страница источника.

Тезисы - концентрированное изложение основных положений прочитанного материала.
Аннотация - очень краткое изложение содержания прочитанной работы.
Резюме - наиболее общие выводы и положения работы, ее концептуальные итоги.
Записи в той или иной форме не только способствуют пониманию и усвоению изучаемого материала, но и помогают вырабатывать навыки ясного изложения в письменной форме тех или иных теоретических вопросов.

3.2. Методические рекомендации по подготовке научного доклада

Одной из форм самостоятельной работы студента является подготовка научного доклада, для обсуждения его на практическом (семинарском) занятии. Цель научного доклада - развитие у студентов навыков аналитической работы с научной литературой, анализа дискуссионных научных позиций, аргументации собственных взглядов. Подготовка научных докладов также развивает творческий потенциал студентов.
Научный доклад готовится под руководством преподавателя, который ведет практические (семинарские) занятия.
Рекомендации студенту:
- перед началом работы по написанию научного доклада согласовать с преподавателем тему, структуру, литературу, а также обсудить ключевые вопросы, которые следует раскрыть в докладе;
- представить доклад научному руководителю в письменной форме;
- выступить на семинарском занятии с 5-7-минутной презентацией своего научного доклада, ответить на вопросы студентов группы.

Требования:
- к оформлению научного доклада: шрифт - Times New Roman, размер шрифта -14, межстрочный интервал -1, размер полей – 2 см, отступ в начале абзаца - 1 см, форматирование по ширине); листы доклада скреплены скоросшивателем. На титульном листе указывается наименование учебного заведения, название кафедры, наименование дисциплины, тема доклада, ФИО студента;
- к структуре доклада - введение (указывается актуальность, цель и задачи), основная часть, выводы автора, список литературы (не менее 5 позиций источников научной литературы (научные статьи и монографии). Объем согласовывается с преподавателем. В конце работы ставится дата ее выполнения и подпись студента, выполнившего работу.

Общая оценка за доклад учитывает содержание доклада, его презентацию, а также ответы на вопросы.

3.3. Методические рекомендации по подготовке реферата

Целью написания рефератов является:

- привитие студентам навыков библиографического поиска необходимой литературы (на бумажных носителях, в электронном виде);
- привитие студентам навыков компактного изложения мнения авторов и своего суждения по выбранному вопросу в письменной форме, научно грамотным языком и в хорошем стиле;
- приобретение навыка грамотного оформления ссылок на используемые источники, правильного цитирования авторского текста;
- выявление и развитие у студента интереса к определенной научной и практической проблематике с тем, чтобы исследование ее в дальнейшем продолжалось в подготовке и написании курсовых и дипломной работы и дальнейших научных трудах.

Основные задачи студента при написании реферата:

- с максимальной полнотой использовать литературу по выбранной теме (как рекомендуемую, так и самостоятельно подобранную) для правильного понимания авторской позиции;
- верно (без искажения смысла) передать авторскую позицию в своей работе; - уяснить для себя и изложить причины своего согласия (несогласия) с тем или иным автором по данной проблеме.

Требования к содержанию:

- материал, использованный в реферате, должен относится строго к выбранной теме;
- необходимо изложить основные аспекты проблемы не только грамотно, но и в соответствии с той или иной логикой (хронологической, тематической, событийной и др.)
- при изложении следует сгруппировать идеи разных авторов по общности точек зрения или по научным школам;
- реферат должен заканчиваться подведением итогов проведенной исследовательской работы: содержать краткий анализ-обоснование преимуществ той точки зрения по рассматриваемому вопросу, с которой Вы солидарны.

Структура реферата.

1. Титульный лист.

На титульном листе указывается наименование учебного заведения, название кафедры, наименование дисциплины, тема реферата, ФИО студента, ФИО и должность проверившего преподавателя;

2. Оглавление.

Оглавление — это план реферата, в котором каждому разделу должен соответствовать номер страницы, на которой он находится.

3. Текст реферата.

Текст реферата делится на три части: введение, основная часть и заключение.

а) Введение - раздел реферата, посвященный постановке проблемы, которая будет рассматриваться и обоснованию выбора темы.

б) Основная часть — это звено работы, в котором последовательно раскрывается выбранная тема. Основная часть может быть представлена как цельным текстом, так и разделена на главы. При необходимости текст реферата может дополняться иллюстрациями, таблицами, графиками, но ими не следует "перегружать" текст.

в) Заключение - данный раздел реферата должен быть представлен в виде выводов, которые готовятся на основе подготовленного текста. Выводы должны быть краткими и четкими. Также в заключении можно обозначить проблемы, которые "высветились" в ходе работы над рефератом, но не были раскрыты в работе.

4. Список источников и литературы.

В данном списке называются как те источники, на которые ссылается студент при подготовке реферата, так и все иные, изученные им в связи с его подготовкой. В работе должно быть использовано не менее 7 разных источников. Работа, выполненная с использованием материала, содержащегося в одном научном источнике, является явным плагиатом и не принимается. Оформление Списка источников и литературы должно соответствовать требованиям, принятым в университете.

Объем и технические требования, предъявляемые к выполнению реферата.

Объем работы должен быть, как правило, не менее 15 и не более 20 страниц.

Работа должна выполняться через одинарный интервал 14 шрифтом, размеры оставляемых полей - 2 см. Страницы должны быть пронумерованы.

При цитировании необходимо соблюдать следующие правила:

- текст цитаты заключается в кавычки и приводится без изменений, без произвольного сокращения цитируемого фрагмента (пропуск слов, предложений или абзацев допускается, если не влечет искажения всего фрагмента, и обозначается многоточием, которое ставится на месте пропуска) и без искажения смысла;
- каждая цитата должна сопровождаться ссылкой на источник, библиографическое описание которого должно приводиться в соответствии с предъявляемыми требованиями.

МИНИСТЕРСТВО НАУКИ И ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования
«Чеченский государственный университет
имени Ахмата Абдулхамидовича Кадырова»

МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ

Кафедра «Факультетская и госпитальная педиатрия»

УЧЕБНО-МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ОСНОВАМ НЕОНАТОЛОГИИ

для студентов специальности 31.05.01 –Лечебное дело

2025

"БОЛЕЗНИ НОВОРОЖДЕННЫХ".

I. Научно-методическое обоснование темы.

Перинатальное повреждение мозга, нередко сопровождающееся возникновением диэнцефальной патологии, может явиться причиной развития не только деструктивно-дистрофических процессов в ведущих отделах ЦНС, но и целого ряда гуморально-соматоэндокринных нарушений, которые могут сохраняться не только в последующие периоды детства, но и у взрослых.

С точки зрения единства матери и плода, решение чрезвычайно сложных комплексных проблем перинатального периода зависит не только от деятельности педиатра, но также терапевта, акушера. Эти обстоятельства объясняют необходимость серьезного изучения заболеваний периода новорожденности студентами лечебного факультета.

II. Цель деятельности студентов на занятии:

Студент должен знать:

- Предрасполагающие факторы к развитию перинатальной патологии, родовой травмы новорожденных;
- Основные этиопатогенетические механизмы развития перинатальной энцефалопатии;
- Клинические проявления перинатальной патологии ЦНС, родовой травмы;
- Основные методы диагностики родовой травмы, перинатального поражения ЦНС;
- Основные принципы лечения и профилактики перинатальной патологии;
- Основные аспекты этиопатогенеза гемолитической болезни новорожденных;
- Клиническую картину ГБН и дифференциальную диагностику с другими желтухами неонатального периода;
- Основные принципы лечения и профилактики ГБН.

Студент должен уметь:

- Целенаправленно собрать анамнез;
- Провести объективное обследование новорожденного;
- Интерпретировать лабораторные и параклинические данные;
- Поставить диагноз;
- Составить план лечения больного;
- Выписать рецепты на основные медикаменты;
- Определить профилактические мероприятия.

III. Содержание обучения:

1. Перинатального поражения ЦНС (этиология, патогенез, клиника, лечение, профилактика).
2. Отдаленные последствия перинатальной энцефалопатии
3. Диспансерное наблюдение детей с перинатальным поражением ЦНС.
4. Виды родовых травм.
5. Травмы центральной и периферической нервной системы (клиника, лечение, отдаленные последствия)
6. Родовые повреждения костно-суставной системы (клиника, лечение).
7. Профилактика родового травматизма.
8. Гемолитическая болезнь новорожденных (этиология, патогенез, клиника, лечение, профилактика).

IV. Учебно-материальное обеспечение.

1. Наглядные пособия: таблицы, схемы, мультимедийные презентации, видеофильмы, аудиограммы.
2. Учебная медицинская документация (истории болезни, лабораторные исследования, рентгенограммы).
3. Технические средства обучения.
4. Литература.

V. Список рекомендуемой литературы.

1. Детские болезни [Электронный ресурс] : учебник / Под ред. А.А. Баранова. - 2-е изд., испр. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2012. Режим доступа: http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970411162.html

3.. Баранов А.А., Педиатрия [Электронный ресурс] : Национальное руководство. Краткое издание / под ред. А. А. Баранова. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015. - 768 с. - ISBN 978-5-9704-3409-3 - Режим доступа: http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970434093.html

Дополнительная литература

1. Пропедевтика детских болезней [Электронный ресурс] : учебник / Юрьев В. В. и др.; под ред. В. В. Юрьева, М. М. Хомича. - М. ГЭОТАР-Медиа, 2012. Режим доступа: http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970422151.html

2 _Шабалов Н.П. Неонатология, учебное пособие в 2-х томах, М. 2004г.

3. Физикальное обследование ребенка [Электронный ресурс] : учеб. пособие / Р.Р. Кильдиярова, Ю.Ф. Лобанов, Т.И. Легонькова - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015. Режим доступа: http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970432433.html
4. Детские болезни. Т. 1. [Электронный ресурс] / Запруднов А.М., Григорьев К.И., Харитонова Л.А. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. Режим доступа: http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970424216.html
5. Детские болезни: учебник: в 2 т. / Запруднов А. М., Григорьев К. И., Харитонова Л. А. - 2-е изд., перераб. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2013. - Т. 1. - 768 с. : ил - ISBN 978-5-9704-2421-6.
6. Детские болезни [Электронный ресурс] : учебник / под ред. Р. Р. Кильдияровой - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015. Режим доступа: http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970429488.html
7. Лабораторные и функциональные исследования в практике педиатра [Электронный ресурс] / Кильдиярова Р.Р. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2012. Режим доступа: http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970419588.html
8. Неотложная педиатрия. Алгоритмы диагностики и лечения [Электронный ресурс] / Цыбулькин Э.К. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2012. Режим доступа: http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970417416.html
9. Педиатрия. История болезни [Электронный ресурс] : учеб. пособие / Р.Р. Кильдиярова, В.И. Макарова, Р.М. Файзуллина. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2016. Режим доступа: http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970437162.html
10. Кильдиярова, Р. Р. Клинические нормы. Педиатрия / Кильдиярова Р. Р. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2019. - 384 с. - ISBN 978-5-9704-5235-6. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970452356.html
11.Лекции по педиатрии.
12.Методические указания для внеаудиторной работы студентов

VI. Перечень вопросов для проверки исходного уровня знаний:

1. Анатомо-физиологические особенности ЦНС новорожденных.
2. Организация работы в палатах и отделениях новорожденных в роддоме.
3. Токсикозы беременных.
4. Аномалии развития и заболевания плода и его придатков.
5. Патология родов (роды крупным плодом, внутриутробная асфиксия плода и пр.).

VII. Перечень вопросов для проверки конечного уровня знаний:

1. Факторы риска перинатального поражения ЦНС.
2. Клинические признаки перинатального гипоксически-травматического поражения нервной системы у детей.
3. План лечебных мероприятий при перинатальной энцефалопатии.

4. Отдаленные последствия перинатальной энцефалопатии.

5. Диспансерное наблюдение детей с перинатальным поражением ЦНС.

6. Факторы риска родовой травматизации.

7. Дайте определения понятию "родовая травма". Какие виды родовых травм Вы знаете?

8. Опишите клинические проявления родовых травм центральной и периферической нервной системы, костные повреждения.

9. Назовите основные принципы лечения родовых травм.

10. В чем заключается профилактика родового травматизма?

11. Этиопатогенетические механизмы развития гемолитической болезни новорожденных (ГБН).

12. Назовите основные клинические проявления ГБН.

13. С какими заболеваниями необходимо дифференцировать ГБН?

14. Какие лечебные мероприятия проводятся больным ГБН?

15. Каков прогноз этого заболевания?

16. В чем заключается профилактика ГБН?

17. Как осуществляется диспансеризация больных ГБН на участке?

Блок информации.

ГЕМОЛИТИЧЕСКАЯ БОЛЕЗНЬ НОВОРОЖДЕННЫХ (ГБН)

– это тяжелое врожденное заболевание, возникающее внутриутробно или в первые дни после рождения в результате иммунологической несовместимости крови матери и плода по резус фактору, групповым антигенам крови и очень редко – по другим факторам крови (система Келла, Даффи, Лютерана, Льюиса и др.).

Резус-фактор является протеином, находится преимущественно в эритроцитах, но также содержится в меньших количествах в других клетках крови (лейкоцитах, тромбоцитах). Имеются следующие разновидности резус-фактора, которые качественно отличаются друг от друга: антигены Д, С и Е. Чаще всего ГБН развивается вследствие иммунологической несовместимости крови матери и плода по фактору Д.

Патогенез.

Попадая в кровь резус-отрицательного человека, антиген Д вызывает иммунную реакцию с выработкой антирезусных антител. ГБН развивается тогда, когда резус-отрицательная женщина беременна резус положительным плодом, который унаследовал резус-фактор от резус-положительного отца. Резус-фактор плода, проникая через плаценту

в кровоток матери, иммунизирует ее, вызывая выработку антирезус-антител. Иммунизация женщин с резус отрицательной принадлежностью крови может наступить также после введения им резус-положительной крови независимо от метода и времени введения (внутримышечно или внутривенно), а также после искусственного или самопроизвольного аборта, внематочной беременности.

Антирезус-антитела, выработанные в организме матери в ответ на резус-фактор плода, попадают в кровь плода и вызывают реакцию антиген-антитело с его резус-положительными эритроцитами, что приводит гемолизу последних и накоплению в крови новорожденного непрямого билирубина в токсических количествах. При нормально протекающей беременности плацента является непроницаемой для антирезус-антител, выполняя барьерную функцию. Однако при ряде патологических состояний, вызывающих нарушение целостности ворсин хориона или их проницаемость: токсикозы беременных, угроза прерывания беременности, экстрагенитальная патология, антирезус-антитела проходят через плаценту и, попадая в кровь плода, вызывают реакцию антиген-антитело с гемолизом его эритроцитов и развитием ГБ внутриутробно. Наиболее значительные трансплацентарные трансфузии антигенов и антител наблюдаются во время родовой деятельности, особенно при затяжных родах и при оперативных вмешательства (ручное отделение плаценты, поворот плода и др.).

При первой беременности иммунизация женщины начинается в основном только после родов и поэтому у плода и новорожденного ГБ не развивается. Каждая последующая беременность усиливает состояние сенсибилизации к резус-фактору, сопровождается повышением титра антирезус-антител во время беременности и возрастанием опасности поражения плода и новорожденного.

Реакция антиген-антитело ведет к усиленному гемолизу эритроцитов, в результате чего образуется значительное количество свободного (непрямого) билирубина, который оказывает токсическое действие на организм ребенка, нарушая тканевой метаболизм за счет выключения дыхательных ферментов из процессов фосфорилирования. Непрямой билирубин нерастворим в воде и не может выводиться из организма с мочой и калом. Благодаря хорошей растворимости свободного билирубина в липидах он накапливается в больших количествах в органах, богатых липидами – мозг, надпочечники, печень и др., вызывая нарушение их функции. Непрямой билирубин вступает во временную связь с альбумином и транспортируется кровью к печени, где захватывается печеночной клеткой и под действием фермента глюкуронилтрансферазы соединяется с двумя молекулами

глюкуроновой кислоты, превращается в нетоксический водорастворимый связанный (прямой) билирубин – билирубиндиглюкуронид. Прямой (связанный) билирубин из печеночной клетки попадает в желчные капилляры, далее в желчные пути и желчный пузырь, откуда выделяется в кишечник. Одной из основных причин, способствующих накоплению непрямого билирубина в крови и тканях новорожденного и появлению желтухи, является значительное снижение активности глюкуронилтрансферазы. У недоношенных детей, в связи с еще большей незрелостью ферментных систем печени и замедленным их созреванием, процесс билирубинконъюгации задерживается и потому гипербилирубинемия выражена значительнее. Кроме того, повышенная проницаемость капилляров недоношенных детей и гистологическая незрелость их тканей облегчают переход непрямого билирубина в нервную ткань при более низких его концентрациях (150-170 мкмоль/л), особенно в сочетании с гипоксией и гипопротеинемией.

Клиническая картина ГБН. Различают 3 клинические формы заболевания

1) отечная

2) желтушная

3) анемическая

Отечная форма ГБН – это наиболее тяжелая форма гемолитической болезни. Заболевание развивается еще внутриутробно. Чаще всего рождению детей с отечной формой предшествует рождение детей с желтушной формой ГБ или самопроизвольные выкидыши. Дети с отечной формой очень бледны, анемичны, но без желтухи или последняя выражена очень незначительно. Отсутствие желтухи связано с тем, что непрямой билирубин, образующийся при гемолизе эритроцитов, переходит трансплацентарно в кровь матери и ее печенью конъюгируется. Частично функцию связывания непрямого билирубина, вероятно, берет на себя плацента, чем можно объяснить большие размеры ее при отечной форме ГБ.

Наиболее выраженными симптомами заболевания наряду с анемией являются значительный отек подкожной клетчатки, наличие свободной жидкости в полостях, увеличение печени и селезенки. В крови характерны гипопротеинемия и наличие молодых форм эритроцитов – нормобластов и эритробластов. При этой форме заболевания нередко наблюдается геморрагический синдром. Резко выраженная анемия в сочетании с гипопротеинемией и повреждением сосудистой стенки ведет к развитию сердечной недостаточности, являющейся чаще всего непосредственной причиной смерти. Однако применение дробных заменных переливаний небольших количеств эритроцитарной массы

под контролем венозного давления в некоторых случаях дает возможность спасти этих детей.

Желтушная форма ГБН – наиболее частая, но менее тяжелая форма гемолитической болезни. Самый характерный ее симптом – желтуха, проявляющаяся иногда уже при рождении, однако чаще всего возникающая в первые сутки жизни. С рождения у ребенка нередко наблюдается желтушное окрашивание первородной смазки и околоплодных вод. При этой форме ГБН отмечается быстрое нарастание желтухи. У здоровых новорожденных содержание билирубина в пуповинной крови в среднем составляет 25-30 мкмоль/л, не превышая 51 мкмоль/л. В дальнейшем нарастание непрямого билирубина в крови не должно превышать 3,2 мкмоль/л в час. При желтушной форме ГБН может иметь место как увеличенное содержание непрямого билирубина в пуповинной крови за счет внутриутробного накопления, так и быстрый почасовой прирост его в постнатальном периоде, ибо в момент родов антитела от матери обильно проникают к плоду.

При желтушной форме ГБН почасовой прирост билирубина колеблется от 5 до 17 мкмоль/л. Увеличение непрямого билирубина в крови выше критического уровня – 300-342 мкмоль/л приводит к поражению центральной нервной системы и развитию "ядерной желтухи". Симптомы билирубиновой интоксикации проявляются в ухудшении состояния ребенка, снижении физиологических рефлексов периода новорожденности, появлении гипотензии, летаргии.

У недоношенных детей могут возникнуть приступы апноэ, переходящие в асфиксию.

На фоне резкой гипотензии и арефлексии появляются кратковременные тонические судороги, ригидность затылочных мышц, "маскообразное лицо" с широко открытыми глазами. У глубоко недоношенных детей фаза угнетения может длиться несколько часов. У более зрелых и доношенных она быстро переходит в спастическую фазу, с тяжелой картиной поражения ядер головного мозга: пронзительный "мозговой" крик, разгибательный гипертонус, ригидность затылочных мышц, спазм взора, нистагм, симптом "заходящего солнца". Прогностически неблагоприятно появление синдрома дыхательных расстройств. В дальнейшем у этих детей возникают стойкие двигательные нарушения, спастические парезы, вестибулярные и глазодвигательные расстройства. Поражение слуха, отставание в физическом и нервно-психическом развитии.

Среди новорожденных с гемолитической болезнью важно выделить детей с наибольшим риском развития билирубиновой энцефалопатии. К ним относятся:

1) дети с бурным гемолизом эритроцитов при рождении,

2) недоношенные дети с гемолитической болезнью в сочетании с обширными геморрагиями и кровоизлияниями во внутренние органы,

3) недоношенные и доношенные дети с большой потерей массы,

4) гипотрофики,

5) дети, родившиеся в асфиксии.

Эритробластоз не является постоянным признаком при желтушной форме ГБН, однако служит достоверным показателем тяжести заболевания.

Анемическая форма – наиболее легкая форма ГБН, встречается редко. Основное ее проявление – анемия и бледность кожных покровов. Увеличение печени и селезенки выражено незначительно и встречается редко.

Диагноз устанавливается на основании наличия резус-несовместимости крови матери и плода, клинической картины и определения гемоглобина и эритроцитов в крови новорожденного.

Поскольку различные формы ГБН, в сущности, являются стадиями одного процесса, выделяются три степени тяжести заболевания: легкая, средней тяжести и тяжелая Степень тяжести ГБН оценивается по выраженности таких основных признаков заболевания как отечность, желтуха и анемия в момент рождения.

Если основные симптомы относятся к I степени, то ГБ следует считать легкой формы (оценка 1-3 балла), если имеется хотя бы один из признаков II степени, то это состояние средней степени тяжести (4-6 баллов). При наличии хотя бы одного признака III степени – тяжелая форма заболевания (7-9 баллов).

Основные клинические симптомы	**Степень тяжести ГБ**		
	I	**II**	**III**
Анемия (содержание Нв в пуповинной крови, г/л)	150	150-100	100
Содержание билирубина в пуповинной крови, мкмоль/л	85,5	85,5-136	137
Отечный синдром	Пастозность подкожной клетчатки	Пастозность и асцит	Универсальный отек

Лечение ГБН должно быть организовано своевременно и направлено на быстрейшее удаление из организма токсических продуктов распада эритроцитов, непрямого билирубина, а также антител, способствующих гемолизу. Наиболее эффективным методом

лечения при тяжелой форме ГБН остается *заменное переливание крови (ЗПК)*. В последнее время имеются попытки вместо заменного переливания крови проводить гемосорбцию или плазмаферез с введением размороженной плазмы.

Показаниями к первому заменному переливанию крови в 1-2-е сутки жизни у доношенного новорожденного являются:

1) возникновение желтухи сразу после рождения или в первые часы жизни;

2) содержание билирубина в пуповинной крови выше 68 мкмоль/л;

3) почасовой прирост билирубина в первые часы жизни более 6,8 мкмоль/л;

4) уровень гемоглобина при рождении - 150 г/л и менее.

У недоношенных и незрелых новорожденных показания к заменному переливанию крови, кроме раннего появления желтухи и низкого уровня гемоглобина – содержание непрямого билирубина в пуповинной крови – 60 мкмоль/л и более и почасовой прирост билирубина 5 мкмоль/л и более.

Показаниями к повторному заменному переливанию крови (ЗПК) является такой же почасовой прирост билирубина у доношенных новорожденных, как и при первом переливании, но почасовой прирост исчисляется по отношению к цифрам, полученным после первого ЗПК.

Абсолютные показания к ЗПК (как первому, так и повторному) на 3-и, 4-е и позже сутки жизни – повышение уровня непрямого билирубина до 300 мкмоль/л у доношенного ребенка и до 270 мкмоль/л у недоношенного или незрелого новорожденного. Появление симптомов билирубиновой интоксикации, нарастающая вялость, снижение физиологических рефлексов периода новорожденности, приступы апноэ – показания для ЗПК независимо от уровня билирубина в крови.

При ГБН вызванной резус-конфликтом, переливается резус-отрицательная кровь, одногрупная с кровью ребенка, в количестве 150-180 мл/кг. При АВО-несовместимости заменное переливание осуществляется эритроцитарной массой 0(I) группы, совместимой по резус-фактору с кровью плода и плазмой АВ (IV) группы или одногруппной с кровью ребенка в соотношении 3:1. За 20-30 минут до операции ребенку вводится плазма или 10 % раствор альбумина в количестве 5-8 мл/кг массы для мобилизации билирубина из тканей в сосудистое русло. Операция начинается с выведения крови ребенка, дробными дозами, по 20 мл. выводится кровь ребенка и вводится донорская кровь (недоношенным трансфузии делаются по 10 мл. крови). После каждых 100 мл. перелитой донорской крови необходимы 2 мл. 10 % раствора глюконата кальция и 2 мл. 5 % раствора глюкозы. В конце операции

вводится 25 мл. плазмы или 10% альбумина и 5-10 мл. 4-5% раствора гидрокарбоната натрия.

Инфузионная терапия осуществляется в дополнение к ЗПК или при нетяжелых формах ГБН самостоятельно. Используются следующие растворы: гемодеза – 10 мл/кг, альбумина – 10-20 % по 5-8 мл/кг, плазмы – 8-10 мл/кг, глюкозы 10%, реополиглюкина – 10 мл/кг в различных комбинациях. При низком почасовом диурезе (менее 0,5 мл/час) используются диуретические препараты.

Фототерапия (светолечение), направлена на разрушение непрямого билирубина в поверхностных слоях кожи новорожденного. Наиболее эффективна прерывистая фототерапия по 2 часа через каждые 2 часа (6 фотосеансов) или по одному часу через час (12 фотосеансов). Курс фототерапии – 24-48 часов, для усиления фотоэффекта рекомендуется витамин B_2 по 5 мг 2 раза в сутки внутрь.

Для улучшения конъюгации и экскреторной функции печени назначаются фенобарбитал из расчета 10 мл/кг массы тела в сутки. Рекомендуется также антиоксидазная терапия: 20-30% раствор токоферола (витамин Е) по 0,2 мл. внутримышечно, 1 раз в сутки; рибофлавин (витамин B_2), кальция пангамат (витамин B_{15}) внутрь.

При синдроме "сгущения желчи" назначаются желчегонные (10 % раствор сернокислой магнезии) и спазмолитические средства. Выведению билирубина из кишечника способствует назначение карболена, агар-агара.

Вскармливание новорожденных с ГБН осуществляется сцеженным молоком для исключения физической нагрузки, которая может усилить гемолиз эритроцитов. Наличие антител в молоке матери не является противопоказанием для вскармливания грудным молоком, так как в желудочно-кишечном тракте ребенка антитела разрушаются. Однако прикладывать ребенка к груди целесообразно только после уменьшения желтухи и снижения содержания билирубина в крови.

Профилактика ГБН.

Специфический метод профилактики резус-сенсибилизации – введение резус-отрицательным женщинам после любого прерывания беременности (первые роды резус-положительным плодом, повторные роды без проявлений сенсибилизации, аборты, операции по поводу внематочной беременности) антирезус-иммуноглобулина. Антирезус-иммуноглобулин вводится по одной дозе (200 мкг) внутримышечно однократно не позднее 72 часов после родов. При искусственном прерывании беременности – сразу же после

окончания операции. После операции кесарева сечения, ручного отделения последа, предлежания плаценты, преждевременной отслойки нормально расположенной плаценты препарат необходим в двойной дозе.

ГИПОКСИЯ

– это симптомокомплекс, который возникает в условиях кислородной недостаточности.

Наиболее частые причины перинатальных гипоксических церебральных повреждений следующие:

1. Причины, связанные с состоянием здоровья женщины – соматические, гинекологические, инфекционные заболевания женщины, в том числе специфические (цитомегалия, токсоплазмоз, герпесвирусная инфекция), проф. вредности (работа в условиях недостатка кислорода, влияние шума, вибрации, полей высокой частоты, интенсивных магнитных полей, контакт с химическими и биоорганическими веществами).
2. Причины, связанные с осложненным течением беременности – токсикоз II половины, угроза прерывания беременности.
3. Причины, связанные с осложнением течения родов – затяжные или стремительные роды, слабость родовой деятельности, дородовое излитие вод.
4. Причины, связанные с состоянием новорожденного – гипогликемия, тяжелые заболевания органов дыхания, сердечно-сосудистой системы, незрелость ребенка, диафрагмальная грыжа, способствующие сохранению тяжелой гипоксии после рождения ребенка.

Различают первичную (врожденную) и вторичную (постнатальную, возникающую в первые часы жизни) гипоксию новорожденных. По времени возникновения первичная асфиксия может быть анте- и (или) интранатальной. В зависимости от длительности воздействия выделяют острую (чаще интранатальную) и хроническую (чаще внутриутробную) гипоксию. Степень тяжести зависит от длительности, времени возникновения и выраженности гипоксии.

Патогенез антенатальной гипоксии. Патология беременности приводит к падению содержания кислорода в крови и к гипоксии. При этом включаются компенсаторные механизмы, направленные на улучшение снабжения органов и тканей кислородом: повышение числа циркулирующих эритроцитов, учащение сердечного ритма, увеличение выброса глюкокортикоидов, некоторое повышение систолического давления. Однако при

длительной гипоксии эти компенсаторные механизмы истощаются. Включается энергетически невыгодный путь обмена углеводов – анаэробный гликолиз.

Циркулирующая кровь перераспределяется таким образом, что в первую очередь снабжаются кровью жизненно важные органы – мозг, сердце. Это, в свою очередь, приводит к обеднению снабжения кровью кишечника, мышечной ткани, почек и возникновению метаболического ацидоза, который способствует нарушению проницаемости сосудистой стенки и клеточных мембран. Это опосредует выход жидкой части крови из сосудистого русла (отек мозга), гиповолюмию, увеличение гемоконцентрации вплоть до образования внутрисосудистых тромбов, развитие диапедезных и больших крупных кровоизлияний в головной мозг. Происходит гибель нейронов коры и подкорки. Одновременно из клеток выходит калий, появляется гипокальциемия, гипомагниемия, это усугубляет поражение сердца и центральной нервной системы. Снижается систолическое давление, что сопровождается резким падением интенсивности мозгового кровотока. Возникает ишемия мозга, которая является основным механизмом гипоксической энцефалопатии, а также ишемия сердца, папиллярных мышц.

Патогенез интранатальной гипоксии. В результате действия вредных факторов в родах, в организме ребенка развивается гипоксия, гиперкапния, ацидоз, которые вызывают спазм легочных артериол и отек альвеолярной стенки, тормозят синтез сурфактанта. Возникают ателектазы, которые усугубляют гипоксию, ацидоз. Спазм артериол ведет к повышению давления в сосудах легких, повышению проницаемости сосудистой стенки. Элементы плазмы пропотевают в альвеолы, выпадает фибрин, что приводит к образованию гиалиновых мембран. В сосудах происходит гемоконцентрация, внутрисосудистое свертывание, т.е. развивается отечно-геморрагический синдром вплоть до кровоизлияний в центральную нервную систему, в ткань легких и другие органы. Возникает синдром дыхательных расстройств. В основе развития постнатальной (вторичной) гипоксии лежат расстройства дыхания и кровообращения.

Внутричерепная родовая травма в отличие от гипоксии – это местное повреждение тканей плода в процессе родов в результате механических влияний, вызывающих сдавление мозга, размозжение, разрывы тканей, кровоизлияние в ткань мозга или оболочки. Этому способствует несоответствие родовых путей матери и размеров головки плода, аномалии предлежания, слишком бурная или затяжная родовая деятельность.

Под термином энцефалопатия понимают неклассифицированные поражения

центральной нервной системы.

Клиническая картина. При рождении ребенка оценка состояния по шкале Апгар проводится двукратно – на 1-й и 5-й минутах жизни. У недоношенных новорожденных оценку по шкале Апгар следует сочетать с оценкой выраженности дыхательных расстройств.

В остром периоде гипоксия, в зависимости от степени тяжести, условно делится на легкую, среднетяжелую и тяжелую.

Легкая степень – оценка по шкале Апгар 6-7 баллов, характеризуется повышением нервно-рефлекторной возбудимости. Отмечается эмоционально-двигательное беспокойство, спонтанный рефлекс Моро, вздрагивание, мелкоамплитудный тремор, иногда непостоянный горизонтальный нистагм, преходящее косоглазие. Врожденные рефлексы умеренно усилены. Отмечается мышечная дистония, иногда – изменения ритма дыхания, умеренная тахикардия. К 15-му дню симптомы начинают исчезать.

Среднетяжелая степень – оценка по шкале Апгар – 4-5 баллов. В первые 7-10 дней жизни поражение нервной системы характеризуется следующими синдромами: общего угнетения, гипертензионным, гипертензионно-гидроцефальным, судорожным синдромом или их сочетанием.

Синдром общего угнетения проявляется значительной вялостью новорожденных, слабой реакцией на окружающее, снижением врожденных рефлексов, в том числе сосательного и глотательного, мышечной гипотонией, которая вскоре может сменяться повышением мышечного тонуса. В первые 5-7 дней иногда наблюдается судорожный синдром (клонико-тонические судороги), горизонтальный нистагм, преходящие очаговые симптомы поражения центральной нервной системы (нарушение функции черепно-мозговых нервов 3, 6, 7-й пар, анизорефлексия, асимметрия мышечного тонуса), нарушения сердечного ритма и дыхания.

При гипертензионном синдроме преобладает беспокойство новорожденных, общая гиперестезия, нарушение сна, иногда вскрикивание, тремор век, подбородка, повышение рефлексов орального автоматизма, сухожильных рефлексов, появление спонтанного рефлекса Моро. Возможно выбухание и напряжение родничков, протрузия глазных яблок, умеренно выраженный симптом Грефе.

Для гипертензионно-гидроцефального синдрома наряду с вышеописанной симптоматикой типично расхождение черепных швов, увеличение размеров головы и родничков, изменение формы черепа.

Судорожный синдром характеризуется чаще генерализованными или локальными судорогами клонического или клонико-тонического характера. Судороги могут возникать в первые часы – дни после рождения ребенка.

Тяжелая степень – оценка по шкале Апгар 1-3 балла. Характеризуется симптомами пре- и коматозного состояния новорожденного. Отмечается резкая слабость, вялость, адинамия, крик слабый или отсутствует, мышечная гипотония или атония. Реакция на болевое раздражение резко снижена или не вызывается. Сухожильные и врожденные рефлексы, включая сосание и глотание, угнетены или отсутствуют, нередко наблюдается вертикальный нистагм, плавающие движения глазных яблок, анизокория. В наиболее тяжелых случаях зрачки сужены, реакция на свет вялая или отсутствует, корнеальные рефлексы резко снижены. Дыхание аритмичное, с частым апноэ, повторными приступами цианоза. Отмечается брадикардия, пульс аритмичный, артериальное давление понижено. Наблюдаются повторные судороги с преобладанием тонического компонента. В зависимости от характера повреждения и локализации очага возникают парезы черепно-мозговых нервов, двигательные нарушения. Поражения большей частью бывают диффузными, захватывая ствол, подкорковые отделы и кору мозга. В основе этих изменений лежит генерализованный отек мозга. Тяжесть состояния может быть обусловлена кровоизлияниями вследствие тяжелой гипоксии.

В восстановительном периоде наблюдаются следующие синдромы: двигательных нарушений, задержки психомоторного и предречевого развития, эпи- и гидроцефальный, вегето-висцеральных дисфункций, повышенной нервно-рефлекторной возбудимости и цереброастенический синдром.

Синдром двигательных нарушений может проявляться повышением или снижением двигательной активности, гипо- или гипертонией. При мышечной гипотонии снижена спонтанная активность, мышечный тонус, сухожильные рефлексы. При мышечной гипертонии также резко снижена двигательная активность, ребенок принимает эмбриональную позу, появляется общая скованность из-за высокого мышечного тонуса. Врожденные рефлексы имеют парадоксальную динамику: угнетение рефлексов сосания, глотания, опоры, ползания наряду с усилением и задержкой обратного развития рефлексов орального автоматизма, Робинзона, Бабкина. Возможны моно- и гемипарезы спастические и вялые, а также гиперкинезы.

Следует напомнить, что физиологический гипертонус появляется со 2-й недели жизни и исчезает к 3 мес. У незрелых и недоношенных гипертонус появляется позже и

держится долго (до 5 мес.) Если мышечный тонус к 5 мес. не нормализуется, следует исключить детский церебральный паралич.

Исходы: выздоровление (нормализация тонуса мышц от проксимальных отделов к дистальным в течение 3-6 мес.), детский церебральный паралич.

Синдром задержки психомоторного и предречевого развития может развиваться у детей с судорожным синдромом, а также у детей, перенесших коматозное состояние. Психическое развитие обычно опережает моторное.

При преобладании нарушений статико-моторных функций ребенок начинает позднее держать голову, сидеть, ходить при нормальном психическом развитии.

Преимущественное нарушение речи характеризуется слабым криком или его отсутствием, нарушением темпов развития речи (задержка формирования артикуляции).

При преобладании нарушения психики ребенок позднее фиксирует взгляд, прослеживает за игрушкой, ориентируется в окружающей среде. Исходы: олигофрения.

Эписиндром характеризуется наличием повторяющихся судорог полиморфного характера от мелких приступов до развернутых общих судорог тонико-клонического характера. Судороги становятся пароксизмальными, серийными, сопровождаются нарушением сознания. Иногда отмечается появление пены у рта, упускание мочи. Исход лучше, если судороги возникают в периоде новорожденности или раннем грудном возрасте, когда они могут быть проявлением метаболических нарушений у ребенка с соматическим заболеванием, в более поздние сроки больше данных за развитие эпилепсии.

Гидроцефальный синдром проявляется в виде открытой наружной гидроцефалии, при которой отмечается расхождение швов черепа, выбухание и пульсация родничков, значительное увеличение головы, увеличение затылочного бугра, симптом "заходящего солнца", протрузия глазных яблок, возможен нистагм, парез 3-6 пар черепно-мозговых нервов. Диагноз ставится по результатам ЭХО-энцефалографии и нейросонографии. При исследовании глазного дна могут выявляться кровоизлияния, изменения калибра сосудов. Рентгенография черепа позволяет исключить объемные образования в полости черепа, обнаружить кальцинаты вследствие перенесенной внутриутробной инфекции.

Течение гидроцефального синдрома, может быть благоприятным (во время лечения исчезают симптомы) и неблагоприятным: формирование истинной декомпенсированной гидроцефалии, эпилепсии, детского церебрального паралича.

Синдром вегето-висцеральных дисфункций характеризуется появлением "мраморного" рисунка кожи, акроцианоза, расстройствами терморегуляции, желудочно-кишечными дискинезиями с явлениями пилороспазма, повышением перистальтики кишечника, урчанием, запорами, срыгиванием, рвотой, лабильностью сердечно-сосудистой и дыхательной систем, повышенной потливостью, саливацией, нарушением аппетита. Исходы: благоприятный (у незрелых детей, т.к. сходные симптомы обусловлены незрелостью ЦНС), неблагоприятный – формирование вегето-сосудистой дистонии, дискинезии желудочно-кишечного тракта, желчевыводящей системы, энурез.

Синдром повышенной нервно-рефлекторной возбудимости. У детей отмечается плохой сон, беспокойство, повышенная двигательная активность, вздрагивания, оживление сухожильных рефлексов и рефлексов новорожденных, срыгивания, горизонтальный нистагм, непостоянное сходящееся косоглазие.

Исходы: выздоровление к 4-6 месяцам или позже, формирование судорожного синдрома (у 15-20% детей), переход в астено-невротический синдром (после года).

Цереброастенический синдром (астено-невротический синдром).

На фоне нормального психофизического развития наблюдается эмоциональная лабильность, двигательное беспокойство при незначительных изменениях в окружающей среде. Отмечается неуравновешенность процессов возбуждения и торможения, протекающих по двум типам: гиперстеническому и гипостеническому. Общее в симптоматике: страхи, тики, логоневроз, нарушение сна, трудная адаптация к новой обстановке.

Исход: выздоровление, психопатическое развитие личности.

Диагноз. При постановке диагноза учитывают заболевания матери, акушерский и гинекологический анамнез, данные клинико-лабораторного исследования. В качестве дополнительных диагностических методов проводят ультрасонографию, компьютерную томографию (позволяют определить площадь и локализацию повреждения), электроэнцефалографию (появление патологических потенциалов), радиоизотопное сканирование с изотопом технеция (позволяет определить локализацию участков некроза, околожелудочковое размягчение). Вспомогательное значение имеет эхоэнцефалография, которая позволяет установить локализацию кровоизлияния, окклюзионный синдром. Состояние церебрального кровообращения может быть уточнено с помощью реоэнцефалографии, допплерографии. Магнитно-резонансную томографию применять у новорожденных пока сложно из-за технических трудностей.

В качестве дополнительных методов исследования проводят люмбальную пункцию, офтальмоскопию, рентгенографию черепа. В остром периоде определяют кислотно-основное состояние и газовый состав крови, уровень гликемии, гематокритный показатель, электролиты (калий, натрий, кальций, магний), креатинин, киназу, ЛДГ. При тяжелой гипоксии целесообразно мониторное наблюдение за состоянием ребенка. Клинический анализ крови позволяет рано диагностировать анемию и подозревать развитие инфекции.

Дифференциальный диагноз перинатальной гипоксии проводят со следующими состояниями:

1. внутриутробной нейроинфекцией, которая может развиваться, если мать во время беременности перенесла инфекционное заболевание или страдает специфической инфекцией,
2. внутричерепной или спинальной родовой травмой,
3. острой надпочечниковой недостаточностью,
4. травмой паренхиматозных органов,
5. диафрагмальной грыжей,
6. врожденными пороками сердца,
7. постгеморрагической анемией,
8. наследственными нарушениями обмена веществ (фенилкетонурия, галактоземия),
9. врожденными пороками развития центральной нервной системы.

Лечение. Целесообразно поэтапное лечение детей с тяжелыми вариантами гипоксии.

1 этап – в родильном зале при рождении ребенка лечение направлено на восстановление сердечной деятельности и дыхания.

2 этап – в палате реанимации и интенсивной терапии – направлено на восстановление гемодинамики, ликвидацию метаболического ацидоза, сохранение функций центральной нервной системы.

Особую важность имеет соблюдение температурного режима новорожденного в процессе реанимации (ребенок помещается под источник тепла), так как переохлаждение сопровождается генерализованной вазоконстрикцией, усугубляя ацидоз.

Восстановление проходимости дыхательных путей начинается с момента рождения головы путем отсасывания содержимого рта и глотки электроотсосом через тонкий катетер. Эвакуация аспирированных масс из дыхательных путей после рождения осуществляется под контролем ларингоскопа, в дальнейшем проводится вспомогательная

вентиляция легких 60% O_2 через маску. При тяжелой гипоксии после восстановления проходимости трахеобронхиального дерева приступают к искусственной вентиляции легких с помощью интубации, поскольку масочное дыхание для таких больных является недостаточным. В процессе ИВЛ проводится санация трахеобронхиального дерева путем введения через катетер в дыхательные пути 0,5-1 мл. 5% раствора бикарбоната натрия, 2-3 капель 2,4% раствора эуфиллина с последующим отсасыванием аспирата каждые 5-10 мин. Для профилактики воспалительных изменений в легких через эндотрахеальную трубку вводятся антибиотики в сочетании с кортикостероидными препаратами. Назначают оксигенацию 40% O_2.

При проведении ИВЛ у недоношенных целесообразно применять гелиокислородную смесь, оказывающую антиателектатическое действие, в соотношении 1:1 или 2:1, длительность ИВЛ - до 1 ч.

На II этапе реанимации в тяжелых случаях дыхательной недостаточности иногда используют метод гипербарической оксигенации. С целью восстановления сердечной деятельности при ее отсутствии или брадикардии (менее 100 в мин.) проводят непрямой массаж сердца совместно с ИВЛ и введением антиацидотических препаратов. Через 2-3 мин при его неэффективности внутрисердечно или в вену пуповины вводят 0,5 мл. 10% глюконата кальция и 1 мл. адреналина.

Одновременно проводится инфузионная терапия, основными задачами которой является ликвидация ацидоза, нормализация гемодинамики, метаболических нарушений, восстановление объема циркулирующей крови, ее реологических свойств, коррекция электролитных нарушений. Инфузия лекарственных растворов обычно проводится обычно путем пункции пупочной вены или ее катетеризации.

Лечение детей с гипоксией проводится в зависимости от тяжести состояния. Важное значение имеет коррекция сердечно-сосудистых нарушений. После полноценной оксигенации и ликвидации ацидоза, вводят строфантин или коргликон в дозе 0,03 мл на 1 кг. массы в 0,9% растворе хлорида натрия внутривенно медленно.

При брадикардии внутривенно вводится 0,05-0,1 мл 0,1% раствор атропина сульфата. Если брадикардия не исчезает, препарат вводят повторно в сочетании с адреналином. Для улучшения трофики сердечной мышцы включают витамины группы В, С, препараты калия – панангин, поляризующую смесь, сульфокамфокаин.

Для восстановления сосудистого тонуса, назначают преднизолон или гидрокортизон, при артериальной гипотонии внутривенно следует ввести допамин (10

мкг/кг/мин) или 0,2% раствор норадреналина (20 мкг/кг/мин) в 10% растворе глюкозы.

При назначении инфузионной терапии нужно определить суточную потребность новорожденного в жидкости – не более 50-60 мг/кг, скорость интравенозных вливаний 6-8 капель в минуту.

Для восстановления микроциркуляции используются декстраны, одновременно следует вводить салуретики (лазикс 1 мг/кг) для предупреждения гипергидратации.

Важное значение имеет борьба с отеком мозга путем введения альбумина, нативной плазмы (10-15 мл/кг) в сочетании с диуретиками. При снижении уровня сахара крови ниже 2 ммоль/л необходимо введение 10-15 мл. 20% глюкозы и преднизолона 0,5 мг/кг. Дети с гипотрофией и недоношенные склонны к гипогликемии уже в первые 3-6 часов жизни.

В комплексное лечение детей целесообразно включать внутривенное введение кавинтона в дозе 2,5-5 мг/сут., сермиона 4 мг/сут., с целью улучшения энергообмена и увеличения резистентности мозговых клеток к гипоксии, трентала 0,5 мл/сут. для улучшения микроциркуляции, ноотропила 1-3 мл/сутки для поддержания обмена в нейронах.

Показаны витамины группы В, Е, С, липоевая кислота, коферменты – ККБ, АТФ.

Новорожденные с перинатальной энцефалопатией подлежат дальнейшему лечению в отделении реабилитации, предусматривающему продолжение курса, назначенного в родильном доме, с индивидуальной коррекцией его в зависимости от формирующейся на данном этапе синдромальной патологии.

При синдроме двигательных нарушений назначают 1% глютаминовую кислоту по 1 ч.л. 3 раза, АТФ по 1 мл в/м, ККБ по 25 мг в/м, 1% витамин B_6 по 0,5 в/м, дибазол по 0,5-1 мг в день 1-1,5 мес., массаж 3 курса (1 мес., 3 мес. и во 2-м полугодии), лечебную физкультуру на 2-м мес. жизни, упражнения в воде со 2-3-й недели жизни (температура воды при повышенном тонусе 38-39°С, при пониженном 35-34°С, во 2-м полугодии до 32°С).

При спастико-гипотоническом синдроме рекомендуется назначать мидокалм в дозе 5 мг/кг в день (курс лечения до 2 мес.).

При синдроме задержки развития рекомендуется энцефабол в сиропе 1/2 ч.л. в 1-е полугодие, 1 ч.л. во 2-е полугодие 1-2 мес.; пиридитол 0,25 х 2 раза в день, пирацетам (ноотропил) в/м или внутрь 30-50 мг/кг в сутки.

В лечении больных используют кавинтон, эуфиллин, витамины В1, В6, глютаминовую кислоту, дибазол. Очень вялым больным назначают церебролизин в/м 0,3-

0,5 мг, аминалон 1/4 т. 2-3 раза в день 1-2 мес., витамин В12 50-100 мкг в сутки 10-15 дней, кобамамид (кофермент витамина В12) при гипотрофии 125-250 мкг в сутки в/м 7-10 дней или 3 недели внутрь в той же дозе.

При эписиндроме назначают фенобарбитал 1 мг/кг 2-3 раза в день не менее 6 мес. на фоне дегидратационной терапии (диакарб 0,02 г/кг в сутки курсами 3 дня, перерыв 1 день) в течение 1-1,5 мес. Дегидратацию повторяют короткими курсами (7-8 дней) – в критические периоды (на фоне острого респираторного заболевания, при прорезывании зубов, поступлении в детский коллектив). Рассасывающая терапия начинается через 1 мес. после судорог. Назначают алоэ 0,3-0,5 в/м 12-15 инъекций, лидазу п/к 8 ед.-16 ед.-32 ед. 10-12 инъекций 10-14 дней.

При гипертензионно-гидроцефальном синдроме рекомендуют диакарб 0,02 г/кг в сутки 1 раз утром 3 дня, перерыв 1 день, курс 1-1,5 мес., в сочетании с препаратами калия – аспаркам, панангин. При приеме диакарба может развиться метаболический ацидоз, поэтому полезно назначить соду внутрь или в свечах 50-80 мг/сут. Назначают верошпирон 2 мг/кг 2 дня, перерыв 1 день, дают 1-2 мес., назначают с препаратами калия.

Применяют также глицерол (тормозит продукцию ликвора) 1 ч.л. 3 раза 1-2 мес., микстуру с цитралью, сернокислую магнезию.

Используют сосудистые средства: винпоцетин или кавинтон 1 мг 2 раза, циннаризин или стугерон 5 мг 2 раза в день 1,5-2 мес., сермион 2 мг 2 раза в день, компламин 1/4 т. 2 раза в день, трентал ¼ т. 2 раза в день. Назначают средства, улучшающие обмен в нервной клетке: витамин B_6 1% 0,5 в/м или внутрь 1-2 мг/кг в сутки 1 мес., пиридоксальфосфат 2,5 мг (1/4 таблетки 1-2 раза в день 1-2 мес.), глютаминовую кислоту 5 мг (1/4т. 2 раза в день.)

При синдроме повышенной нервной рефлекторной возбудимости назначают реланиум 0,5 мг/кг в сутки, седуксен 1 мг/кг в сутки, тазепам 1 мг/кг в сутки, 1% бромистый натрий 1 ч.л. 3 раза в день; микстуру с цитралью 1 ч.л. 3 раза, отвары растений с седативными действиями (корень валерианы, пиона, трава душицы, шалфея, мяты, пустырника).

При астено-невротическом синдроме показано: возбудимым детям – витамины В, Е, препараты брома, углекислые и сульфидные ванны, мепробамат, терален, тазепам, элениум, вялым детям – ванны с морской солью, витамины B_6, С, кофеин, элеутерококк, пантокрин.

Последовательное этапное длительное лечение детей с перинатальной

энцефалопатией способствует предотвращению развития органической патологии и позволяет успешно справиться с функциональными поражениями центральной нервной системы.

Прогноз. Прогноз зависит от причины, вызвавшей гипоксию и от тяжести клинических проявлений. При острой интранатальной гипоксии при условии рационального лечения прогноз, как правило, благоприятный. У детей, перенесших хроническую внутриутробную гипоксию, прогноз для полного выздоровления надо делать с осторожностью.

При современных методах этапного лечения после перенесенной гипоксии 60-70% детей к 1 году не имеют неврологических отклонений, 20-25% нуждаются в продолжении лечения, а у 1-6% выявляются тяжелые органические нарушения (ДЦП, глухота, слепота, гидроцефалия).

Профилактика. Профилактика перинатальной гипоксии сводится к антенатальной охране плода, своевременному и рациональному лечению поздних токсикозов беременности, снижению частоты недонашивания, своевременному родоразрешению, правильной тактике ведения родов.

Задания для самостоятельной работы:

1. Решите ситуационные задачи.
2. Составьте тестовые задания по теме.
3. Осмотрите новорожденного ребенка с родовой травмой или ГБН. Опишите в рабочей тетради выявленные Вами отклонения в состоянии здоровья вашего пациента.

Схема обследования больного.

При сборе анамнеза обратите внимание на:

- очаги хронической инфекции у матери. Заболевания в период беременности.
- особенности течения беременности и родов (токсикозы, гипоксия плода, оценка новорожденного по шкале Апгар);
- особенности периода адаптации в раннем неонатальном периоде;
- вес при рождении, особенности вскармливания, прибавку в весе.

При объективном исследовании обратить внимание на:

- физическое и нервно-психическое развитие ребенка;
- цвет кожных покровов и слизистых;
- состояние костно-мышечной системы (наличие деформаций, патологической

подвижности, боль при пальпации и движении, ограничение подвижности одной из конечностей);

- наличие отечного синдрома;
- тахикардию, циркуляторные расстройства;
- увеличение печени и селезенки.

При интерпретации лабораторных данных:

- группу крови и резус-фактор ребенка и матери;
- снижение Hb;
- увеличение содержания непрямой фракции билирубина, динамику почасового прироста непрямого билирубина;
- гипопротеинемию (гипоальбуминемию), повышение уровня глобулиновых фракций;
- показатели цереброспинальной жидкости.

При дополнительном обследовании обратить внимание на:

- рентгенологическое исследование черепа и костей конечностей;
- УЗИ печени и селезенки;
- ЭЭГ;
- нейросонограмму.

Ситуационные задачи.

Задача №1

Ребенок 4 дней, от I беременности, срочных родов. Масса тела при рождении 3200 гр., длина – 50 см. При рождении кожные покровы желтушные, желтуха наросла к 4-му дню жизни, отмечалась вялость и сонливость. Границы сердца: верхняя – II ребро, левая – на 1 см. кнаружи от левой сосковой линии, правая – правая парастернальная линия. Тоны сердца приглушены. Пульс 130 уд/мин, удовлетворительного наполнения. Над верхушкой сердца выслушивается нежный систолический шум. В легких – без особенностей. Печень выступает из-под края реберной дуги на 3 см., селезенка – на 1,5 см. мышечный тонус снижен.

Кровь матери – B(III) Rh (-); кровь ребенка O(I) Rh (+).

Общий анализ крови: Нв-106 г/л, эритроциты – $3,4x10^{12}$/л, цветной показатель – 0,9, ретикулоциты – 3,5%, тромбоциты – $204x10^{9}$/л, лейкоциты – $9,7x10^{9}$/л, эозинофилы – 1%, п/я - 20%, с/я – 69%, лимфоциты – 10%, моноциты – 10%, СОЭ – 8 мм/ч.

Биохимичесий анализ крови: билирубин прямой – 10 мкмоль/л, непрямой – 211 мкмоль/л, АЛТ – 126 нмоль/л.

Вопросы:

1. Поставьте диагноз.
2. Каков патогенез заболевания?
3. Наметьте план дополнительного обследования и лечения.

Задача №2

Мальчик А., 4 дней, поступил в отделение патологии новорожденных из родильного дома по поводу выраженной желтухи.

Из анамнеза известно, что ребенок от женщины 23 лет, имеющей 0(1) Rh-отрицательную группу крови. Отец ребенка имеет А(II) Rh-отрицательную группу крови.

Первая беременность закончилась медицинским абортом при сроке 10 недель. Настоящая беременность вторая, протекала с гестозом во второй половине. Роды срочные. Масса тела при рождении 3200 гр., длина тела 52 см. Закричал сразу, крик громкий. К концу первых суток отмечена иктеричность кожных покровов и склер. На вторые сутки желтуха усилилась.

При поступлении в стационар состояние тяжелое, выраженная иктеричность кожных покровов и склер, ребенок вялый, отмечается мышечная гипотония, гипорефлексия. Печень выступает из-под края реберной дуги на 2,5 см., селезенка у реберного края. Стул переходный.

Общий анализ крови: Hb - 141 г/л, Эр. - 3,9х10^{12}/л, Ц.п. - 0,99, Лейк. - 9,4х10^{9}/л, п/я-7%, с-53%, э-1%, л-32%, м-7%, СОЭ – 1 мм/час.

Биохимический анализ крови на 2-й день жизни: общий белок – 54,4 г/л, билирубин: непрямой – 180 мкмоль/л, прямой – нет.

Задание:

1. Поставьте и обоснуйте диагноз.
2. Какие обследования надо провести дополнительно для уточнения диагноза?
3. Как следует кормить этого ребенка?
4. Назначьте лечение.
5. Чем следует делать заменное переливание крови в случае его необходимости? Как выбрать группу крови и Rh фактор?

Задача №3

Девочка Л, поступила в стационар в возрасте 6 дней.

Из анамнеза известно, что ребенок от женщины 26 лет, от первой беременности, протекавшей с токсикозом в первом триместре, нефропатией. Роды в срок, слабость родовой деятельности, стимуляция окситоцином. 1-й период 12 часов, 2-й – 25 минут, безводный промежуток – 10 часов, в родах отмечалось затруднение выведения плечиков. Масса тела при рождении 4200 гр., длина тела 54 см. Оценка по шкале Апгар 7/8 баллов.

После рождения ребенок беспокойный, отмечается гипервозбудимость, мышечная дистония, объем активных движений в левой руке снижен. В роддоме ребенку проводилось лечение сернокислой магнезией 25%, 5мл в/м, фенобарбиталом 0,005 х 2 раза, викасолом 0,3 мл в/м № 2. На 6-е сутки ребенок переведен в стационар для дальнейшего лечения.

При поступлении состояние ребенка средней тяжести. Кожные покровы розовые, мраморность рисунка. Пупочная ранка сухая. В легких дыхание пуэрильное. Тоны сердца ритмичные. Живот мягкий, печень выступает из-под реберного края на 1,5 см, селезенка не пальпируется. Стул желтый, кашицеобразный. Окружность головы – 37 см, большой родничок 2х2 см. Черепно-мозговая иннервация без особенностей. Рефлексы новорожденных: орального автоматизма +, но ладонно-ротовой слева не вызывается, хватательный и рефлекс Моро слева снижены. Мышечный тонус дистоничен, в левой руке снижен, рука приведена к туловищу, разогнута во всех суставах, ротирована внутрь в плече, кисть в ладонном сгибании. Активные движения ограничены в плечевом и локтевом суставах. Движения в пальцах сохранены. Сухожильный рефлекс с двуглавой мышцы слева не вызывается. На опоре сидит, автоматическая походка вызывается. Рефлексы: ползания +, защитный +, спинальные рефлексы +.

Общий анализ крови: Hb - 221 г/л, Эр. - 6,5х 10^{12}/л, Ц.п. – 0,97, тромб. -310,0х10^{9}/л, Лейк. - 8,2х10^{9}/л, п/я-6%, с-56%, э -1%, л-30%, м-8%, СОЭ-2 мм/час.

Биохимический анализ крови: общий белок – 55,0 г/л, билирубин: непрямой –98 мкмоль/л, прямой – нет, мочевина – 4,0 ммоль/л, калий – 6,0ммоль/л, натрий – 136 ммоль/л, кальций – 1,05 ммоль/л.

Нейросонограмма: немногочисленные эхоплотные включения в подкорковых ганглиях, повышена эхогенность перивентрикулярных областей, глубина большой затылочной цистерны 8 мм (норма – 6 мм).

Задание:

1. Ваш предварительный диагноз?

2. Какие дополнительные исследования необходимо провести для уточнения диагноза?

3. Назначьте лечение.

"ПОЛИКЛИНИКА. БОЛЕЗНИ НОВОРОЖДЕННЫХ".

I. Научно-методическое обоснование темы.

В современной патологии детей грудного возраста не утратила актуальности проблема внутриутробного инфицирования, неонатального сепсиса, характеризующегося особой тяжестью и высокой летальностью. Инфицированию новорожденных в значительной степени способствуют: наличие хронических очагов инфекции у матери, неблагоприятное течение беременности и родов, развитие перинатальной патологии, приводящей к декомпенсации гомеостатических систем.

С точки зрения единства матери и плода, решение чрезвычайно сложных комплексных проблем перинатального периода зависит не только от деятельности педиатра, но также терапевта, акушера. Эти обстоятельства объясняют необходимость серьезного изучения заболеваний периода новорожденности студентами лечебного факультета.

II. Цель деятельности студентов на занятии:

Студент должен знать:

- Предрасполагающие факторы к развитию перинатальной патологии, инфицированности, сепсиса у новорожденных;
- Основные этиопатогенетические механизмы развития сепсиса;
- Клинические проявления неонатального сепсиса, локальных гнойных поражений;
- Лабораторные методы диагностики гнойно-воспалительных заболеваний и сепсиса;
- Основные принципы лечения и профилактики гнойно-септических заболеваний новорожденных.

Студент должен уметь:

- Целенаправленно собрать анамнез;
- Провести объективное обследование новорожденного;
- Интерпретировать лабораторные и параклинические данные;
- Поставить диагноз;
- Составить план лечения больного;
- Выписать рецепты на основные медикаменты;

- Определить профилактические мероприятия.

III. Содержание обучения:

1. Нозологические формы локальной гнойно-септической инфекции.
2. Этиология и патогенез гнойно-септических заболеваний в современных условиях.
3. Сепсис (определение, клинические формы, лабораторная диагностика).
4. Особенности лечебных мероприятий при гнойно-воспалительных заболеваниях и сепсисе новорожденных.
5. Профилактика и диспансерное наблюдение больных перенесших ГВЗ и сепсис.
6. Внутриутробные инфекции (основные этиологические факторы, особенности клинической картины).
7. Дополнительные методы исследования внутриутробных инфекций у новорожденных.
8. Лечебные и профилактические мероприятия при внутриутробных инфекциях.

IV. Учебно-материальное обеспечение.

1. Наглядные пособия: таблицы, схемы, мультимедийные презентации, видеофильмы, аудиограммы.
2. Учебная медицинская документация (истории болезни, лабораторные исследования, рентгенограммы).
3. Технические средства обучения.
4. Литература.

V. Список рекомендуемой литературы.

1. Пропедевтика детских болезней [Электронный ресурс] : учебник / Юрьев В. В. и др.; под ред. В. В. Юрьева, М. М. Хомича. - М. ГЭОТАР-Медиа, 2012. Режим доступа: http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970422151.html

2 Шабалов Н.П. Неонатология, учебное пособие в 2-х томах, М. 2004г.

3. Физикальное обследование ребенка [Электронный ресурс] : учеб. пособие / Р.Р. Кильдиярова, Ю.Ф. Лобанов, Т.И. Легонькова - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015. Режим доступа: http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970432433.html

4. Детские болезни. Т. 1. [Электронный ресурс] / Запруднов А.М., Григорьев К.И., Харитонова Л.А. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. Режим доступа: http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970424216.html

5. Детские болезни: учебник: в 2 т. / Запруднов А. М., Григорьев К. И., Харитонова Л. А. - 2-е изд., перераб. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2013. - Т. 1. - 768 с. : ил - ISBN 978-5-9704-2421-6.

6. Детские болезни [Электронный ресурс] : учебник / под ред. Р. Р. Кильдияровой - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015. Режим доступа: http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970429488.html
7. Лабораторные и функциональные исследования в практике педиатра [Электронный ресурс] / Кильдиярова Р.Р. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2012. Режим доступа: http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970419588.html
8. Неотложная педиатрия. Алгоритмы диагностики и лечения [Электронный ресурс] / Цыбулькин Э.К. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2012. Режим доступа: http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970417416.html
9. Педиатрия. История болезни [Электронный ресурс] : учеб. пособие / Р.Р. Кильдиярова, В.И. Макарова, Р.М. Файзуллина. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2016. Режим доступа: http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970437162.html
10. Кильдиярова, Р. Р. Клинические нормы. Педиатрия / Кильдиярова Р. Р. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2019. - 384 с. - ISBN 978-5-9704-5235-6. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970452356.html
11.Лекции по педиатрии.
12.Методические указания для внеаудиторной работы студентов

VI. Перечень вопросов для проверки исходного уровня знаний:

1. Анатомо-физиологические особенности новорожденных, способствующие развитию гнойно-септических заболеваний.
2. Организация работы в палатах и отделениях новорожденных в роддоме.
3. Асептика и антисептика в акушерстве.
4. Токсикозы беременных.
5. Оценка состояния новорожденных по шкале Апгар.
6. Причины гипоксии плода.
7. Течение беременности, родов и послеродового периода при острых и хронических инфекциях и заболеваниях важнейших органов и систем.
8. Послеродовые инфекционные заболевания.

VII. Перечень вопросов для проверки конечного уровня знаний:

1. Этиология сепсиса и гнойно-септических заболеваний в современных условиях.
2. Клиника омфалита.
3. Клинические признаки везикулопустулеза.
4. Понятие о "пресепсисе", лечебные мероприятия. Группа риска по сепсису.
5. Определение и схема диагноза сепсиса.

6. Клинические формы сепсиса (клинико-морфологическая, биохимическая характеристика).

7. Особенности путей заражения "входных ворот" и метастазирования при сепсисе в современных условиях.

8. Дополнительные методы исследования, лабораторная диагностика сепсиса, гнойно-септических заболеваний.

9. Основные принципы терапии сепсиса.

10. Выбор антибактериальной терапии при сепсисе.

11. Заместительная терапия.

12. Принципы обследования и лечения матери больного сепсисом ребенка.

13. Рекомендации по ведению здорового образа жизни в период беременности.

14. Обработка пупочной ранки, уход за кожей и слизистой новорожденного.

15. Основные требования, предъявляемые к медперсоналу, обслуживающему палаты новорожденных.

Блок информации.

ЛОКАЛЬНЫЕ ГНОЙНО-ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ.

Этиология большинства этих заболеваний – граммположительные микроорганизмы (стафило- и стрептококки), в 1/4-1/3 случаев – грамотрицательные микробы (клебсиелла, кишечная палочка, псевдомонас и др.).

Омфалит – гнойное или серозное воспаление пупочной ранки, кожи и подкожного жирового слоя вокруг пупка, пупочных сосудов, сопровождающееся серозным или гнойным отделяемым, инфильтрацией и гиперемией пупочного кольца, замедленной эпителизацией ранки. На передней стенки живота видны красные полосы, характерные для присоединяющего лимфангита, расширенные поверхностные вены, а при пальпации определяются признаки поражения пупочных сосудов (при тромбофлебите пупочной вены круглый тяж пальпируется по средней линии живота над пупком, а при тромбартериите – с двух сторон: ниже пупка и сбоку). Возможно сочетание с неполным свищом и фунгусом пупка.

Лечение. Местно – обработка водными и спиртовыми растворами антисептиков (фурацилин, хлорофиллипт, бриллиантовый зеленый, р-р калия перманганата), лизоцимом, применение гелий-неонового лазера, при значительной инфильтрации – мазь Вишневского, при некротических изменениях – масло облепиховое и шиповника. Фунгус пупка прижигают 1 раз в день палочкой ляписа.

С учетом чувствительности высеянной из пупочной ранки флоры и выраженности воспалительного процесса, антибиотики применяют как местно (орошения, мази), так и парентерально, одновременно проводят мероприятия по стимуляции пассивного (γ-глобулин, антистафилококковая плазма и др.), а позднее и активного иммунитета. При токсикозе важна активная инфузионная терапия.

Прогноз при рано начатой терапии благоприятный, но в отдаленном периоде возможна портальная гипертензия.

Свищ пупка – врожденная аномалия развития, является следствием незаращения желточного протока или мочевого хода, существующих в раннем эмбриональном периоде и облитерирующихся к моменту рождения. Свищ бывает полным и неполным. Полные свищи могут быть двух видов (из незаращенного мочевого протока и незаращенного протока между пупком и кишечной петлей (в эмбриональном периоде проток соединяет кишечник с желточным мешком).

Клиническая картина. После отпадения пуповинного остатка обнаруживают свищевое отверстие, из которого выпячивается слизистая оболочка ярко-красного цвета и вытекает кишечное содержимое (полный свищ желточного протока). При неполном свище мочевого хода на дне пупочной ямки нет шаровидного выпячивания слизистой оболочки, а имеется участок мокнущей поверхности со свищевым отверстием в центре. Из этого отверстия при натуживании струйкой выделяется моча. Неполные свищи протекают с явлениями незначительного мокнутия пупка, кожа вокруг которого может быть мацерированной.

Лечение. Полный свищ подлежит хирургическому лечению по установлении диагноза, неполный – в возрасте старше 6 месяцев, т.к. при правильном уходе за пупком, возможно самостоятельное его закрытие.

Везикулопустулез – поверхностная стафилодермия новорожденных. Процесс локализуется в устье эккринных потовых желез. В патогенезе имеют значение астенизация и иммунная недостаточность у искусственно вскармливаемых детей. Способствующими факторами чаще всего являются перегревание, повышенная потливость, мацерация.

Клиническая картина характеризуются появлением поверхностно расположенных пузырьков величиной 1-3 мм., наполненных вначале прозрачным, а затем мутным содержимым. Гнойнички чаще множественные, локализуются на ягодицах, нижней части живота, волосистой части головы, в естественных складках. Кожа вокруг элементов не изменена, либо слегка гиперемирована, основание не инфильтрировано, и инфекционный

процесс захватывает кожу не глубже мальпигиевой сети. Динамика развития везикулопустулеза характерна: через 2-3 дня после появления пузырьки лопаются и образуется поверхностная эрозия, а затем она подсыхает и эпителизируется без последующей пигментации. При ранней диагностике и активном лечении общее состояние детей не нарушено, аппетит больных сохранен, температура тела нормальная. Однако иногда заболевание прогрессирует, развиваются пузырчатка, абсцессы потовых желез, псевдофурункулы, метастатические гнойные очаги - отит, пневмония, остеомиелит и др.

Лечение. Умывать, купать детей в период заболевания не рекомендуется. Очаги поражения и видимо здоровую кожу обрабатывают антисептическими бактерицидными средствами: р-р фурацилина, 0,1% р-р риванола, 0,1-0,2% р-р перманганата калия, анилиновые красители. Непосредственно на очаги пустулезных элементов наносят пасты с 1% эритромицина, 1% линкомицина, мази с антибиотиками.

Пузырчатка новорожденных (пемфигус) – более тяжелая форма стафилококковых пиодермий, протекающих доброкачественно или злокачественно.

Доброкачественная форма пузырчатки характеризуется появлением в конце первой недели жизни или позднее на фоне эритематозных пятен пузырьков и вялых пузырей размером 0,2-0,5 см, наполненных серозно-гнойным содержимым. Локализация – нижняя часть живота, конечности, паховые, шейные и др. складки. Элементы пузырчатки полиморфны, окружены венчиком гиперемии, имеют инфильтрированное основание (поражены все слои кожи). Чаще гнойнички множественные, высыпающие толчками. Общее состояние не нарушено, либо средней тяжести – вялость, аппетит сниженный, субфебрильная температура. При активном и рано начатом лечении через 2-3 нед. отмечается выздоровление, хотя по началу и доброкачественно протекающая пузырчатка может привести к метастатическим гнойным очагам, сепсису.

Злокачественная форма пузырчатки, называющаяся также пиококковым пемфигоидом, развивается в те же сроки, что и доброкачественная, но при ней наблюдаются вялые, размером от 0,5 до 2-3 см и более в диаметре, пузыри, кожа между которыми слущивается. Температура фебрильная, общее состояние тяжелое с преобладанием в клинической картине явлений интоксикации и анемии. В периферической крови имеются анемия разной степени выраженности, лейкоцитоз с нейтрофилезом и сдвигом влево, увеличенная СОЭ. Заболевание высоко контагиозно и, как правило, заканчивается сепсисом.

Эксфолиативный дерматит новорожденных (болезнь Риттера) – тяжелая форма эпидемической пузырчатки новорожденных.

Клиническая картина характеризуется состоянием эритродермии с множественными пузырями, обширными эрозивными поверхностями. Симптом Никольского положительный. Лишенные эпидермиса участки кожи напоминают ожог II степени. Различают три стадии болезни: эритроматозную, эксфолиативную и регенеративную. В тяжелых случаях процесс протекает септически со снижением массы тела, токсикозом, желудочно-кишечными расстройствами, анемией, диспротеинемией.

Лечение. Обязательно парентеральное введение полусинтетических пенициллинов, обладающих свойством ингибировать выработку эпидермолитического токсина и устойчивой к пенициллазе микробной флоры. В качестве антибиотиков специфического антистафилококкового действия используют фузидин-натрий, линкомицина гидрохлорид и цефалоспорины III-IV поколений. Одновременно с антибиотиками применяют гамма-глобулин, антистафилококковую плазму, антистафилококковый гамма-глобулин, стафилококковый анатоксин. С целью детоксикации вводят капельно в/в альбумин, реополиглюкин, полиглюкин, нативную плазму, 20% р-р глюкозы, проводят гемасорбцию или плазмаферез. При дисбактериозе кишечника назначают эубиотики (бифидумбактерин, бификол, бактисубтил, лактобактерин и др.). Показана витаминотерапия (аскорбиновая кислота, пиридоксальфосфат, пантотенат или пангамат кальция, витамины А и Е).

Наружное лечение и уход за детьми имеют особое значение вследствие контагиозности процесса. Производят ежедневную смену белья. Рекомендуют ежедневные ванны с раствором калия перманганата (1:10000). Пузыри вскрывают или отсасывают их содержимое шприцем. Кожу вокруг пузырей обрабатывают анилиновыми красителями, 0,1-0,2% спиртовым р-м сангвиритрина, 1-2% салициловым спиртом. Образующиеся эрозии подвергают УФО с последующей обработкой мазями и пастами, содержащими антибиотики.

Профилактика. Тщательное соблюдение гигиенического режима. Обязательное кварцевание палат. По возможности детей, страдающих стафилодермиями, помещают в боксы. Сохраняется грудное вскармливание или при гипогалактии у матери ребенка переводят на донорское грудное молоко.

Стафилококковая пиодермия. Различают поверхностные и глубокие формы. К поверхностным относят остиофолликулит, фолликулит; к глубоким – гидраденит, фурункул, карбункул.

Остиофолликулит – гнойное воспаление устья волосяного фолликула с образованием поверхностной конической пустулы, пронизанной в центре волосом. При распространении нагноения вглубь фолликула возникает фолликулит. Более глубокое гнойно-некротическое воспаление волосяного фолликула и окружающих тканей с образованием некротического стержня называется фурункулом. Фурункул верхней части лица опасен из-за возможности метастазирования инфекции с возникновением септического состояния с явлениями менингита.

Гидроаденит – гнойное воспаление апокринных потовых желез, располагающихся чаще в области заднего прохода, гениталий. Патогенетические факторы те же, что и для всех стафилококковых процессов, но добавочное воздействие оказывают повышенная потливость, щелочная реакция пота.

Стрептококковая пиодермия проявляется основным первичным пустулезным элементом – фликтеной. Наиболее часто встречающимися разновидностями пиодермии у детей являются поверхностное стрептококковое поражение – импетиго и глубокое – эктима. Стрептококковое импетиго проявляется поверхностным пузырем – фликтеной. Локализация: лицо, кожа туловища, конечности. В углах рта фликтены быстро вскрываются, а эрозивная поверхность трансформируется в продольную трещину (заеда). На ногтевых фалангах кистей фликтены подковообразно окружают ноготь, образуют околоногтевое импетиго (турниоль). При сочетанном поверхностном стрептостафилококковом инфицировании возникает вульгарное импетиго, отличающееся значительной контагиозностью, склонностью к диссеминации на различных участках кожного покрова.

Остеомиелит острый – гнойное воспаление элементов кости. Возбудителем может быть любой гноеродный микроорганизм.

Клиническая картина. Заболевание начинается остро. Первым симптомом является резкая боль в конечности, от которой ребенок кричит и избегает всяких движений. У новорожденных это проявляется беспокойством, когда их берут на руки или перекладывают. Температура тела поднимается до 39-40°С. Наблюдаются рвота, понос. Внешние признаки остеомиелита вначале могут отсутствовать. По мере развития процесса, когда он переходит на мягкие ткани, появляется локальная припухлость, изменяется конфигурация конечности. Кожа становится отечной и гиперемированной. Ближайший сустав деформирован.

Клиническое течение острого остеомиелита зависит от ряда причин: вирулентности микроорганизма и реактивности макроорганизма и др. Различают три формы заболевания: токсическую, септикопиемическую, местную. Первая характеризуется бурным началом, преобладают явления сепсиса, и больной нередко умирает раньше, чем успели проявиться местные изменения. Вторая форма наблюдается чаще других; четко выражены местные проявления, сочетающиеся с общетоксической реакцией, иногда поражаются сразу несколько костей, наблюдаются гнойные метастазы в другие участки тела. Третья форма отличается легким течением с преимущественным выражением местной реакции.

Диагноз. Распознавание затруднено у новорожденных. При подозрении на остеомиелит у них особенно тщательно исследуют концы трубчатых костей и суставы. Диагностику уточняет рентгенологическое исследование. Ранние рентгенологические признаки появляются у детей на 7-10 день болезни. В начале болезни в крови – лейкоцитоз со сдвигом лейкоцитарной формулы влево; однако в тяжелых случаях нередко бывает лейкопения.

Лечение хирургическое.

Дакриоцистит новорожденных – воспаление слезного мешка. Причина – неполное раскрытие носослезного протока к моменту рождения. Проявляется слезостоянием, слизисто-гнойным отделяемым у внутреннего угла глаза. При надавливании на область слезного мешка из слезных точек выделяется гнойное содержимое.

Лечение. Массаж области слезного мешка в направлении сверху вниз для разрыва пленки и восстановления проходимости носослезного протока. Если проходимость не восстанавливается в течение недели, ребенка необходимо направить к окулисту для зондирования и промывания слезных путей.

Парапроктит – воспаление параректальной клетчатки. У детей наблюдается реже, чем у взрослых, и обычно имеет характер подкожного абсцесса. Внедрению инфекции способствует мацерация кожи и опрелости.

Клиническая картина. На ограниченном участке кожи около заднего прохода появляются уплотнение и гиперемия, сопровождающаяся болью во время дефекации. Ребенок становится беспокойным, иногда нарушается общее состояние, температура тела повышается до 38 - 39°С. Боли постепенно нарастают.

Диагноз парапроктит без труда распознают во время осмотра промежности. Характерно резкое усиление боли при надавливании. Иногда при этом выделяется гной из заднего прохода.

Лечение заключается в возможно более раннем вскрытии абсцесса. Иногда происходит самопроизвольное вскрытие гнойника. При этом после стихания воспалительных явлений остается свищ с гнойным отделяемым. В таких случаях говорят о хроническом парапроктите.

Флегмона новорожденных – своеобразное воспаление подкожной клетчатки, наблюдаемое в первый месяц жизни. Возбудителем может быть любой гноеродный микроорганизм, чаще стафилококк.

Клиническая картина. Заболевание начинается остро. Ребенок беспокоен, теряет аппетит, температура тела поднимается до 39-40°С. На коже появляется ограниченный участок покраснения и уплотнения, болезненный на ощупь. Наиболее частая локализация – крестцово-копчиковая область, грудь, шея. Воспалительный очаг быстро увеличивается по площади. Кожа над ним приобретает багровый, затем цианотичный оттенок. На 2-3-и сутки в центре поражения возникает участок размягчения. В этом месте кожа быстро расплавляется и образуется свищ, через который отторгаются некротизированные ткани. По краям происходит отслойка кожи, которая подвергается расплавлению, и образуется обширная рана с неровными краями. Нередко некроз распространяется вглубь и вширь, обнажаются кости.

Лечение хирургическое.

Сепсис новорожденных.

Сепсис – это генерализованное полиэтиологическое инфекционное заболевание с ациклическим течением, наличием первичного гнойно-воспалительного очага, возникновение и течение которого определяются особенностями макроорганизма и свойств возбудителя.

Клиническая классификация. В классификации сепсиса по времени возникновения выделяют внутриутробный и постнатальный сепсис.

Под внутриутробным сепсисом понимается заболевание, уже развившееся внутриутробно, т.е. антенатально, у внутриутробно инфицированного плода. Причем в этом случае первичный гнойно-воспалительный очаг находится вне организма ребенка (хорионит, хориоамнионит, плацентит и т.д.).

Внутриутробное инфицирование – это состояние, характеризующееся микробной контаминацией (обсеменением) плода. Контаминация микроорганизмами плода может происходить антенатально (что отмечается редко) или интранатально (в период родов), что встречается значительно чаще.

В зависимости от состояния реактивности макроорганизма, вирулентности и степени колонизации (микробного заселения) при интранатальном внутриутробном инфицировании в постнатальной период жизни ребенка происходят процессы постепенно вытеснения этой микрофлоры сапрофитами, или формируется носительство данной флоры, или при срыве компенсаторных защитных механизмов макроорганизма развивается гнойно-воспалительное заболевание (локализованное или сепсис). Следует подчеркнуть, что заболевание, как таковое, развивается в постнатальном периоде и, если это сепсис, рассматривается как постнатальный сепсис.

При постнатальном сепсисе всегда имеется первичный гнойно-воспалительный очаг. В зависимости от его локализации выделяют пупочный, отогенный, кожный, легочной, кишечный, уросепсис и др. У новорожденных и грудных детей чаще встречается пупочный сепсис с первичным очагом в области пупочной ранки и/или пупочных сосудов. В последние годы первичным септическим очагом нередко оказываются инфицированные тромбы, тромбофлебиты, возникающие в связи с катетеризацией вен для проведения инфузионной терапии, а также слизистая пищевода и кишечника. Причиной сепсиса могут быть почти все виды условнопатогенных и некоторые патогенные микроорганизмы: стафилококки, стрептококки, бактерии кишечной группы, группы псевдомонад, анаэробы и др.

В **этиологии** сепсиса новорожденных ведущее место занимают (до 50%) занимают стафилококки, на втором месте (36%) стоит грамотрицательная флора, в основном энтеробактерии. Определенное значение (до 10%) имеет смешанная этиология заболевания.

Этиология заболевания накладывает определенный отпечаток на клиническую картину болезни, ее исход, определяет выбор антибактериальной терапии. Поэтому установление этиологического диагноза сепсиса является обязательным.

Клинические формы. Большинство авторов выделяет две клинические формы сепсиса – септицемию и септикопиемию.

Септицемия – сепсис без метастазов. Клинические симптомы могут не иметь строгой специфичности, т.к. зависят от свойств микроорганизма, а также от степени нарушения параметров гомеостаза.

Бактериемия, в процессе заселения организма новорожденного ребенка микробной флорой, может возникать как кратковременный эпизод практически у каждого ребенка, в

том числе у практически здорового (так называемая "асимптоматическая бактериемия", выявляемая в среднем у 15% новорожденных первой недели жизни).

Развитие сепсиса (септицемия) зависит не столько от самого факта циркуляции бактерий, а от способности к очищению и скорости очищения крови и лимфы от микробов элиминирующими системами организма. Нарушение функции последних лежит в основе развития сепсиса.

Септицемия, развившаяся в результате внутриутробного инфицирования, уже в первые дни жизни сопровождается тяжелым общим состоянием, прогрессирующим угнетением функции ЦНС, гипотермией, реже – гипертермией, бледно- или грязно-серой окраской кожи, рано проявляющейся и быстро нарастающей желтухой, прогрессирующим отечным синдромом, увеличением печени и селезенки, дыхательной недостаточностью при отсутствии выраженных рентгенографических изменений. Могут отмечаться срыгивания, рвота, геморрагический синдром.

Сепсис, развившийся после рождения, чаще характеризуется более постепенным началом. После внедрения инфекционного агента скрытый период составляет 2-5 дней, у недоношенных детей он удлиняется до 3 недель. Поэтому в клинической картине сепсиса условно выделяют предвестники заболевания, ранние симптомы и разгар процесса.

К предвестникам болезни можно отнести снижение активности, аппетита ребенка, срыгивание, местные симптомы. Оценка пупочной ранки, как места первичного внедрения инфекции, представляет наибольшие трудности, т.к. преобладающая сейчас грамотрицательная флора не дает выраженной местной воспалительной реакции. Учитывается позднее отпадение пупочного остатка (после 6-го дня у доношенных и 10-го у недоношенных), состояние дна ранки (уплотнение, выпячивание или резкое западение), характер и длительность отделяемого, сохранение плотной корочки после 16-18-го дня жизни. О наличии воспалительного процесса свидетельствуют пастозность ткани в нижнем сегменте пупочного кольца, появление или усиление венозной сети на передней брюшной стенке, особенно справа, напряжение прямой мышцы живота выше пупочного кольца или прямых мышц ниже его. При тромбофлебите удается пропальпировать уплотненную пупочную вену. При пальпации сосудов от периферии к центру на дне пупочной ранки может появиться гнойное отделяемое. Симптомы поражения пупочной ранки и сосудов, будучи почти постоянным проявлением пупочного сепсиса, сами по себе не служат, однако, критерием генерализации инфекции.

Развитие сепсиса характеризуется появлением инфекционного токсикоза – вялостью или беспокойством, температурной реакцией, срыгиванием, диспепсией, отечным синдромом или, наоборот, эксикозом, дисрефлексией, дистонией.

В период разгара болезни токсикоз еще более усиливается. Выявляется токсическое поражение отдельных органов, не являющееся проявлением септикопиемии. Так, например, отмечается нарушение функции печени (гепатомегалия, желтуха, повышение прямого билирубина и трансаминаз); диспептические расстройства; реакция со стороны почек (олигурия, протеинурия, лейкоцитурия, эритроцитурия).

Септицемию может осложнять присоединение пневмонии, как самостоятельного интеркуррентного заболевания с аэробронхогенным путем инфицирования. На фоне септицемии также возможны дыхательные нарушения, обусловленные нарушениями микроциркуляции в легких, метаболическими изменениями в миокарде.

Септикопиемия характеризуется наличием гнойных метастазов (очагов отсева). Наиболее частой локализацией пиемических очагов являются мозговые оболочки, легкие, кости, печень, реже другие органы. В настоящее время смена возбудителя на грамотрицательную флору отразилась на особенностях метастазирования: участились случаи развития гнойного менингита со скудной клинико-ликвородинимической симптоматикой в начале заболевания, что требует повторных спинномозговых пункций. При уменьшении частоты таких метастатических очагов, как эпифизарный остеомиелит, что более типично для стафилококка, участились метафизарные и эпифизарные поражения, вялотекущие, трудные для диагностики, протекающие нередко без отчетливого артрита, со скудными и нечеткими рентгенологическими изменениями. В подобных случаях ведущими симптомами становятся переразгибание конечностей в суставе и болевой синдром при пассивных движениях. Лишь на третьей неделе может появиться периостальная реакция, определяемая на ощупь и рентгенологически.

Течение сепсиса. По течению можно выделить молниеносное течение сепсиса, приводящее к фатальному исходу в течение 3-7 дней, острое (продолжительностью 4-8 недель) и затяжное.

Для молниеносного течения сепсиса характерно развитие септического шока, что и является непосредственной причиной смерти больного.

Клинически шок проявляется катастрофическим нарастанием тяжести состояния, резкой бледностью кожи, усиливающейся в дистальных отделах, понижением температуры тела до субнормальных цифр, быстрой сменой тахикардии на брадикардию,

нарастанием глухости тонов сердца, возникновением и быстрой генерализацией склеремы, появлением олигурии, кровоточивости, прогрессирующей дыхательной недостаточностью, появлением картины отека легких ("шоковое легкое") в силу глубоких нарушений микроциркуляции, микроциркуляторной блокады почек, легких, что выражается в развитии острой почечной недостаточности и отека легких.

В основе патогенеза этого варианта сепсиса – неадекватная реакция организма на инфекционный процесс, срыв защитных механизмов. Установлена роль гормонального дисбаланса (гипофиз – щитовидная железа – надпочечники) в происхождении септического шока.

При остром течение сепсиса выделяются начальный период, период разгара, восстановления и выздоровления.

Клиника начального периода при остром течении сепсиса характеризуется наличием первичного очага и постепенно нарастающих общих изменений. В периоде разгара проявления токсикоза максимально выражены, характерными чертами его являются нарушение терморегуляции, функции ЦНС, дыхания, гемодинамики и ЖКТ.

Период восстановления характеризуется санацией метастатических очагов, постепенным стиханием токсикоза, при этом сохраняется увеличение печени и селезенки, плоская весовая кривая. В периоде реконвалесценции отмечается восстановление функции всех органов и систем, нормализация окраски и тургора кожи, прибавка массы тела.

Лабораторная диагностика сепсиса. Наиболее информативными являются изменения периферической крови. В ранние сроки сепсиса, как привило, имеет место умеренный лейкоцитоз, анемия чаще всего незначительная или отсутствует. В разгаре болезни нарастает число лейкоцитов, отмечается сдвиг лейкоцитарной формулы влево, появляются миелоциты, токсическая зернистость нейтрофилов. В этот период постоянный симптом – анемия. У недоношенных новорожденных, особенно при грамотрицательной этиологии заболевания, может наблюдаться лейкопения (до 4,0 х 10^{9}/л).

Тромбоцитопения также не является абсолютным критерием сепсиса.

Некоторую значимость представляют исследования ферментного статуса лейкоцитов, особенно щелочной фосфатазы нейтрофилов, показатели которой повышаются при сепсисе. Однако этот тест не имеет абсолютной значимости, поскольку при локальных гнойных инфекциях также бывает положительным.

Внедрение иммунологических методов диагностики в клиническую практику позволило разработать методы ранней диагностики сепсиса. К ним относятся:

– снижение процента переваривания в нейтрофилах и моноцитах периферической крови (при исследовании фагоцитарной активности) более чем в 2 раза ниже нормы;

– увеличение количества нейтрофилом и моноцитов, дающих положительную реакцию на нитро-синий тетразолий (НСТ-тест) свыше 70%;

– снижение количественных и функциональных показателей Т-лимфоцитов более чем в 2 раза по сравнению с нормой.

Посевы крови в диагностики сепсиса играют важную роль и определяют этиологию болезни.

Лечение.

1. Больных помещают в отдельный бокс для исключения перекрестного инфицирования.
2. Рациональная антибиотикотерапия с учетом чувствительности возбудителя (курс около 3-х недель). В первые дни антибиотики вводят внутривенно.
3. Детям с проявлением молочницы обязательно назначают противогрибковые препараты (флюканазол, кетоконазол).
4. Питание нативным грудным молоком.
5. Дезинтоксикационная терапия:
   – плазмаферез с заменой плазмы больного на свежезамороженную;
   – инфузия реополиглюкина, 10% р-ра глюкозы, плазмы (5-10 мл/кг), 5-10% р-р альбумина.
6. Специфическая пассивная иммунотерапия – в/в введение препаратов Ig (иммуноглобулин человеческий нормальный) на курс 5-7 инфузий.
7. При стафилококковом сепсисе показано введение гипериммунного антистафилококкового гаммаглобулина в/м по 1 дозе, 3-6 инъекций в течение 2-3 дней, возможно также повторное введение антистафилококковой плазмы в разовой дозе 5-8 мл/кг.
8. Инфузионная терапия под контролем КЩС и электролитного состава крови, Ht, ЭКГ.
9. Глюкокортикоиды коротким курсом (5-7 дней включая период снижения дозы) назначают при септическом шоке. Из расчета 1-2 мг/кг/сут.
10. При признаках гиперкоагуляции назначают антиагреганты (дипиридамол), в/в среднемолекулярные декстраны (реополиглюкин), гепарин натрий в дозе 150-300 Ед/кг/сут.

11. Профилактика осложнений антибиотикотерапии – витамины группы В, витамин С, Е, бифидумбактерин.
12. После стихания острых явлений проводят стимулирующую и антиоксидантную терапию (оротовая кислота, карнитин, тиоктовая кислота, тактивин), массаж, лечебную гимнастику.

Схема обследования больного.

При сборе анамнеза обратить внимание на:

- очаги хронический инфекции (особенно урогенитальной), мастит у матери. Заболевания в период беременности, послеродовой период (температура);
- особенности течения беременности и родов (токсикозы, гипоксия плода, оценка новорожденного по шкале Апгар, прививка пробы туберкулеза);
- гнойно-септические заболевания кожи, пупочной ранки, глаз в роддоме и в период новорожденности, опрелости;
- вскармливание, прибавку в весе. Вес при рождении, анорексия;
- температурная кривая, заболеваемость (частота);
- характер стула.

При объективном исследовании обратить внимание на:

- нервно-психическое и физическое развитие ребенка;
- наличие интоксикации, инфекции, токсикоза. Характер температурной кривой;
- цвет, чистоту кожи, слизистых, пупочной ранки, характер стула, состояние пупочных вен, артерий;
- отечный синдром;
- тахикардию, циркуляторные расстройства, парез кишечника;
- увеличение печени, селезенки лимфоузлов;
- наличие метастатических гнойных очагов (остеомиелит, пиелонефрит, менингоэнцефалит);
- ДВС-синдром (гипер-, гипокоагуляция).

При чтении лабораторных данных:

1. Обратить внимание на:
   - нейтрофильный или лимфоцитарный лейкоцитоз, ускорение СОЭ, снижение Hb;
   - диспротеинемию (гипоальбумиемию, повышение уровня глобулиновых фракций в 1,5 – 2 раза и содержание фракций в пределах возрастных норм);

- сдвиги в мезенхимальных реакциях (СРБ,ДФА);
- изменение в коагулограмме;
- бактериологические исследования (посев мочи, кала, с кожи, крови, пупочной ранки, слизистой и т.д.);
- серологические исследования с выделенным возбудителем.

2. Обратить внимание на:
   - рентгенологическое исследование черепа (признаки повышенного внутричерепного давления);
   - костей конечностей (остеомиелит);
   - почек (признаки пиелонефрита);
   - легких (пневмония).

Задания для самостоятельной работы:

1. Решите ситуационные задачи.
2. Составьте задания для тестового контроля по теме.
3. Осмотрите новорожденного с гнойно-воспалительными заболеваниями, опишите выявленные вами изменения. Составьте план обследования вашего больного.

Ситуационные задачи.

Задача №1

Больной К. поступил в отделение патологии новорожденных в возрасте 1 суток.

Из анамнеза известно, что ребенок от матери 19 лет, страдающей пиелонефритом. Беременность первая, протекала с токсикозом в первом и обострением хронического пиелонефрита в третьем триместрах. Роды срочные, 1-й период родов 13 часов, 2-й – 25 минут, безводный промежуток – 7 часов. Задние воды зеленоватые, с неприятным запахом. Масса тела при рождении 2850 гр., длина тела 49 см. Оценка по шкале Апгар 6/7 баллов.

При первичном осмотре обращало на себя внимание снижение двигательной активности, повторные приступы асфиксии. Кожные покровы бледные с сероватым оттенком, мраморность рисунка, акроцианоз, цианоз носогубного треугольника, одышка с втяжением межреберных промежутков, отделение пенистой слизи изо рта. В родильном доме начата инфузионная и антибактериальная терапия, для дальнейшего лечения ребенок переведен в стационар.

При осмотре к концу первых суток жизни состояние тяжелое, крик слабый, сосет вяло. Гипотермия. Кожные покровы серые, выраженный цианоз носогубного

треугольника, крылья носа напряжены. Дыхание поверхностное, 80 в минуту, с периодами апноэ. Втяжение межреберных промежутков, эпигастральной области. Перкуторно над легкими определяется укорочение звук, аускультативно – дыхание ослаблено, на глубоком вдохе выслушиваются крепитирующие хрипы. Тоны сердца приглушены, ритмичные, PS – 170 в 1 минуту. Живот мягкий, доступен пальпации. Печень выступает из-под реберного края на 2см, селезенка не пальпируется. В неврологическом статусе: вялость, адинамия, мышечная гипотония, безусловные рефлексы снижены.

Общий анализ крови: Hb–180 г/л, Эр.-5,5х10^{12}/л, Ц.п.-0,9, тромб. -208,0х10^{9}/л, Лейк. - 23,1х10^{9}/л, миелоциты-2%, метамиелоциты–4% п/я-13%, с-6%, э–5%, л-11%, м-15%, СОЭ-4мм/час.

Кислотно-основное состояние крови: pO_2-55 мм. рт. ст., pCO_2-70 мм. рт. ст., pH-7,21, BE-18ммоль/л, AB-9ммоль/л, SB- 8ммоль/л, BB-19ммоль/л.

Задание:

1. Поставьте диагноз данному ребенку.

2. Перечислите предрасполагающие факторы, которые способствовали развитию данного заболевания.

3. Назначьте лечение.

Задача №2

Мальчик Ю., 1 месяц, находится в стационаре.

Из анамнеза известно, что ребенок от матери 24-х лет. Беременность первая, протекала с токсикозом в первом триместре, в 24-26 недель гестации отмечалось повышение температуры без катаральных явлений, не лечилась. Роды на 37-й неделе, в головном предлежании. 1-й период - 8 часов, 2-й - 25 минут, безводный промежуток – 9 часов, околоплодные воды светлые. Масса тела при рождении 2700 гр., длина тела 48 см., окружность головы – 35 см., грудной клетки – 32 см. Выписан из родильного дома на 7-й день жизни.

Дома ребенок был вялым, сосал по 60-70 мл за одно кормление. Прибавка в массе на первый месяц составила 200г. При посещении поликлиники выявлено увеличение размеров головы, и для обследования ребенок был госпитализирован.

При поступлении состояние тяжелое. Кожа бледно-розовая, сухая. Питание понижено, подкожно-жировой слой источен. Голова гидроцефальной формы. Окружность головы – 40 см., грудной клетки – 34 см., саггитальный шов открыт на 1 см., венечный – на 0,2 см., большой родничок 4х4 см, выполнен, малый родничок – 0,5х0,5 см. Выражен

симптом Грефе, горизонтальный нистагм. Преобладает тонус разгибателей. Печень выступает из-под реберного края на 2,5 см, селезенка – на 1 см.

Исследование спинномозговой жидкости: прозрачность – мутная, белок –1660 г/л, цитоз – 32 в 3 мкл: нейтрофилы – 5%, лимфоциты – 27%.

РСК с токсоплазменным антигеном: у ребенка – 1:64, у матери – 1:192.

Задание:

1. О каком заболевании можно думать в данном случае?
2. Какое дополнительное обследование следует провести для уточнения диагноза? Возможные результаты?
3 .Оцените результаты исследования ликвора?
4. Каковы принципы лечения данного заболевания?

Задача №3

Девочка Д, 13 дней, находится в отделении патологии новорожденных.

Из анамнеза известно, что ребенок от матери 24 лет, страдающей генитальным герпесом. Беременность первая, протекала с обострением герпеса в 36-37 недель гестации. Роды срочные, в головном предлежании. 1 период – 7 часов, 2-й – 25 минут, безводный промежуток – 12 часов. Околоводные воды светлые. Оценка по шкале Апгар 7/8 баллов. Масса тела при рождении 2950 гр., длина тела 51 см, окружность головы – 35 см, грудной клетки – 32 см. В периоде ранней неонатальной адаптации отмечались повышенная возбудимость, крупноразмашистый тремор рук, расхождение сагиттального шва на 0,3 см, большой родничок 2х2, малый 0,3х0,3. На 3 день жизни появилась желтуха с тенденцией к нарастанию, в связи с чем на 5-й день жизни в состоянии средней тяжести ребенок переведен в стационар.

На 13 день жизни на туловище, конечностях, слизистой рта появились везикулярные высыпания с плотной покрышкой и прозрачным содержимым. Через 3 дня состояние ухудшилось до тяжелого, отмечался подъем температуры до 38,3°С, гиперестезия, клонико-тонические судороги.

Общий анализ крови на 6-й день жизни: Эр. - 4,6х 10^{12}/л, Hb - 172г/л, Ц.п.- 0,94, Тромб.-310,0х10^{9}/л, Лейк. - 10,0х10^{9}/л, п/я-1%, с-30%, л- 54%, м-15%, СОЭ-2 мм/час.

Биохимический анализ крови: общий белок – 60,0 г/л, билирубин: общий –310 мкмоль/л, непрямой – 298 мкмоль/л, прямой – 12мкмоль/л, мочевина – 4,2 ммоль/л, холестерин – 3,6ммоль/л, калий – 5,1 ммоль/л, натрий –141 ммоль/л.

Исследование спинномозговой жидкости на 12 день жизни: прозрачность –мутная, белок – 1650 г/л, реакция Панди +++, цитоз – 350 в 3мкл: нейтрофилы –25%, лимфоциты –75%.

Задание:

1**.** О каком заболевании с большей вероятностью можно думать в данном случае?

2. Какое дополнительное обследование следует провести для уточнения диагноза?

3. Оцените результаты общего анализа крови, исследования ликвора?

4. Оцените результат биохимического анализа крови. Чем могут быть обусловлены выявленные изменения?

5. Какова лечебная тактика в этом случае?

МИНИСТЕРСТВО НАУКИ И ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования
«ЧЕЧЕНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ УНИВЕРСИТЕТ ИМ. А. А. КАДЫРОВА»

МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ
Кафедра «Нормальная и патологическая физиология»

МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ИЗУЧЕНИЮ УЧЕБНОЙ ДИСЦИПЛИНЫ

«Нормальная физиология»

Направление подготовки	Лечебное дело
Код направления подготовки	31.05.01
Квалификация выпускника	Врач – лечебник
Форма обучения	Очная

Грозный, 2025

Хатуев А.Г. Методические рекомендации по изучению учебной дисциплины «Нормальная физиология» / Хатуев А.Г. – Грозный: ФГБОУ ВО «Чеченский государственный университет им. А.А. Кадырова», 2025.

Методические рекомендации по изучению учебной дисциплины «Нормальная физиология» рассмотрены и одобрены на заседании кафедры нормальной и патологической физиологии, рекомендованы к использованию в учебном процессе (протокол № 9 от 28 мая 2025 г.), составлены в соответствии с требованиями ФГОС ВО по специальности «31.05.01 - Лечебное дело» (специалитет), утвержденного приказом Минобрнауки России от 12.08.2020 № 988.

© Хатуев А.Г., 2025
© ФГБОУ ВО «Чеченский государственный университет им. А.А. Кадырова», 2025.

СОДЕРЖАНИЕ

1.	Общие положения……	4
2.	Методические рекомендации по изучению дисциплины в процессе аудиторных занятий…….	4
2.1.	Рекомендации по подготовке к лекционным занятиям (теоретический курс)……	4
2.2.	Рекомендации по подготовке к практическим (семинарским) занятиям……	4
3.	Методические рекомендации по выполнению различных форм самостоятельных заданий…….	5
3.1.	Методические рекомендации по работе с литературой……..	5
3.2.	Методические рекомендации по подготовке научного доклада……	6
3.3.	Методические рекомендации по подготовке реферата……...	7

1. Общие положения

Методические указания по освоению дисциплины «Нормальная физиология» адресованы студентам очной формы обучения.

Учебным планом по направлению подготовки «31.05.01 - Лечебное дело» предусмотрены следующие виды занятий:

- лекции;
- практические занятия;

2. Методические рекомендации по изучению дисциплины в процессе аудиторных занятий.

2.1. Рекомендации по подготовке к лекционным занятиям (теоретический курс)

Изучение дисциплины требует систематического и последовательного накопления знаний.

Студентам необходимо вести конспект прослушанных лекций. Перед очередной лекцией необходимо просмотреть по конспекту материал предыдущей лекции. При затруднениях в восприятии материала следует обратиться к основным литературным источникам. Если разобраться в материале не удалось, то следует обратиться к лектору (по графику его консультаций) или к преподавателю на практических занятиях.

2.2. Рекомендации по подготовке к практическим (семинарским) занятиям

Студентам следует:

- ознакомиться с заданием к занятию; определить примерный объем работы по подготовке к ним; выделить вопросы и задачи, ответы на которые или выполнение и решение без предварительной подготовки не представляется возможным;
- иметь в виду и то, что в библиотеке учебного заведения не всегда имеются в наличии все рекомендованные источники, их необходимо найти заранее.
- приносить с собой рекомендованную преподавателем литературу к конкретному занятию;
- до очередного практического занятия по рекомендованным литературным источникам проработать теоретический материал, соответствующей темы занятия;
- пользоваться техническими средствами обучения и дидактическими материалами, которыми располагает учебное заведение.
- при подготовке к практическим занятиям следует обязательно использовать не только лекции, учебную литературу, но и нормативно-правовые акты и материалы правоприменительной практики;
- теоретический материал следует соотносить с правовыми нормами, так как в них могут быть внесены изменения, дополнения, которые не всегда отражены в учебной литературе;
- при ответах на вопросы и решения задач необходимо внимательно прочитать их текст и попытаться дать аргументированное объяснение с обязательной

ссылкой на соответствующую правовую норму;

- в начале занятий задать преподавателю вопросы по материалу, вызвавшему затруднения в его понимании и освоении при решении задач, заданных для самостоятельного решения;

- по ходу семинара давать конкретные, четкие ответы по существу вопросов.

Структура ответов может быть различной: либо вначале делается вывод, а затем приводятся аргументы, либо дается развернутая аргументация принятого решения, на основании которой предлагается ответ. Возможны и несколько вариантов ответов, которые должны быть обоснованы.

- на занятии доводить каждую задачу до окончательного решения, демонстрировать понимание проведенного анализа проблемной ситуации, в случае затруднений обращаться к преподавателю.

Студентам, пропустившим занятия (независимо от причин), не имеющие письменного решения задач или не подготовившиеся к данному практическому занятию, рекомендуется не позже, чем в 2-недельный срок явиться на консультацию к преподавателю и отчитаться по теме, изучавшийся на занятии. Студенты, не отчитавшиеся по каждой не проработанной ими на занятиях теме к началу зачетной сессии, упускают возможность получить положенные баллы за работу в соответствующем семестре.

3. Методические рекомендации по выполнению различных форм самостоятельных заданий

Самостоятельная работа студентов включает в себя выполнение различного рода заданий, которые ориентированы на более глубокое усвоение материала изучаемой дисциплины. По каждой теме учебной дисциплины студентам предлагается перечень заданий для самостоятельной работы.

К выполнению заданий для самостоятельной работы предъявляются следующие требования: задания должны исполняться самостоятельно и представляться в установленный срок, а также соответствовать установленным требованиям по оформлению.

Студентам следует:

- руководствоваться графиком самостоятельной работы, определенным рабочей программой дисциплины;

- выполнять все плановые задания, выдаваемые преподавателем для самостоятельного выполнения, и разбирать на семинарах и консультациях неясные вопросы;

- использовать при подготовке нормативные документы университета.

3.1. Методические рекомендации по работе с литературой.

Любая форма самостоятельной работы студента (подготовка к семинарскому занятию, написание эссе, курсовой работы, доклада и т.п.) начинается с изучения соответствующей литературы.

К каждой теме учебной дисциплины подобрана основная и дополнительная литература, которая указана в соответствующем разделе рабочей программы. Основная литература - это учебники и учебные пособия. Дополнительная литература - это монографии, сборники научных трудов,

журнальные и газетные статьи, различные справочники, энциклопедии, интернет ресурсы.

Рекомендации студенту:

- выбранную монографию или статью целесообразно внимательно просмотреть. В книгах следует ознакомиться с оглавлением и научно-справочным аппаратом, прочитать аннотацию и предисловие. Целесообразно ее пролистать, рассмотреть иллюстрации, таблицы, диаграммы, приложения. Такое поверхностное ознакомление позволит узнать, какие главы следует читать внимательно, а какие прочитать быстро;
- в книге или журнале, принадлежащие самому студенту, ключевые позиции можно выделять маркером или делать пометки на полях. При работе с Интернет -источником целесообразно также выделять важную информацию;
- если книга или журнал не являются собственностью студента, то целесообразно записывать номера страниц, которые привлекли внимание. Позже следует возвратиться к ним, перечитать или переписать нужную информацию. Физическое действие по записыванию помогает прочно заложить данную информацию в «банк памяти».

Выделяются следующие виды записей при работе с литературой:

Конспект - краткая схематическая запись основного содержания научной работы. Целью является не переписывание произведения, а выявление его логики, системы доказательств, основных выводов. Хороший конспект должен сочетать полноту изложения с краткостью.

Цитата - точное воспроизведение текста. Заключается в кавычки. Точно указывается страница источника.

Тезисы - концентрированное изложение основных положений прочитанного материала. Аннотация - очень краткое изложение содержания прочитанной работы.

Резюме - наиболее общие выводы и положения работы, ее концептуальные итоги.

Записи в той или иной форме не только способствуют пониманию и усвоению изучаемого материала, но и помогают вырабатывать навыки ясного изложения в письменной форме тех или иных теоретических вопросов.

3.2. Методические рекомендации по подготовке научного доклада

Одной из форм самостоятельной работы студента является подготовка научного доклада, для обсуждения его на практическом (семинарском) занятии.

Цель научного доклада - развитие у студентов навыков аналитической работы с научной литературой, анализа дискуссионных научных позиций, аргументации собственных взглядов. Подготовка научных докладов также развивает творческий потенциал студентов.

Научный доклад готовится под руководством преподавателя, который ведет практические (семинарские) занятия.

Рекомендации студенту:

- перед началом работы по написанию научного доклада согласовать с преподавателем тему, структуру, литературу, а также обсудить ключевые

вопросы, которые следует раскрыть в докладе;
- представить доклад научному руководителю в письменной форме;
- выступить на семинарском занятии с 5-7-минутной презентацией своего научного доклада, ответить на вопросы студентов группы.

Требования:
- к оформлению научного доклада: шрифт - Times New Roman, размер шрифта -14, межстрочный интервал -1, размер полей – 2 см, отступ в начале абзаца - 1 см, форматирование по ширине); листы доклада скреплены скоросшивателем. На титульном листе указывается наименование учебного заведения, название кафедры, наименование дисциплины, тема доклада, ФИО студента;
- к структуре доклада - введение (указывается актуальность, цель и задачи), основная часть, выводы автора, список литературы (не менее 5 позиций источников научной литературы (научные статьи и монографии). Объем согласовывается с преподавателем. В конце работы ставится дата ее выполнения и подпись студента, выполнившего работу.

Общая оценка за доклад учитывает содержание доклада, его презентацию, а также ответы на вопросы.

3.3. Методические рекомендации по подготовке реферата

Целью написания рефератов является:
- привитие студентам навыков библиографического поиска необходимой литературы (на бумажных носителях, в электронном виде);
- привитие студентам навыков компактного изложения мнения авторов и своего суждения по выбранному вопросу в письменной форме, научно грамотным языком и в хорошем стиле;
- приобретение навыка грамотного оформления ссылок на используемые источники, правильного цитирования авторского текста;
- выявление и развитие у студента интереса к определенной научной и практической проблематике с тем, чтобы исследование ее в дальнейшем продолжалось в подготовке и написании курсовых и дипломной работы и дальнейших научных трудах.

Основные задачи студента при написании реферата:
- с максимальной полнотой использовать литературу по выбранной теме (как рекомендуемую, так и самостоятельно подобранную) для правильного понимания авторской позиции;
- верно (без искажения смысла) передать авторскую позицию в своей работе;
- уяснить для себя и изложить причины своего согласия (несогласия) с тем или иным автором по данной проблеме.

Требования к содержанию:
- материал, использованный в реферате, должен относится строго к выбранной теме;
- необходимо изложить основные аспекты проблемы не только грамотно, но и в соответствии с той или иной логикой (хронологической, тематической, событийной и др.)
- при изложении следует сгруппировать идеи разных авторов по общности точек зрения или по научным школам;

- реферат должен заканчиваться подведением итогов проведенной исследовательской работы: содержать краткий анализ-обоснование преимуществ той точки зрения по рассматриваемому вопросу, с которой Вы солидарны.

Структура реферата.

1. Титульный лист.

На титульном листе указывается наименование учебного заведения, название кафедры, наименование дисциплины, тема реферата, ФИО студента, ФИО и должность проверившего преподавателя;

2. Оглавление.

Оглавление - это план реферата, в котором каждому разделу должен соответствовать номер страницы, на которой он находится.

3. Текст реферата.

Текст реферата делится на три части: введение, основная часть и заключение.

а) Введение - раздел реферата, посвященный постановке проблемы, которая будет рассматриваться и обоснованию выбора темы.

б) Основная часть - это звено работы, в котором последовательно раскрывается выбранная тема. Основная часть может быть представлена как цельным текстом, так и разделена на главы. При необходимости текст реферата может дополняться иллюстрациями, таблицами, графиками, но ими не следует "перегружать" текст.

в) Заключение - данный раздел реферата должен быть представлен в виде выводов, которые готовятся на основе подготовленного текста. Выводы должны быть краткими и четкими. Также в заключении можно обозначить проблемы, которые "высветились" в ходе работы над рефератом, но не были раскрыты в работе.

4. Список источников и литературы.

В данном списке называются как те источники, на которые ссылается студент при подготовке реферата, так и все иные, изученные им в связи с его подготовкой. В работе должно быть использовано не менее 7 разных источников. Работа, выполненная с использованием материала, содержащегося в одном научном источнике, является явным плагиатом и не принимается. Оформление Списка источников и литературы должно соответствовать требованиям, принятым в университете.

Объем и технические требования, предъявляемые к выполнению реферата. Объем работы должен быть, как правило, не менее 15 и не более 20 страниц. Работа должна выполняться через одинарный интервал 14 шрифтом, размеры оставляемых полей - 2 см. Страницы должны быть пронумерованы.

При цитировании необходимо соблюдать следующие правила:

- текст цитаты заключается в кавычки и приводится без изменений, без произвольного сокращения цитируемого фрагмента (пропуск слов, предложений или абзацев допускается, если не влечет искажения всего фрагмента, и обозначается многоточием, которое ставится на месте пропуска) и без искажения смысла;

- каждая цитата должна сопровождаться ссылкой на источник, библиографическое описание которого должно приводиться в соответствии с предъявляемыми требованиями.

МИНИСТЕРСТВО НАУКИ И ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования
**«ЧЕЧЕНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ УНИВЕРСИТЕТ
ИМЕНИ АХМАТА АБДУЛХАМИДОВИЧА КАДЫРОВА»**

МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ

Кафедра общественного здоровья и здравоохранения

МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ИЗУЧЕНИЮ УЧЕБНОЙ ДИСЦИПЛИНЫ

«Обучение служением»

Специальность	Лечебное дело
Код специальности	31.05.01
Квалификация выпускника	Врач - лечебник
Форма обучения	Очная

Грозный – 2025 г.

Яхъяева З.И. Методические рекомендации по изучению учебной дисциплины «Обучение служением» / Сост. Яхъяева З.И. – Грозный: ФГБОУ ВО «Чеченский государственный университет имени А.А.Кадырова».

Методические рекомендации по изучению учебной дисциплины «Обучение служением» рассмотрены и одобрены на заседании кафедры общественного здоровья и здравоохранения, рекомендована к использованию в учебном процессе (протокол № 9 от 26 мая 2025 г.), составлена в соответствии с требованиями ФГОС ВО по специальности 31.05.01 Лечебное дело (специалитет), утвержденного приказом Минобрнауки России от 27.03.2018 № 219.

© Яхъяева З.И.

© ФГБОУ ВО «Чеченский государственный университет имени А.А.Кадырова».

СОДЕРЖАНИЕ

1. Общие положения....4
2. Методические рекомендации по изучению дисциплины в процессе аудиторных занятий....4
2.1. Рекомендации по подготовке к лекционным занятиям (теоретический курс)....4
2.2. Рекомендации по подготовке к практическим (семинарским) занятиям....4
3. Методические рекомендации по выполнению различных форм самостоятельных заданий....5
3.1. Методические рекомендации по работе с литературой....5
3.2. Методические рекомендации по подготовке научного доклада....6
3.3. Методические рекомендации по подготовке реферата....7

1. Общие положения

Методические указания по освоению дисциплины «Обучение служением» адресованы студентам очной формы обучения.

Учебным планом по направлению подготовки 31.05.01 «Лечебное дело» предусмотрены следующие виды занятий:

- лекции;
- практические занятия;

2. Методические рекомендации по изучению дисциплины в процессе аудиторных занятий.

2.1. Рекомендации по подготовке к лекционным занятиям (теоретический курс)

Изучение дисциплины требует систематического и последовательного накопления знаний. Студентам необходимо вести конспект прослушанных лекций. Перед очередной лекцией необходимо просмотреть по конспекту материал предыдущей лекции. При затруднениях в восприятии материала следует обратиться к основным литературным источникам. Если разобраться в материале не удалось, то следует обратиться к лектору (по графику его консультаций) или к преподавателю на практических занятиях.

2.2. Рекомендации по подготовке к практическим (семинарским) занятиям

Студентам следует:

- ознакомиться с заданием к занятию; определить примерный объем работы по подготовке к ним; выделить вопросы и задачи, ответы на которые или выполнение и решение без предварительной подготовки не представляется возможным;
- иметь в виду и то, что в библиотеке учебного заведения не всегда имеются в наличии все рекомендованные источники, их необходимо найти заранее.
- приносить с собой рекомендованную преподавателем литературу к конкретному занятию;
- до очередного практического занятия по рекомендованным литературным источникам проработать теоретический материал, соответствующей темы занятия;
- пользоваться техническими средствами обучения и дидактическими материалами, которыми располагает учебное заведение.
- при подготовке к практическим занятиям следует обязательно использовать не только лекции, учебную литературу, но и нормативно-правовые акты и материалы правоприменительной практики;
- теоретический материал следует соотносить с правовыми нормами, так как в них могут быть внесены изменения, дополнения, которые не всегда отражены в учебной литературе;
- при ответах на вопросы и решения задач необходимо внимательно прочитать их текст и попытаться дать аргументированное объяснение с обязательной ссылкой на соответствующую правовую норму;
- в начале занятий задать преподавателю вопросы по материалу, вызвавшему затруднения в его понимании и освоении при решении задач, заданных для самостоятельного решения;
- по ходу семинара давать конкретные, четкие ответы по существу вопросов. Структура ответов может быть различной: либо вначале делается вывод, а затем приводятся аргументы, либо дается развернутая аргументация принятого решения, на основании которой предлагается ответ. Возможны и несколько вариантов ответов, которые должны быть обоснованны.
- на занятии доводить каждую задачу до окончательного решения, демонстрировать понимание проведенного анализа проблемной ситуации, в случае затруднений обращаться к преподавателю.

Студентам, пропустившим занятия (независимо от причин), не имеющие письменного решения задач или не подготовившиеся к данному практическому занятию, рекомендуется не позже, чем в 2-недельный срок явиться на консультацию к преподавателю и отчитаться по теме, изучавшейся на занятии. Студенты, не отчитавшиеся по каждой не проработанной ими на занятиях теме к началу зачетной сессии, упускают возможность получить положенные баллы за работу в соответствующем семестре.

3. Методические рекомендации по выполнению различных форм самостоятельных заданий

Самостоятельная работа студентов включает в себя выполнение различного рода заданий, которые ориентированы на более глубокое усвоение материала изучаемой дисциплины. По каждой теме учебной дисциплины студентам предлагается перечень заданий для самостоятельной работы.

К выполнению заданий для самостоятельной работы предъявляются следующие требования: задания должны исполняться самостоятельно и представляться в установленный срок, а также соответствовать установленным требованиям по оформлению.

Студентам следует:

- руководствоваться графиком самостоятельной работы, определенным рабочей программой дисциплины;
- выполнять все плановые задания, выдаваемые преподавателем для самостоятельного выполнения, и разбирать на семинарах и консультациях неясные вопросы;
- использовать при подготовке нормативные документы университета.

3.1. Методические рекомендации по работе с литературой.

Любая форма самостоятельной работы студента (подготовка к семинарскому занятию, написание эссе, курсовой работы, доклада и т.п.) начинается с изучения соответствующей литературы.

К каждой теме учебной дисциплины подобрана основная и дополнительная литература, которая указана в соответствующем разделе рабочей программы.

Основная литература - это учебники и учебные пособия.

Дополнительная литература - это монографии, сборники научных трудов, журнальные и газетные статьи, различные справочники, энциклопедии, интернет ресурсы.

Рекомендации студенту:

выбранную монографию или статью целесообразно внимательно просмотреть. В книгах следует ознакомиться с оглавлением и научно-справочным аппаратом, прочитать аннотацию и предисловие. Целесообразно ее пролистать, рассмотреть иллюстрации, таблицы, диаграммы, приложения. Такое поверхностное ознакомление позволит узнать, какие главы следует читать внимательно, а какие прочитать быстро;

- в книге или журнале, принадлежащие самому студенту, ключевые позиции можно выделять маркером или делать пометки на полях. При работе с Интернет -источником целесообразно также выделять важную информацию;
- если книга или журнал не являются собственностью студента, то целесообразно записывать номера страниц, которые привлекли внимание. Позже следует возвратиться к ним, перечитать или переписать нужную информацию. Физическое действие по записыванию помогает прочно заложить данную информацию в «банк памяти».

Выделяются следующие виды записей при работе с литературой:

Конспект - краткая схематическая запись основного содержания научной работы. Целью является не переписывание произведения, а выявление его логики, системы доказательств, основных выводов. Хороший конспект должен сочетать полноту изложения с краткостью.

Цитата - точное воспроизведение текста. Заключается в кавычки. Точно указывается страница источника.

Тезисы - концентрированное изложение основных положений прочитанного материала.

Аннотация - очень краткое изложение содержания прочитанной работы. Резюме - наиболее общие выводы и положения работы, ее концептуальные итоги.

Записи в той или иной форме не только способствуют пониманию и усвоению изучаемого материала, но и помогают вырабатывать навыки ясного изложения в письменной форме тех или иных теоретических вопросов.

3.2. Методические рекомендации по подготовке научного доклада

Одной из форм самостоятельной работы студента является подготовка научного доклада, для обсуждения его на практическом (семинарском) занятии.

Цель научного доклада - развитие у студентов навыков аналитической работы с научной литературой, анализа дискуссионных научных позиций, аргументации собственных взглядов. Подготовка научных докладов также развивает творческий потенциал студентов. Научный доклад готовится под руководством преподавателя, который ведет практические (семинарские) занятия.

Рекомендации студенту:

- перед началом работы по написанию научного доклада согласовать с преподавателем тему, структуру, литературу, а также обсудить ключевые вопросы, которые следует раскрыть в докладе;
- представить доклад научному руководителю в письменной форме;
- выступить на семинарском занятии с 5-7-минутной презентацией своего научного доклада, ответить на вопросы студентов группы.

Требования:

- к оформлению научного доклада: шрифт - Times New Roman, размер шрифта -14, межстрочный интервал -1, размер полей – 2 см, отступ в начале абзаца - 1 см, форматирование по ширине); листы доклада скреплены скоросшивателем. На титульном листе указывается наименование учебного заведения, название кафедры, наименование дисциплины, тема доклада, ФИО студента;
- к структуре доклада - введение (указывается актуальность, цель и задачи), основная часть, выводы автора, список литературы (не менее 5 позиций источников научной литературы (научные статьи и монографии). Объем согласовывается с преподавателем. В конце работы ставится дата ее выполнения и подпись студента, выполнившего работу.

Общая оценка за доклад учитывает содержание доклада, его презентацию, а также ответы на вопросы.

3.3. Методические рекомендации по подготовке реферата

Целью написания рефератов является:

- привитие студентам навыков библиографического поиска необходимой литературы (на бумажных носителях, в электронном виде);
- привитие студентам навыков компактного изложения мнения авторов и своего суждения по выбранному вопросу в письменной форме, научно грамотным языком и в хорошем стиле;
- приобретение навыка грамотного оформления ссылок на используемые источники, правильного цитирования авторского текста;
- выявление и развитие у студента интереса к определенной научной и практической проблематике с тем, чтобы исследование ее в дальнейшем продолжалось в подготовке и написании курсовых и дипломной работы и дальнейших научных трудах.

Основные задачи студента при написании реферата:

- с максимальной полнотой использовать литературу по выбранной теме (как рекомендуемую, так и самостоятельно подобранную) для правильного понимания авторской позиции;
- верно (без искажения смысла) передать авторскую позицию в своей работе;
- уяснить для себя и изложить причины своего согласия (несогласия) с тем или иным автором по данной проблеме.

Требования к содержанию:

- материал, использованный в реферате, должен относится строго к выбранной теме;
- необходимо изложить основные аспекты проблемы не только грамотно, но и в соответствии с той или иной логикой (хронологической, тематической, событийной и др.)
- при изложении следует сгруппировать идеи разных авторов по общности точек зрения или по научным школам;

- реферат должен заканчиваться подведением итогов проведенной исследовательской работы: содержать краткий анализ-обоснование преимуществ той точки зрения по рассматриваемому вопросу, с которой Вы солидарны.

Структура реферата.

1. Титульный лист.

На титульном листе указывается наименование учебного заведения, название кафедры, наименование дисциплины, тема реферата, ФИО студента, ФИО и должность проверившего преподавателя;

2. Оглавление.

Оглавление - это план реферата, в котором каждому разделу должен соответствовать номер страницы, на которой он находится.

3. Текст реферата.

Текст реферата делится на три части: введение, основная часть и заключение.

а) Введение - раздел реферата, посвященный постановке проблемы, которая будет рассматриваться и обоснованию выбора темы.

б) Основная часть - это звено работы, в котором последовательно раскрывается выбранная тема. Основная часть может быть представлена как цельным текстом, так и разделена на главы. При необходимости текст реферата может дополняться иллюстрациями, таблицами, графиками, но ими не следует "перегружать" текст.

в) Заключение - данный раздел реферата должен быть представлен в виде выводов, которые готовятся на основе подготовленного текста. Выводы должны быть краткими и четкими. Также в заключении можно обозначить проблемы, которые "высветились" в ходе работы над рефератом, но не были раскрыты в работе.

4. Список источников и литературы.

В данном списке называются как те источники, на которые ссылается студент при подготовке реферата, так и все иные, изученные им в связи с его подготовкой. В работе должно быть использовано не менее 7 разных источников. Работа, выполненная с использованием материала, содержащегося в одном научном источнике, является явным плагиатом и не принимается. Оформление Списка источников и литературы должно соответствовать требованиям, принятым в университете.

Объем и технические требования, предъявляемые к выполнению реферата.

Объем работы должен быть, как правило, не менее 15 и не более 20 страниц. Работа должна выполняться через одинарный интервал 14 шрифтом, размеры оставляемых полей - 2 см. Страницы должны быть пронумерованы.

При цитировании необходимо соблюдать следующие правила:

- текст цитаты заключается в кавычки и приводится без изменений, без произвольного сокращения цитируемого фрагмента (пропуск слов, предложений или абзацев допускается, если не влечет искажения всего фрагмента, и обозначается многоточием, которое ставится на месте пропуска) и без искажения смысла;
- каждая цитата должна сопровождаться ссылкой на источник, библиографическое описание которого должно приводиться в соответствии с предъявляемыми требованиями.

МИНИСТЕРСТВО НАУКИ И ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования
«Чеченский государственный университет
имени Ахмата Абдулхамидовича Кадырова»
Медицинский институт
Кафедра факультетской хирургии

МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ИЗУЧЕНИЮ УЧЕБНОЙ ДИСЦИПЛИНЫ «Общая хирургия, лучевая диагностика»

Код направления подготовки (специальности)	31.05.01
Направление подготовки (специальности)	Лечебное дело
Квалификация выпускника	Врач- лечебник
Форма обучения	Очная

Грозный 2025

СОДЕРЖАНИЕ

1. Методические основы по организации самостоятельной работы обучающихся.
2. Методические рекомендации для организации и проведения практических занятий.
3. Методические рекомендации по выполнению рефератов.
4. Методические рекомендации по подготовке и созданию презентаций.
5. Организация самостоятельной работы обучающихся при подготовке к текущей, промежуточной аттестациям.
6. Методические материалы по самостоятельной работе обучающегося при прохождении производственной практики

1. Методические основы по организации самостоятельной работы обучающихся

Самостоятельная работа по дисциплинам является обязательным элементом федеральных государственных образовательных стандартов по программам высшего образования.

Самостоятельная работа обучающегося – организационная форма обучения - система педагогических условий, обеспечивающих управление учебной деятельностью обучающихся по освоению знаний и умений в учебной и научной деятельности без посторонней помощи.

Самостоятельная работа обучающихся является специфическим педагогическим средством организации и сопровождения самостоятельной деятельности обучающихся в учебном процессе.

Цели

К целям самостоятельной работы относится:

− формирование способностей у обучающегося к саморазвитию, самосовершенствованию и самореализации;

− развитие исследовательских умений.

− фиксирование и систематизирование полученных теоретических познаний и практического опыта; формирование умений использовать научную, правовую, справочную и специальную литературу;

− развитие познавательных способностей и инициативности обучающихся, ответственность, организованность, стремление к саморазвитию; формирование умения правильно пользоваться полученным ранее материалом, собранным в процессе самостоятельного наблюдения, выполнения заданий различного характера.

Формы самостоятельной работы

При обучении используются следующие виды и формы самостоятельной работы:

− подготовка к практическим занятиям;

− подготовка и написание рефератов; - подготовка докладов на заданные темы рефератов, либо выбранные по заданному направлению;

− изучение и систематизация нормативно-правовых документов, регламентирующих деятельность в сфере обращения лекарственных средств в части организационно-управленческих вопросов с использованием информационно-справочных систем «Консультант Плюс», «Консультант врача», компьютерной сети «Интернет»;

− изучение учебной, научной и методической литературы, материалов периодической литературы с использованием электронных библиотечных систем, официальных статистических данных, научной периодики; - создание презентации;

− подготовка к устному опросу, к дискуссии;

− тестирование;

− решение ситуационных задач;

− подготовка к текущей, промежуточной аттестации и т.д.

Контроль результатов внеаудиторной самостоятельной работы преподаватель осуществляет в начале каждого семинарского/практического занятия.

Контроль результатов аудиторной самостоятельной работы осуществляется в пределах времени, отведенного на практические занятия по дисциплине. В зависимости от сложности познавательной деятельности при изучении дисциплин используется три уровня самостоятельной работы:

− репродуктивная самостоятельная работа, которая включает изучение основной и дополнительной рекомендованной литературы, изучение методических рекомендаций к занятию, решение типовых задач, ситуаций;

− реконструктивная самостоятельная работа включает в себя подготовку к презентациям, сообщениям по заданной теме, решение профессиональных задач, моделирование профессиональной деятельности;

− творческая самостоятельная работа включает анализ, обобщение и систематизацию научных и нормативно-правовых документов, самостоятельное составление ситуаций, задач, проектов, составление выступлений по проблемам профессиональной деятельности. Контроль результатов внеаудиторной самостоятельной работы преподаватель осуществляет на семинарском/практическом занятии.

Самостоятельная работа начинается с изучения рабочей программы дисциплины, отражена в рабочих программах дисциплин.

Для конспектирования лекционного материала, а также выполнения семинарских/практических работ требуются рабочие тетради.

Самостоятельная работа обучающегося подразделяется на аудиторную и внеаудиторную самостоятельную работу

Аудиторная самостоятельная работа по дисциплинам выполняется на учебных занятиях (семинарские или практические) под непосредственным руководством преподавателя и по его заданию.

Основными видами аудиторной самостоятельной работы являются:

− выполнение практических работ;

− работа с нормативно-правовыми документами в области обращения лекарственных средств;

− решение ситуационных/симуляционных задач;

− презентация результатов научно-исследовательской работы по заданным темам

Выполнение практических работ осуществляется на семинарских/практических занятиях в соответствии с графиком учебного процесса и расписанием занятий.

Работа с основной, дополнительной литературой, эмпирическими и статистическими данными, как правило, основана на изучении документов и данных, их обобщении и представлении.

Решение ситуационных задач используется на семинарских/практических занятиях. Проблемная/ситуационная задача должна иметь четкую формулировку, к ней должны быть поставлены вопросы, ответы на которые необходимо найти и обосновать.

Критерии для оценки каждого вида аудиторной самостоятельной работы обучающегося разрабатываются преподавателем для конкретной дисциплины /цикла из предложенного перечня критериев оценки результатов аудиторной самостоятельной работы:

− уровень освоения учебного материала;

− умение использовать теоретические знания при выполнении лабораторных, практических, ситуационных, симуляционных задач;

− сформированность заявленных умений по теме аудиторного занятия;

− обоснованность и четкость изложения ответов;

− оформление материала в соответствии с требованиями, заявленными в задании;

− уровень самостоятельности обучающегося при выполнении аудиторной самостоятельной работы.

Внеаудиторная самостоятельная работа является элементом каждой темы дисциплин.

Планирование времени, необходимого на внеаудиторное самостоятельное изучение дисциплин, обучающие должны осуществлять весь семестр, предусматривая при этом регулярное повторение материала.

Материал, законспектированный на лекциях, необходимо регулярно прорабатывать и дополнять сведениями из других источников литературы, представленных не только в программах дисциплин, но и в периодических профильных научных изданиях, материалах конференций.

При изучении дисциплин сначала необходимо по каждой теме прочитать рекомендованную литературу и составить краткий конспект основных положений, терминов, сведений, требующих запоминания и являющихся основополагающими в этой теме для освоения последующих тем курса. Для расширения знания по дисциплине

рекомендуется использовать Интернет-ресурсы; проводить поиски в различных системах и использовать материалы сайтов, рекомендованных преподавателем.
При выполнении самостоятельной работы по написанию реферата необходимо: прочитать теоретический материал в рекомендованной литературе, периодических изданиях, на Интернет-сайтах; творчески переработать изученный материал и представить его для отчета в форме реферата, проиллюстрировав схемами, диаграммами, фотографиями и рисунками.
Тексты докладов и рефератов должны быть изложены внятно, простым и ясным языком.
Для обеспечения внеаудиторной самостоятельной работы по каждой теме дисциплин/блоку разработаны:
а) перечень основной и дополнительной литературы;
б) вопросы для самоконтроля.
При выполнении внеаудиторной самостоятельной работы обучающийся имеет право обращаться к преподавателю за консультацией с целью уточнения задания, формы контроля выполненного задания.
Контроль результатов внеаудиторной самостоятельной работы отражается в индивидуальном плане после выполнения внеаудиторной самостоятельной работы.
Критерии оценки внеаудиторной работы формируются преподавателем самостоятельно для каждого вида работы. Основными критериями оценки внеаудиторной работы обучающегося выступают:
- уровень освоения материала;
- уровень умения использовать теоретические знания при выполнении заданий, решении ситуационных задач;
- обоснованность и четкость изложения ответов,
- результаты тестирования по шкале оценок;
- уровень умения использовать электронные образовательные ресурсы;
- умение четко формулировать проблему, предложив ее решение, критическая оценка последствий решения;
- уровень умения сформулировать собственную позицию и аргументировать ее.

Качество выполнения внеаудиторной самостоятельной работы оценивается посредством текущего контроля самостоятельной работы обучающегося. Текущий контроль представляет собой форму планомерного контроля качества и объема осваиваемых компетенций в процессе изучения конкретной дисциплины, проводится на семинарских/практических занятиях и во время индивидуальной работы преподавателя с обучающимися.

Шкала оценивания внеаудиторной самостоятельной работы:
Зачтено – задание выполнено полно и правильно, изложено в правильных нормативных формулировках с использованием точного понятийного аппарата, с использованием рекомендованных источников литературы, продемонстрировано умение формулировать проблему, предложены пути ее решения, проведена критическая оценка последствий такого решения, а также умение формулировать собственную позицию и аргументировать ее.
Не зачтено – обучающийся не выполнил задание либо выполнил не в полном объеме, демонстрирует несформированность понятийного аппарата по теме, отсутствие умения формулировать проблему, обобщать материал, не может аргументировать свой ответ.

2. Методические рекомендации для организации и проведения практических занятий

Практическое занятие - вид учебных занятий, при котором в результате предварительной работы над учебным материалом преподавателя и студента, в обстановке их контактной работы в аудитории решаются задачи познавательного и воспитательного характера.

Цель такой формы обучения – углубленное изучение дисциплины, закрепление полученного теоретического материала в форме внеаудиторной самостоятельной работы, овладение методологией научного познания и формирования базовых умений. Немаловажным преимуществом практических занятий является и формирование навыков профессиональной дискуссии.

Задачи практических занятий:

− мотивация к регулярному изучению теоретического учебного материала, основной, дополнительной литературы;

− закрепление теоретических знаний, полученных при прослушивании лекций и во время внеаудиторной самостоятельной работы;

− получение навыков устного и публичного выступления по теоретическим вопросам, включая навыки по свободному оперированию организационными и управленческими понятиями и категориями;

− формирование навыков по универсальным и профессиональным компетенциям;

− возможность преподавателю систематически контролировать как самостоятельную работу студента, так и свою работу.

Практические занятия проводятся по плану.

Каждая тема практического занятия, как правило, включает: цель занятия, перечень основных и дополнительных источников литературы, вопросы к устному обсуждению на занятии, ситуационные задачи и перечень заданий, которые обучающиеся самостоятельно должны решить на практическом занятии.

Каждое практическое занятие посвящено, как правило, изучению нескольких компетенций и включает три основных этапа.

Первый этап - устный опрос по заранее сформулированным вопросам либо представление докладов/презентаций, подготовленных в рамках внеаудиторной самостоятельной работы по заранее сформулированным требованиям. Важнейшей частью этапа, является обсуждение представленных докладов/презентаций. Цель преподавателя – организовать обмен мнениями, дискуссию в группе, скорректировать уровень подготовленности студентов.

Одним из возможных элементов первого этапа является решение ситуационных задач, которые максимально приближены к профессиональной деятельности.

Требования к ответам обучающихся – самостоятельность в подборе фактического материала и аналитическом отношении к нему, умение рассматривать примеры и факты во взаимосвязи и взаимообусловленности, отбирать наиболее существенные из них.

Для оценивания первого (теоретического) этапа занятия используются знания, умения, владения, которые заявлены на каждое занятие:

1) знание учебного материала и владение понятийным аппаратом по теме занятия;

2) умение связывать теорию с практикой;

3) умение иллюстрировать ответ примерами, фактами, данными научных исследований;

4) умение применять теоретические знания при решении ситуационных задач.

Второй этап – аудиторное самостоятельное выполнение семинарских /практических заданий, которые обучающийся выполняет индивидуально либо в группе, если такое предусмотрено заданием.

В процессе выполнения самостоятельной аудиторной работы обучающийся имеет право на получение индивидуальных консультаций у преподавателя.

По окончании выполнения аудиторной самостоятельной работы обучающийся сдает отчет о выполнении самостоятельных лабораторных заданий преподавателю, который оценивается по шкале «зачет/незачет».

Критерии оценивания практического занятия осуществляются по следующим критериям:

1. своевременное выполнение внеаудиторной самостоятельной работы по изучаемой теме;

2. демонстрируемый обучающимся уровень усвоения заявленной к освоению компетенции (знания, умения, навыки);

− хорошее знание и уверенное владение на занятии теоретическим содержанием учебного материала;
− адекватное применение теоретического материала к решению ситуационных задач, заданий для аудиторной самостоятельной работы;
− умение аргументировать свои решения, развернуто отвечать на дополнительные вопросы преподавателя.
3. Соблюдение организационных и дисциплинарных требований, предъявляемых к обучающемуся на семинарских/практических занятиях: аккуратный внешний вид, соблюдение дисциплины на занятиях, полнота и своевременность представления выполненных заданий в полном объеме (не позднее даты окончания занятия и в полном соответствии с предъявляемыми к их содержанию и качеству оформления).
Третий этап – заключительный. Преподаватель дает общую оценку уровня подготовленности обучаемых к практическим занятиям, характеризует активность каждого обучающегося на занятии и озвучивает оценки каждому обучающемуся с их обоснованием.

Шкала оценивания осуществляется по четырехбалльной шкале (таблица 2)

Критерии оценивания лабораторного/практического занятия	Шкала оценок
Полное соответствие работы обучающегося требованиям. Обучающийся демонстрирует уверенные знания, способен творчески решать поставленные задачи, самостоятельно демонстрирует умения, обладает некоторыми навыками. Обучающийся успешно выполнил внеаудиторную самостоятельную работу, демонстрирует глубокое теоретическое знание по изучаемой теме, умение его применять на практике (в установленный срок сдал протоколы занятия/представил и защитил доклады/презентации и др.).	Отлично
Работа обучающегося содержит неполное соответствие требованиям. Обучающийся демонстрирует хорошее знание материала, способен творчески решать поставленные задачи, демонстрирует базовые умения. Обучающийся выполнил внеаудиторную самостоятельную работу, продемонстрировал знание учебного материала, содержатся отдельные пробелы в умении применить полученные теоретические знании к решению ситуационных задач .	Хорошо
Работа обучающегося содержит неполное соответствие требованиям. Обучающийся демонстрирует знание базового материала, способен решать поставленные задачи под руководством преподавателя, освоил базовые умения. Успешно выполнил внеаудиторную самостоятельную работу, продемонстрировал знание учебного материала, но затрудняется интерпретировать его практически.	Удовлетвори тельно
Работа не соответствует требованиям.	Неудовлетво рительно

3. Методические рекомендации по организации и выполнению рефератов
Реферат предусматривает углубленное изучение дисциплины, способствует развитию навыков самостоятельной работы с литературными источниками.
Реферат – краткое изложение в письменном виде содержания научного труда по предоставленной теме. Это самостоятельная научноисследовательская работа, где обучающийся раскрывает суть исследуемой проблемы с элементами анализа по теме реферата. Приводит различные точки зрения, а также собственные взгляды на проблемы темы реферата.

Содержание реферата должно быть логичным, изложение материала носить проблемно-тематический характер.
Объем реферата может колебаться в пределах 15-20 печатных страниц.
Основные разделы: оглавление (план), введение, основное содержание, заключение, список литературы.
Текст реферата должен содержать следующие разделы:
- титульный лист реферата (приложение 2);
- ведение, актуальность темы.
- основной раздел.
- заключение
- список литературных источников

Список литературных источников- библиографическое описание используемых источников литературы, в том числе и интернет-источников, оформленное по ГОСТ 7.1 – 2003; 7.80 – 2000; должен иметь не менее 10 библиографических названий, включая сетевые ресурсы.
Текстовая часть реферата оформляется на листе следующего формата:
- отступ сверху – 2 см;
- отступ слева – 3 см;
- отступ справа – 1,5 см;
- отступ снизу – 2,5 см;
- шрифт текста: Times New Roman, высота шрифта – 14, пробел – 1,5;
- нумерация страниц – снизу листа. На первой странице номер не ставится.

Реферат должен быть выполнен грамотно с соблюдением культуры изложения. Обязательно должны иметься ссылки на используемую литературу, включая периодическую литературу за последние 5 лет.
Критерии оценки реферата:
- актуальность темы исследования;
- соответствие содержания теме;
- глубина проработки материала;
- правильность и полнота разработки темы;
- значимость выводов для дальнейшей практической деятельности;
- правильность и полнота использования литературы;
- соответствие оформления реферата стандарту;
- качество сообщения и ответов на вопросы при защите реферата.

Практическое занятие по защите рефератов может проводиться в качестве «круглого стола» в форме представления докладов, посвященных теме занятия, по следующим этапам:
Этап 1. Каждый обучающийся представляет собственный доклад (обязательно использование презентации) по выбранной теме. Доклад 5-7 минут. Обсуждение доклада, вопросы – 2-3 минуты.
Этап 2. Оценка докладов и презентаций, представленных в группе (таблица 3).

Таблица 3 - Шкала оценки докладов на практическом занятии

Критерии оценки	Шкала оценок
1. Доклад четко выстроен, сопровождается презентацией, отражающей проблематику доклада, имеет четкие выводы, полностью характеризующие работу. Автор отлично ориентируется в материале и отвечает на все вопросы, владеет специальной терминологией. 2. Обучающийся активно участвует в обсуждении докладов других обучающихся из группы	Отлично
1. Доклад структурирован, презентация не отражает в полной мере	Хорошо

содержание доклада, допущены неточности, выводы нечеткие. Автор затрудняется ответить на вопросы, слабо использует специальную терминологию. 2. Обучающийся участвует в обсуждении докладов других обучающихся из группы	
1. Доклад структурирован, содержание не полностью раскрывает цель доклада, отсутствует презентация. 2. Обучающийся пассивен при обсуждении докладов других обучающихся из группы	Удовлетвори тельно
1. Доклад не структурирован/отсутствует, презентация отсутствует. Автор не владеет материалом. 2. Обучающийся не участвует в обсуждении докладов.	Неудовлетво рительно

4. Методические рекомендации по подготовке и созданию презентаций

Создание материалов-презентаций — это вид самостоятельной работы обучающихся по созданию наглядных информационных пособий, выполненных с помощью мультимедийной компьютерной программы PowerPoint.

Этот вид работы требует координации навыков обучающегося по сбору, систематизации, переработке информации, оформления ее в виде подборки материалов, кратко отражающих основные вопросы изучаемой темы, в электронном виде. Создание презентаций расширяет методы и средства обработки и представления учебной информации, формирует у обучающихся навыки работы на компьютере.

Презентации готовятся обучающимся в виде слайдов с использованием программы Microsoft PowerPoint.

Обучающийся при подготовке презентации должен выполнить следующий комплекс взаимосвязанных видов самостоятельной работы:

- изучить материалы темы, выделяя главное и второстепенное;
- установить логическую связь между элементами темы;
- представить характеристику элементов в краткой форме;
- выбрать опорные сигналы для акцентирования главной информации и отобразить в структуре работы;
- оформить презентацию в соответствии с рекомендациями (таблица 4), разместить ее в электронной образованной среде университета, к установленному сроку либо представить на практическое/лабораторное занятие.

Таблица 4 - Методические рекомендации по оформлению презентации

Критерии оценки	Шкала оценок
1. Стиль	1.1 Соблюдайте единый стиль оформления. 1.2 Избегайте стилей, которые будут отвлекать от самой презентации. 1.3 Вспомогательная информация не должны преобладать над основной информацией (текст, рисунки).
2. Фон	Для фона предпочтительнее использовать более холодные тона (синий или зеленый).
3. Использование цвета	3.1 На одном слайде рекомендуется использовать не более трех цветов: один для фона, один для заголовков, один для текста. для фона и текста используйте контрастные цвета. 3.2. Обратите особое внимание на цвет гиперссылок (до и после использования).
4 Текст/ представление информации	4.1 Используйте короткие слова и предложения. 4.2. Минимизируйте количество предлогов, наречий, прилагательных.

	4.3.Заголовки должны привлекать внимание аудитории. 4.4 Предпочтительно горизонтальное расположение информации. 4.5 Наиболее важная информация должна располагаться в центре экрана. Если на слайде располагается картинка, надпись должна располагаться под ней. 4.6 Наибольшая эффективность достигается тогда, когда ключевые пункты отображаются по одному на каждом отдельном слайде.
5.Шрифты	5.1 Для заголовков не менее 24 5.2 Для информации- не менее 18. 5.3Шрифты без засечек легче читать с большого расстояния. 5.4.Нельзя смешивать разные типы шрифтов в одном тексте 5.5.Для выделения информации следует использовать жирный шрифт, курсив или подчеркивание. 5.6 Нельзя злоупотреблять прописными буквами (они читаются хуже строчных букв).
6.Анимационные эффекты	Возможности компьютерной анимации для оформления презентации необходимо использовать умерено, они не должны отвлекать внимание от содержания информации на слайде.

Критерии оценивания презентаций:
- соответствие содержания теме;
- правильная структурированность информации;
- наличие логической связи изложенной информации;
- эстетичность оформления, его соответствие требованиям;
- презентация выполнена и представлена в срок.

Шкала оценивания презентаций разрабатывается преподавателем и доводится до сведения обучающихся вместе с заданием.

Оценка «Отлично»:

презентация отличается целостностью, логичностью и оригинальностью. Оформление логично, эстетично, не противоречит содержанию доклада. Информация структурирована. Иллюстрации презентации соответствуют содержанию, дополняют информацию о раскрываемой проблеме. Текст доклада, сопровождающего презентацию, излагается обучающимся самостоятельно, с незначительной опорой на печатный текст. Ответы на вопросы преподавателя и аудитории четкие, аргументированные, сопровождаются ссылкой на факты и примеры.

Оценка «Хорошо»:

презентация характеризуется целостностью, логической завершенностью, с незначительными недочетами в логике изложения материала. Оформление эстетично, логично, структурировано. Текст доклада излагается с преимущественной опорой на текст. Ответы на дополнительные и уточняющие вопросы не вносят ясности, преимущественно повторяют содержание презентации.

Оценка «Удовлетворительно»:

презентация характеризуется отсутствием единого стиля в оформлении, ввиду чего информация тяжело воспринимается аудиторией. Сведения, излагаемые обучающимся разрозненные, плохо структурированы и аргументированы. Текст доклада преимущественно зачитывается, обучающимся допускаются неточности и ошибки в изложении материала. Ответы на дополнительные вопросы затруднительны.

Оценка «Неудовлетворительно»:

оформление презентации не соответствует заявленным требованиям. Работа характеризуется отсутствием единого стиля. Обучающийся представляет разрозненные сведения, которые слабо коррелируют с заявленной темой исследования, текст доклада

зачитывается, обучающимся часто допускаются ошибки в изложении материала, допускаются ошибки в использовании научной и профессиональной терминологии. Ответы на дополнительные вопросы обучающийся не дает.

5. Организация самостоятельной работы обучающего при подготовке к текущей, промежуточной аттестациям

Текущий контроль осуществляется систематически с целью установления уровня овладения заявленными в рабочей программе дисциплины/практики компетенциями при изучении. В течение года в соответствии с программой дисциплины проводятся текущие аттестации. Форма проведения текущей аттестации (письменное / устное собеседование, тестирование, решение ситуационных задач, защита реферата) определяется руководителем курса и доводится до обучающихся. Вопросы по текущей аттестации доводятся до сведения обучающихся не позднее 3 дней до проведения аттестации.

Подготовка к промежуточной аттестации предполагает систематизацию обучающимся усвоенных в ходе обучения по дисциплинам профессиональных знаний и умений. Программа промежуточной аттестации экзамена имеет обобщающий характер и ориентирует обучающегося в процессе подготовки к нему на актуализацию знаний, умений и навыков, отражающих наиболее существенные компоненты содержания дисциплин, закрепление в профессиональном сознании комплексного и целостного знания.

Подготовка к промежуточной аттестации является формой самостоятельной работы обучающегося. Ее эффективной организации будут способствовать рекомендованные перечни основной и дополнительной литературы, информационных и электронно-образовательных ресурсов, а также список вопросов, которые составляют основу для итогового анализа профессиональной компетентности обучающегося и оценки ее соответствия требованиям ФГОС по компетенциям, закрепленным за дисциплинами. Ориентируясь в перечнях основной и дополнительной литературы, обучающийся может выбрать из них как основополагающие источники, так и те, которые позволят углубить и расширить знания по актуальным проблемам специальностей, систематизировать их и отразить в комплексе.

В ходе подготовки к промежуточной аттестации рекомендуется составлять развернутый план ответа на вопрос программы экзамена, что обеспечит логическую последовательность изложения материала. Продумывая структуру ответа, необходимо: во-первых, уделить внимание раскрытию теоретической сущности явления или понятий, обозначенных в контрольно-измерительном материале, во-вторых, осветить содержание и закономерности рассматриваемых явлений, отразить состояние их изученности в современной медицине. Обучающийся должен продемонстрировать на промежуточной аттестации владение категориальным аппаратом дисциплин, показать умение использовать знания, полученные при изучении дисциплин для анализа современных тенденций в медицине, применять их для решения профессиональных задач врачей по специальностям.

В ходе подготовки к промежуточной аттестации обучающемуся рекомендуется использовать весь набор методов и средств современных информационных технологий для изучения содержания отечественной и зарубежной литературы по дисциплине, анализа и оценки ее текущего состояния и перспектив развития.

При подготовке к промежуточной аттестации рекомендуется активно применять следующие образовательные и профессионально-ориентированные технологии:

– информационные технологии – компьютерные технологии, в том числе доступ в Интернет (для получения учебной и учебно-методической информации, представленной в научных электронных журналах и на сайтах библиотек);

– информационно-коммуникационные технологии.

Оценка знаний, умений и навыков, характеризующая этапы формирования компетенций в рамках изучения дисциплины осуществляется в ходе текущей и промежуточной аттестаций.
Форма проведения текущей/ промежуточной аттестации определяется рабочей программой дисциплины. Оценивание компетенций, вынесенных на промежуточную аттестацию в форме экзамена, осуществляется по четырехбалльной шкале:
оценка «отлично» - 5 баллов
оценка «хорошо» - 4 балла
оценка «удовлетворительно» - 3 балла
оценка «неудовлетворительно» - 2 балла.
При сдаче промежуточной аттестации в форме зачета:
«зачтено» - 3-5 баллов или «не зачтено» - 2 балла.

6. Методические материалы по самостоятельной работе обучающегося при прохождении производственной(клинической) практики

Производственная (клиническая) практика составлена по модулям – дисциплинам и проводится в форме контактной и самостоятельной работы обучающегося.
Контактная работа предусматривает работу руководителя практики с обучающимся в форме индивидуальных/групповых консультаций.
К самостоятельной работе по практикам относятся следующие виды работ обучающегося:
- ознакомление с нормативно-правовым обеспечением практик, включая программы практик;
- изучение законодательной и нормативно-правовой обеспеченности профессиональной деятельности в сфере обращения лекарственных средств в предметной области практики;
- выполнение заданий, заполнение отчета о прохождении практики;
- подготовка к промежуточной аттестации по итогам практики.
По окончании практики обучающийся оформляет отчёт. Материал для составления отчета собирается и накапливается с первого дня практики. Отчет должен содержать самоанализ выполненной работы обучающимся.
Во время прохождения практики необходимо выполнение следующих условий:
- Явиться на установочное собрание, проводимое руководителем практики и получить пакет документов в учебно-методическом отделе.
- В первый день практики прийти на базу к 8 часам утра, и представиться общему руководителю.
- Быть одетым строго по форме и следить за ее чистотой. Иметь сменную обувь.
- Работать строго по графику. Пропущенные дни, даже по уважительной причине, отрабатываются в дополнительное время.
- Ознакомиться с документацией структурных подразделений (поликлиника, стационар, приемный покой, в отделениях - процедурные кабинеты, пост и т.д.).
- Активно участвовать в общественной жизни структурных подразделений, а также в санитарно-просветительной работе.
- Бережно относиться к имуществу лечебно-профилактических учреждений.
- Быть дисциплинированными, спокойными и вежливыми в обращении с товарищами по работе, с больными и их родственниками, в отделениях соблюдать тишину и порядок.
- Ежедневно и аккуратно вести отчет, заполнять листы обязательных манипуляций.
Критерии оценки промежуточной аттестации по производственной (клинической) практике представлены в Таблице 6.

Таблица 6 – Критерии оценки промежуточной аттестации по производственной практике

Критерии оценки	Шкала оценок

Обучающийся предоставил оформленный соответствующим образом, отчет и отзыв с положительной характеристикой руководителя практики; продемонстрировал систематические знания по контролируемым компетенциям; владеет способностью и готовностью применять знания, умения и навыки для решения профессиональных задач на практике; в ответе присутствует четкая структура, логическая последовательность, современная профессиональная терминология; ответ обоснован нормативной документацией и конкретными примерами из производственной практики.	Зачтено
Обучающийся предоставил неполный перечень отчетной документации; демонстрирует полное отсутствие или фрагментарные знания, умения и навыки по контролируемой компетенции и неспособность применять их на практике для решения профессиональных задач; не в состоянии обосновать свой ответ нормативной документацией и примерами из производственной практики; дополнительные и уточняющие вопросы преподавателя не приводят к коррекции ответа	Не зачтено

МИНИСТЕРСТВО НАУКИ И ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
Федеральное государственное бюджетное образовательное
учреждение высшего образования
«Чеченский государственный университет
имени Ахмата Абдулхамидовича Кадырова»

МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ
Кафедра факультетской терапии

Методические рекомендации по изучению дисциплины «Общий уход за больными терапевтического профиля»

Направление подготовки(специальности)	Лечебное дело
Код направленияподготовки (специальности)	31.05.01
Квалификация выпускника	Врач- лечебник
Форма обучения	Очная

Грозный, 2025 г.

СОДЕРЖАНИЕ

1. Общие положения 3
2. Методические рекомендации по изучению дисциплины в процессе аудиторных занятий..... 3
2.1. Рекомендации по подготовке к лекционным занятиям (теоретический курс) 3
2.2. Рекомендации по подготовке к практическим (семинарским) занятиям 3
3. Методические рекомендации по выполнению различных форм самостоятельных заданий 4
3.1. Методические рекомендации по работе с литературой 4
3.2. Методические рекомендации по подготовке научного доклада 4
3.3. Методические рекомендации по подготовке реферата 5

1. Общие положения

Методические указания по освоению дисциплины **«Общий уход за больными терапевтического профиля»** адресованы студентам очной формы обучения. Учебным планом по направлению подготовки 31.05.01 «Лечебное дело», предусмотрены следующие виды занятий: практические занятия;

2. Методические рекомендации по изучению дисциплины в процессе аудиторных занятий.

2.1 Рекомендации по подготовке к практическим (семинарским) занятиям

Студентам следует:

- ознакомиться с заданием к занятию; определить примерный объем работы по подготовке к ним; выделить вопросы и задачи, ответы на которые или выполнение и решение без предварительной подготовки не представляется возможным;
- иметь в виду и то, что в библиотеке учебного заведения не всегда имеются в наличии все рекомендованные источники, их необходимо найти заранее.
- приносить с собой рекомендованную преподавателем литературу к конкретному занятию;
- до очередного практического занятия по рекомендованным литературным источникам проработать теоретический материал, соответствующей темы занятия;
- пользоваться техническими средствами обучения и дидактическими материалами, которыми располагает учебное заведение.
- при подготовке к практическим занятиям следует обязательно использовать не только лекции, учебную литературу, но и нормативно-правовые акты и материалы правоприменительной практики;
- теоретический материал следует соотносить с правовыми нормами, так как в них могут быть внесены изменения, дополнения, которые не всегда отражены в учебной литературе;
- при ответах на вопросы и решения задач необходимо внимательно прочитать их текст и попытаться дать аргументированное объяснение с обязательной ссылкой на соответствующую правовую норму;
- в начале занятий задать преподавателю вопросы по материалу, вызвавшему затруднения в его понимании и освоении при решении задач, заданных для самостоятельного решения;
- по ходу семинара давать конкретные, четкие ответы по существу вопросов. Структура ответов может быть различной: либо вначале делается вывод, а затем приводятся аргументы, либо дается развернутая аргументация принятого решения, на основании которой предлагается ответ. Возможны и несколько вариантов ответов, которые должны быть обоснованны.
- на занятии доводить каждую задачу до окончательного решения, демонстрировать понимание проведенного анализа проблемной ситуации, в случае затруднений обращаться к преподавателю.

Студентам, пропустившим занятия (независимо от причин), не имеющие письменного решения задач или не подготовившиеся к данному практическому занятию, рекомендуется не позже чем в 2-недельный срок явиться на консультацию к преподавателю и отчитаться по теме, изучавшейся на занятии. Студенты, не отчитавшиеся по каждой не проработанной ими на занятиях теме к началу зачетной сессии, упускают возможность получить положенные баллы за работу в соответствующем семестре.

3. Методические рекомендации по выполнению различных форм самостоятельных заданий

Самостоятельная работа студентов включает в себя выполнение различного рода заданий, которые ориентированы на более глубокое усвоение материала изучаемой дисциплины. По каждой теме учебной дисциплины Студентам предлагается перечень заданий для самостоятельной работы. К выполнению заданий для самостоятельной работы предъявляются следующие требования: задания должны исполняться самостоятельно и представляться в установленный срок, а также соответствовать установленным требованиям по оформлению.

Студентам следует:

- руководствоваться графиком самостоятельной работы, определенным рабочей программой дисциплины;
- выполнять все плановые задания, выдаваемые преподавателем для самостоятельного выполнения, и разбирать на семинарах и консультациях неясные вопросы;
- использовать при подготовке нормативные документы университета, а именно, положение о написании письменных работ.

3.1 Методические рекомендации по работе с литературой.

Любая форма самостоятельной работы студента (подготовка к семинарскому занятию, написание эссе, курсовой работы, доклада и т.п.) начинается с изучения соответствующей литературы.

К каждой теме учебной дисциплины подобрана основная и дополнительная литература, которая указана в соответствующем разделе рабочей программы.

Основная литература - это учебники и учебные пособия.

Дополнительная литература - это монографии, сборники научных трудов, журнальные и газетные статьи, различные справочники, энциклопедии, интернет ресурсы.

Рекомендации студенту:

выбранную монографию или статью целесообразно внимательно просмотреть. В книгах следует ознакомиться с оглавлением и научно-справочным аппаратом, прочитать аннотацию и предисловие. Целесообразно ее пролистать, рассмотреть иллюстрации, таблицы, диаграммы, приложения. Такое поверхностное ознакомление позволит узнать, какие главы следует читать внимательно, а какие прочитать быстро;

- в книге или журнале, принадлежащие самому студенту, ключевые позиции можно выделять маркером или делать пометки на полях. При работе с Интернет -источником целесообразно также выделять важную информацию;
- если книга или журнал не являются собственностью студента, то целесообразно записывать номера страниц, которые привлекли внимание. Позже следует возвратиться к ним, перечитать или переписать нужную информацию. Физическое действие по записыванию помогает прочно заложить данную информацию в «банк памяти».

Выделяются следующие виды записей при работе с литературой:

Конспект - краткая схематическая запись основного содержания научной работы. Целью является не переписывание произведения, а выявление его логики, системы доказательств, основных выводов. Хороший конспект должен сочетать полноту изложения с краткостью.

Цитата - точное воспроизведение текста. Заключается в кавычки. Точно указывается страница источника.

Тезисы - концентрированное изложение основных положений прочитанного материала.

Аннотация - очень краткое изложение содержания прочитанной работы. Резюме - наиболее общие выводы и положения работы, ее концептуальные итоги.

Записи в той или иной форме не только способствуют пониманию и усвоению изучаемого материала, но и помогают вырабатывать навыки ясного изложения в письменной форме тех или иных теоретических вопросов.

3.2 Методические рекомендации по подготовке научного доклада

Одной из форм самостоятельной работы студента является подготовка научного доклада, для обсуждения его на практическом (семинарском) занятии.

Цель научного доклада - развитие у студентов навыков аналитической работы с научной литературой, анализа дискуссионных научных позиций, аргументации собственных взглядов. Подготовка научных докладов также развивает творческий потенциал студентов.

Научный доклад готовится под руководством преподавателя, который ведет практические (семинарские) занятия.

Рекомендации студенту:

- перед началом работы по написанию научного доклада согласовать с преподавателем тему, структуру, литературу, а также обсудить ключевые вопросы, которые следует раскрыть в докладе;
- представить доклад научному руководителю в письменной форме;
- выступить на семинарском занятии с 5-7-минутной презентацией своего научного доклада, ответить на вопросы студентов группы.

Требования:

- к оформлению научного доклада: шрифт - Times New Roman, размер шрифта -14, межстрочный интервал -1, размер полей - 2 см, отступ в начале абзаца - 1 см, форматирование по ширине); листы доклада скреплены скоросшивателем. На титульном листе указывается наименование учебного заведения, название кафедры, наименование дисциплины, тема доклада, ФИО студента;
- к структуре доклада - введение (указывается актуальность, цель и задачи), основная часть, выводы автора, список литературы (не менее 5 позиций источников научной литературы (научные статьи и монографии). Объем согласовывается с преподавателем. В конце работы ставится дата ее выполнения и подпись студента, выполнившего работу.

Общая оценка за доклад учитывает содержание доклада, его презентацию, а также ответы на вопросы.

3.3 Методические рекомендации по подготовке реферата

Целью написания рефератов является:

- привитие студентам навыков библиографического поиска необходимой литературы (на бумажных носителях, в электронном виде);

привитие студентам навыков компактного изложения мнения авторов и своего суждения по выбранному вопросу в письменной форме, научно грамотным языком и в хорошем стиле;

- приобретение навыка грамотного оформления ссылок на используемые источники, правильного цитирования авторского текста;
- выявление и развитие у студента интереса к определенной научной и практической проблематике с тем, чтобы исследование ее в дальнейшем продолжалось в подготовке и написании курсовых и дипломной работы и дальнейших научных трудах.

Основные задачи студента при написании реферата:

- с максимальной полнотой использовать литературу по выбранной теме (как рекомендуемую, так и самостоятельно подобранную) для правильного понимания авторской позиции;
- верно (без искажения смысла) передать авторскую позицию в своей работе;
- уяснить для себя и изложить причины своего согласия (несогласия) с тем или иным автором по данной проблеме.

Требования к содержанию:

- материал, использованный в реферате, должен относится строго к выбранной теме;
- необходимо изложить основные аспекты проблемы не только грамотно, но и в соответствии с той или иной логикой (хронологической, тематической, событийной и др.)
- при изложении следует сгруппировать идеи разных авторов по общности точек зрения или по научным школам;
- реферат должен заканчиваться подведением итогов проведенной исследовательской работы: содержать краткий анализ-обоснование преимуществ той точки зрения по рассматриваемому вопросу, с которой Вы солидарны.

Структура реферата.

1. Титульный лист.

На титульном листе указывается наименование учебного заведения, название кафедры, наименование дисциплины, тема реферата, ФИО студента, ФИО и должность проверившего преподавателя;

2. Оглавление.

Оглавление - это план реферата, в котором каждому разделу должен соответствовать номер страницы, на которой он находится.

3. Текст реферата.

Текст реферата делится на три части: введение, основная часть и заключение.

а) Введение - раздел реферата, посвященный постановке проблемы, которая будет

рассматриваться и обоснованию выбора темы.

б) Основная часть - это звено работы, в котором последовательно раскрывается выбранная тема. Основная часть может быть представлена как цельным текстом, так и разделена на главы. При необходимости текст реферата может дополняться иллюстрациями, таблицами, графиками, но ими не следует "перегружать" текст.

в) Заключение - данный раздел реферата должен быть представлен в виде выводов, которые готовятся на основе подготовленного текста. Выводы должны быть краткими и четкими. Также в заключении можно обозначить проблемы, которые "высветились" в ходе работы над рефератом, но не были раскрыты в работе.

4. Список источников и литературы.

В данном списке называются как те источники, на которые ссылается студент при подготовке реферата, так и все иные, изученные им в связи с его подготовкой. В работе должно быть использовано не менее 7 разных источников. Работа, выполненная с использованием материала, содержащегося в одном научном источнике, является явным плагиатом и не принимается. Оформление Списка источников и литературы должно соответствовать требованиям, принятым в университете.

Объем и технические требования, предъявляемые к выполнению реферата.

Объем работы должен быть, как правило, не менее 15 и не более 20 страниц. Работа должна выполняться через одинарный интервал 14 шрифтом, размеры оставляемых полей - 2 см. Страницы должны быть пронумерованы.

При цитировании необходимо соблюдать следующие правила:

- текст цитаты заключается в кавычки и приводится без изменений, без произвольного сокращения цитируемого фрагмента (пропуск слов, предложений или абзацев допускается, если не влечет искажения всего фрагмента, и обозначается многоточием, которое ставится на месте пропуска) и без искажения смысла;
- каждая цитата должна сопровождаться ссылкой на источник, библиографическое описание которого должно приводиться в соответствии с предъявляемыми требованиями.

Методические материалы, определяющие процедуры оценивания знаний, умений, навыков и (или) опыта деятельности

Устный ответ

Оценка знаний предполагает дифференцированный подход к обучающемуся, учет его индивидуальных способностей, степень усвоения и систематизации основных понятий и категорий по дисциплине. Кроме того, оценивается не только глубина знаний поставленных вопросов, но и умение использовать в ответе практический материал. Оценивается культура речи, владение навыками ораторского искусства.

Критерии оценивания: последовательность, полнота, логичность изложения, анализ различных точек зрения, самостоятельное обобщение материала, использование профессиональных терминов, культура речи, навыки ораторского искусства. Изложение материала без фактических ошибок.

Оценка *«отлично»* ставится в случае, когда материал излагается исчерпывающе, последовательно, грамотно и логически стройно, при этом раскрываются не только основные понятия, но и анализируются точки зрения различных авторов. Обучающийся не затрудняется с ответом, соблюдает культуру речи.

Оценка *«хорошо»* ставится, если обучающийся твердо знает материал, грамотно и по существу излагает его, знает практическую базу, но при ответе на вопрос допускает несущественные погрешности.

Оценка *«удовлетворительно»* ставится, если обучающийся освоил только основной материал, но не знает отдельных деталей, допускает неточности, недостаточно правильные формулировки, нарушает последовательность в изложении материала, затрудняется с ответами, показывает отсутствие должной связи между анализом, аргументацией и выводами.

Оценка *«неудовлетворительно»* ставится, если обучающийся не отвечает на поставленные вопросы.

Кейсы (ситуации и задачи с заданными условиями)

Обучающийся должен уметь выделить основные положения из текста задачи, которые

требуют анализа и служат условиями решения. Исходя из поставленного вопроса в задаче, попытаться максимально точно определить проблему и соответственно решить ее.

Задачи могут решаться устно и/или письменно. При решении задач также важно правильно сформулировать и записать вопросы, начиная с более общих и, кончая частными.

Критерии оценивания - оценка учитывает методы и средства, использованные при решении ситуационной, проблемной задачи.

Оценка *«отлично»* ставится в случае, когда обучающийся выполнил задание (решил задачу), используя в полном объеме теоретические знания и практические навыки, полученные в процессе обучения.

Оценка *«хорошо»* ставится, если обучающийся в целом выполнил все требования, но не совсем четко определяется опора на теоретические положения, изложенные в научной литературе по данному вопросу.

Оценка *«удовлетворительно»* ставится, если обучающийся показал положительные результаты в процессе решения задачи.

Оценка *«неудовлетворительно»* ставится, если обучающийся не выполнил все требования.

Деловая игра

Необходимо разбиться на несколько команд, которые должны поочередно высказать свое мнение по каждому из заданных вопросов. Мнение высказывающейся команды засчитывается, если противоположная команда не опровергнет его контраргументами. Команда, чье мнение засчитано как верное (не получило убедительных контраргументов от противоположных команд), получает один балл. Команда, опровергнувшая мнение противоположной команды своими контраргументами, также получает один балл. Побеждает команда, получившая максимальное количество баллов.

Ролевая игра как правило имеет фабулу (ситуацию, казус), распределяются роли, подготовка осуществляется за 2-3 недели до проведения игры.

Критерии оценивания - оцениваются действия всех участников группы. Понимание проблемы, высказывания и действия полностью соответствуют заданным целям. Соответствие реальной действительности решений, выработанных в ходе игры. Владение терминологией, демонстрация владения учебным материалом по теме игры, владение методами аргументации, умение работать в группе (умение слушать, конструктивно вести беседу, убеждать, управлять временем, бесконфликтно общаться), достижение игровых целей, (соответствие роли - при ролевой игре). Ясность и стиль изложения.

Оценка *«отлично»* ставится в случае, выполнения всех критериев.

Оценка *««хорошо»* ставится, если обучающиеся в целом демонстрируют понимание проблемы, высказывания и действия полностью соответствуют заданным целям. Решения, выработанные в ходе игры, полностью соответствуют реальной действительности. Но некоторые объяснения не совсем аргументированы, нарушены нормы общения, нарушены временные рамки, нарушен стиль изложения.

Оценка *«удовлетворительно»* ставится, если обучающиеся в целом демонстрируют понимание проблемы, высказывания и действия в целом соответствуют заданным целям. Однако, решения, выработанные в ходе игры, не совсем соответствуют реальной действительности. Некоторые объяснения не совсем аргументированы, нарушены временные рамки, нарушен стиль изложения.

Оценка *«неудовлетворительно»* ставится, если обучающиеся не понимают проблему, их высказывания не соответствуют заданным целям.

Информационный проект (доклад с презентацией)

Информационный проект - проект, направленный на стимулирование учебно - познавательной деятельности студента с выраженной эвристической направленностью (поиск, отбор и систематизация информации об объекте, оформление ее для презентации).

Информационный проект отличается от исследовательского проекта, поскольку представляет собой такую форму учебно-познавательной деятельности, которая отличается ярко выраженной эвристической направленностью.

Критерии оценивания - при выставлении оценки учитывается самостоятельный поиск, отбор и систематизация информации, раскрытие вопроса (проблемы), ознакомление обучающихся с этой информацией (представление информации), ее анализ и обобщение, оформление, полные

ответы на вопросы аудитории с примерами.

Оценка *«отлично»* ставится в случае, когда обучающийся полностью раскрывает вопрос (проблему), представляет информацию систематизировано, последовательно, логично, взаимосвязано, использует более 5 профессиональных терминов, широко использует информационные технологии, ошибки в информации отсутствуют, дает полные ответы на вопросы аудитории с примерами.

Оценка *«хорошо»* ставится, если обучающийся раскрывает вопрос (проблему), представляет информацию систематизировано, последовательно, логично, взаимосвязано, использует более 2 профессиональных терминов, достаточно использует информационные технологии, допускает не более 2 ошибок в изложении материала, дает полные или частично полные ответы на вопросы аудитории.

Оценка *«удовлетворительно»* ставится, если обучающийся, раскрывает вопрос (проблему) не полностью, представляет информацию не систематизировано и не совсем последовательно, использует 1 -2 профессиональных термина, использует информационные технологии, допускает 3-4 ошибки в изложении материала, отвечает только на элементарные вопросы аудитории без пояснений.

Оценка *«неудовлетворительно»* ставится, если вопрос не раскрыт, представленная информация логически не связана, не используются профессиональные термины, допускает более 4 ошибок в изложении материала, не отвечает на вопросы аудитории.

Дискуссионные процедуры

Круглый стол, дискуссия, полемика, диспут, дебаты, мини-конференции являются средствами, позволяющими включить обучающихся в процесс обсуждения спорного вопроса, проблемы и оценить их умение аргументировать собственную точку зрения. Задание дается заранее, определяется круг вопросов для обсуждения, группы участников этого обсуждения.

Дискуссионные процедуры могут быть использованы для того, чтобы студенты:

-лучше поняли усвояемый материал на фоне разнообразных позиций и мнений, не обязательно достигая общего мнения;

- смогли постичь смысл изучаемого материала, который иногда чувствуют интуитивно, но не могут высказать вербально, четко и ясно, или конструировать новый смысл, новую позицию;

- смогли согласовать свою позицию или действия относительно обсуждаемой проблемы.

Критерии оценивания - оцениваются действия всех участников группы. Понимание проблемы, высказывания и действия полностью соответствуют заданным целям. Соответствие реальной действительности решений, выработанных в ходе игры. Владение терминологией, демонстрация владения учебным материалом по теме игры, владение методами аргументации, умение работать в группе (умение слушать, конструктивно вести беседу, убеждать, управлять временем, бесконфликтно общаться), достижение игровых целей, (соответствие роли - при ролевой игре). Ясность и стиль изложения.

Оценка *«отлично»* ставится в случае, когда все требования выполнены в полном объеме.

Оценка *««хорошо»* ставится, если обучающиеся в целом демонстрируют понимание проблемы, высказывания и действия полностью соответствуют заданным целям. Решения, выработанные в ходе игры, полностью соответствуют реальной действительности. Но некоторые объяснения не совсем аргументированы, нарушены нормы общения, нарушены временные рамки, нарушен стиль изложения.

Оценка *«удовлетворительно»* ставится, если обучающиеся в целом демонстрируют понимание проблемы, высказывания и действия в целом соответствуют заданным целям. Однако, решения, выработанные в ходе игры, не совсем соответствуют реальной действительности. Некоторые объяснения не совсем аргументированы, нарушены временные рамки, нарушен стиль изложения.

Оценка *«неудовлетворительно»* ставится, если обучающиеся не понимают проблему, их высказывания не соответствуют заданным целям.

Тестирование

Является одним из средств контроля знаний обучающихся по дисциплине.

Критерии оценивания - правильный ответ на вопрос

Оценка *«отлично»* ставится в случае, если правильно выполнено 90-100% заданий

Оценка *«хорошо»* ставится, если правильно выполнено 70-89% заданий

Оценка *«удовлетворительно»* ставится в случае, если правильно выполнено 50-69% заданий

Оценка *«неудовлетворительно»* ставится, если правильно выполнено менее 50% заданий

Контрольная работа

Оценивается не только глубина знаний поставленных вопросов, но и умение изложить письменно.

Критерии оценивания: последовательность, полнота, логичность изложения, анализ различных точек зрения, самостоятельное обобщение материала. Изложение материала без фактических ошибок.

Оценка *«отлично»* ставится в случае, когда соблюдены все критерии.

Оценка *«хорошо»* ставится, если обучающийся твердо знает материал, грамотно и по существу излагает его, знает практическую базу, но допускает несущественные погрешности.

Оценка *«удовлетворительно»* ставится, если обучающийся освоил только основной материал, но не знает отдельных деталей, допускает неточности, недостаточно правильные формулировки, нарушает последовательность в изложении материала, затрудняется с ответами, показывает отсутствие должной связи между анализом, аргументацией и выводами.

Оценка *«неудовлетворительно»* ставится, если обучающийся не отвечает на поставленные вопросы.

МИНИСТЕРСТВО НАУКИ И ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования
**«ЧЕЧЕНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ УНИВЕРСИТЕТ
ИМЕНИ АХМАТА АБДУЛХАМИДОВИЧА КАДЫРОВА»**

МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ

Кафедра общественного здоровья и здравоохранения

МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ИЗУЧЕНИЮ УЧЕБНОЙ ДИСЦИПЛИНЫ

«Общественное здоровье и здравоохранение, экономика здравоохранения»

Специальность	Лечебное дело
Код специальности	31.05.01
Квалификация выпускника	Врач - лечебник
Форма обучения	Очная

Грозный, 2025 г.

Яхъяева З.И. Методические рекомендации по изучению учебной дисциплины «Общественное здоровье и здравоохранение, экономика здравоохранения» / Сост. Яхъяева З.И. – Грозный: ФГБОУ ВО «Чеченский государственный университет имени А.А.Кадырова», 2025.

Методические рекомендации по изучению учебной дисциплины «Общественное здоровье и здравоохранение, экономика здравоохранения» рассмотрены и одобрены на заседании кафедры общественного здоровья и здравоохранения, рекомендованы к использованию в учебном процессе (протокол № 9 от 26 мая 2025 г.), составлены в соответствии с требованиями ФГОС ВО по специальности 31.05.01 Лечебное дело (специалитет), утвержденного приказом Минобрнауки России от 27.03.2018 № 219.

© Яхъяева З.И.
© ФГБОУ ВО «Чеченский государственный университет имени А.А.Кадырова», 2025.

СОДЕРЖАНИЕ

1. Общие положения.....4
2. Методические рекомендации по изучению дисциплины в процессе аудиторных занятий.....4
2.1. Рекомендации по подготовке к лекционным занятиям (теоретический курс).....4
2.2. Рекомендации по подготовке к практическим (семинарским) занятиям.....4
3. Методические рекомендации по выполнению различных форм самостоятельных заданий.....5
3.1. Методические рекомендации по работе с литературой.....5
3.2. Методические рекомендации по подготовке научного доклада.....6
3.3. Методические рекомендации по подготовке реферата.....7

1. Общие положения

Методические указания по освоению дисциплины «Общественное здоровье и здравоохранение, экономика здравоохранения» адресованы студентам очной формы обучения.

Учебным планом по направлению подготовки 31.05.01 «Лечебное дело» предусмотрены следующие виды занятий:

- лекции;
- практические занятия;

2. Методические рекомендации по изучению дисциплины в процессе аудиторных занятий.

2.1. Рекомендации по подготовке к лекционным занятиям (теоретический курс)

Изучение дисциплины требует систематического и последовательного накопления знаний. Студентам необходимо вести конспект прослушанных лекций. Перед очередной лекцией необходимо просмотреть по конспекту материал предыдущей лекции. При затруднениях в восприятии материала следует обратиться к основным литературным источникам. Если разобраться в материале не удалось, то следует обратиться к лектору (по графику его консультаций) или к преподавателю на практических занятиях.

2.2. Рекомендации по подготовке к практическим (семинарским) занятиям

Студентам следует:

- ознакомиться с заданием к занятию; определить примерный объем работы по подготовке к ним; выделить вопросы и задачи, ответы на которые или выполнение и решение без предварительной подготовки не представляется возможным;
- иметь в виду и то, что в библиотеке учебного заведения не всегда имеются в наличии все рекомендованные источники, их необходимо найти заранее.
- приносить с собой рекомендованную преподавателем литературу к конкретному занятию;
- до очередного практического занятия по рекомендованным литературным источникам проработать теоретический материал, соответствующей темы занятия;
- пользоваться техническими средствами обучения и дидактическими материалами, которыми располагает учебное заведение.
- при подготовке к практическим занятиям следует обязательно использовать не только лекции, учебную литературу, но и нормативно-правовые акты и материалы правоприменительной практики;
- теоретический материал следует соотносить с правовыми нормами, так как в них могут быть внесены изменения, дополнения, которые не всегда отражены в учебной литературе;
- при ответах на вопросы и решения задач необходимо внимательно прочитать их текст и попытаться дать аргументированное объяснение с обязательной ссылкой на соответствующую правовую норму;
- в начале занятий задать преподавателю вопросы по материалу, вызвавшему затруднения в его понимании и освоении при решении задач, заданных для самостоятельного решения;
- по ходу семинара давать конкретные, четкие ответы по существу вопросов. Структура ответов может быть различной: либо вначале делается вывод, а затем приводятся аргументы, либо дается развернутая аргументация принятого решения, на основании которой предлагается ответ. Возможны и несколько вариантов ответов, которые должны быть обоснованны.
- на занятии доводить каждую задачу до окончательного решения, демонстрировать понимание проведенного анализа проблемной ситуации, в случае затруднений обращаться к преподавателю.

Студентам, пропустившим занятия (независимо от причин), не имеющие письменного решения задач или не подготовившиеся к данному практическому занятию, рекомендуется не позже, чем в 2-недельный срок явиться на консультацию к преподавателю и отчитаться по теме, изучавшейся на занятии. Студенты, не отчитавшиеся по каждой не проработанной

ими на занятиях теме к началу зачетной сессии, упускают возможность получить положенные баллы за работу в соответствующем семестре.

3. Методические рекомендации по выполнению различных форм самостоятельных заданий

Самостоятельная работа студентов включает в себя выполнение различного рода заданий, которые ориентированы на более глубокое усвоение материала изучаемой дисциплины. По каждой теме учебной дисциплины студентам предлагается перечень заданий для самостоятельной работы.

К выполнению заданий для самостоятельной работы предъявляются следующие требования: задания должны исполняться самостоятельно и представляться в установленный срок, а также соответствовать установленным требованиям по оформлению.

Студентам следует:

- руководствоваться графиком самостоятельной работы, определенным рабочей программой дисциплины;
- выполнять все плановые задания, выдаваемые преподавателем для самостоятельного выполнения, и разбирать на семинарах и консультациях неясные вопросы;
- использовать при подготовке нормативные документы университета.

3.1. Методические рекомендации по работе с литературой.

Любая форма самостоятельной работы студента (подготовка к семинарскому занятию, написание эссе, курсовой работы, доклада и т.п.) начинается с изучения соответствующей литературы.

К каждой теме учебной дисциплины подобрана основная и дополнительная литература, которая указана в соответствующем разделе рабочей программы.

Основная литература - это учебники и учебные пособия.

Дополнительная литература - это монографии, сборники научных трудов, журнальные и газетные статьи, различные справочники, энциклопедии, интернет ресурсы.

Рекомендации студенту:

выбранную монографию или статью целесообразно внимательно просмотреть. В книгах следует ознакомиться с оглавлением и научно-справочным аппаратом, прочитать аннотацию и предисловие. Целесообразно ее пролистать, рассмотреть иллюстрации, таблицы, диаграммы, приложения. Такое поверхностное ознакомление позволит узнать, какие главы следует читать внимательно, а какие прочитать быстро;

- в книге или журнале, принадлежащие самому студенту, ключевые позиции можно выделять маркером или делать пометки на полях. При работе с Интернет -источником целесообразно также выделять важную информацию;
- если книга или журнал не являются собственностью студента, то целесообразно записывать номера страниц, которые привлекли внимание. Позже следует возвратиться к ним, перечитать или переписать нужную информацию. Физическое действие по записыванию помогает прочно заложить данную информацию в «банк памяти».

Выделяются следующие виды записей при работе с литературой:

Конспект - краткая схематическая запись основного содержания научной работы. Целью является не переписывание произведения, а выявление его логики, системы доказательств, основных выводов. Хороший конспект должен сочетать полноту изложения с краткостью.

Цитата - точное воспроизведение текста. Заключается в кавычки. Точно указывается страница источника.

Тезисы - концентрированное изложение основных положений прочитанного материала.

Аннотация - очень краткое изложение содержания прочитанной работы. Резюме - наиболее общие выводы и положения работы, ее концептуальные итоги.

Записи в той или иной форме не только способствуют пониманию и усвоению изучаемого материала, но и помогают вырабатывать навыки ясного изложения в письменной форме тех или иных теоретических вопросов.

3.2. Методические рекомендации по подготовке научного доклада

Одной из форм самостоятельной работы студента является подготовка научного доклада, для обсуждения его на практическом (семинарском) занятии.

Цель научного доклада - развитие у студентов навыков аналитической работы с научной литературой, анализа дискуссионных научных позиций, аргументации собственных взглядов. Подготовка научных докладов также развивает творческий потенциал студентов. Научный доклад готовится под руководством преподавателя, который ведет практические (семинарские) занятия.

Рекомендации студенту:

- перед началом работы по написанию научного доклада согласовать с преподавателем тему, структуру, литературу, а также обсудить ключевые вопросы, которые следует раскрыть в докладе;
- представить доклад научному руководителю в письменной форме;
- выступить на семинарском занятии с 5-7-минутной презентацией своего научного доклада, ответить на вопросы студентов группы.

Требования:

- к оформлению научного доклада: шрифт - Times New Roman, размер шрифта -14, межстрочный интервал -1, размер полей – 2 см, отступ в начале абзаца - 1 см, форматирование по ширине); листы доклада скреплены скоросшивателем. На титульном листе указывается наименование учебного заведения, название кафедры, наименование дисциплины, тема доклада, ФИО студента;
- к структуре доклада - введение (указывается актуальность, цель и задачи), основная часть, выводы автора, список литературы (не менее 5 позиций источников научной литературы (научные статьи и монографии). Объем согласовывается с преподавателем. В конце работы ставится дата ее выполнения и подпись студента, выполнившего работу.

Общая оценка за доклад учитывает содержание доклада, его презентацию, а также ответы на вопросы.

3.3. Методические рекомендации по подготовке реферата

Целью написания рефератов является:

- привитие студентам навыков библиографического поиска необходимой литературы (на бумажных носителях, в электронном виде);
- привитие студентам навыков компактного изложения мнения авторов и своего суждения по выбранному вопросу в письменной форме, научно грамотным языком и в хорошем стиле;
- приобретение навыка грамотного оформления ссылок на используемые источники, правильного цитирования авторского текста;
- выявление и развитие у студента интереса к определенной научной и практической проблематике с тем, чтобы исследование ее в дальнейшем продолжалось в подготовке и написании курсовых и дипломной работы и дальнейших научных трудах.

Основные задачи студента при написании реферата:

- с максимальной полнотой использовать литературу по выбранной теме (как рекомендуемую, так и самостоятельно подобранную) для правильного понимания авторской позиции;
- верно (без искажения смысла) передать авторскую позицию в своей работе;
- уяснить для себя и изложить причины своего согласия (несогласия) с тем или иным автором по данной проблеме.

Требования к содержанию:

- материал, использованный в реферате, должен относится строго к выбранной теме;
- необходимо изложить основные аспекты проблемы не только грамотно, но и в соответствии с той или иной логикой (хронологической, тематической, событийной и др.)
- при изложении следует сгруппировать идеи разных авторов по общности точек зрения или по научным школам;

- реферат должен заканчиваться подведением итогов проведенной исследовательской работы: содержать краткий анализ-обоснование преимуществ той точки зрения по рассматриваемому вопросу, с которой Вы солидарны.

Структура реферата.

1. Титульный лист.

На титульном листе указывается наименование учебного заведения, название кафедры, наименование дисциплины, тема реферата, ФИО студента, ФИО и должность проверившего преподавателя;

2. Оглавление.

Оглавление - это план реферата, в котором каждому разделу должен соответствовать номер страницы, на которой он находится.

3. Текст реферата.

Текст реферата делится на три части: введение, основная часть и заключение.

а) Введение - раздел реферата, посвященный постановке проблемы, которая будет рассматриваться и обоснованию выбора темы.

б) Основная часть - это звено работы, в котором последовательно раскрывается выбранная тема. Основная часть может быть представлена как цельным текстом, так и разделена на главы. При необходимости текст реферата может дополняться иллюстрациями, таблицами, графиками, но ими не следует "перегружать" текст.

в) Заключение - данный раздел реферата должен быть представлен в виде выводов, которые готовятся на основе подготовленного текста. Выводы должны быть краткими и четкими. Также в заключении можно обозначить проблемы, которые "высветились" в ходе работы над рефератом, но не были раскрыты в работе.

4. Список источников и литературы.

В данном списке называются как те источники, на которые ссылается студент при подготовке реферата, так и все иные, изученные им в связи с его подготовкой. В работе должно быть использовано не менее 7 разных источников. Работа, выполненная с использованием материала, содержащегося в одном научном источнике, является явным плагиатом и не принимается. Оформление Списка источников и литературы должно соответствовать требованиям, принятым в университете.

Объем и технические требования, предъявляемые к выполнению реферата.

Объем работы должен быть, как правило, не менее 15 и не более 20 страниц. Работа должна выполняться через одинарный интервал 14 шрифтом, размеры оставляемых полей - 2 см. Страницы должны быть пронумерованы.

При цитировании необходимо соблюдать следующие правила:

- текст цитаты заключается в кавычки и приводится без изменений, без произвольного сокращения цитируемого фрагмента (пропуск слов, предложений или абзацев допускается, если не влечет искажения всего фрагмента, и обозначается многоточием, которое ставится на месте пропуска) и без искажения смысла;
- каждая цитата должна сопровождаться ссылкой на источник, библиографическое описание которого должно приводиться в соответствии с предъявляемыми требованиями.

МИНИСТЕРСТВО НАУКИ И ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования
«Чеченский государственный университет имени Ахмата Абдулхамидовича Кадырова»

МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ
Кафедра акушерства и гинекологии

Опухоли женской репродуктивной системы

Учебное пособие для студентов

г. Грозный

ОГЛАВЛЕНИЕ

Предисловие
Глава 1**. Дисгормональные гиперплазии и доброкачественные опухоли молочных желез**
Глава 2. **Рак маточной трубы**
Глава 3. **Рак шейки матки**
Глава 4. **Рак тела матки**
Глава 5. **Рак яичников**
Глава 6**. Трофобластическая болезнь, пузырный занос**
Глава 7**. Хориокарцинома матки**
Глава 8. **Фоновые и предраковые заболевания женской половой сферы**
Литература

Предисловие

Женская репродуктивная система - это сложная анатомическая и функциональная система, включающая в себя вне гипоталамические отделы центральной нервной системы, гипоталамус, гипофиз, яичники и органы-мишени, к которым относятся все органы, составляющие женские гениталии, и молочные железы.

Из всех составляющий женскую репродуктивную систему наиболее повреждены онкологическим заболеваниям гениталии и молочные железы, рак которых в структуре онкологической заболеваемости женщин в сумме составляет около 40%, а в структуре онкологической смертности - более 30%.

В последние годы, периодически обостряясь и затухая, идет дискуссия о том, должны ли гинекологи заниматься проблемами опухолевых заболеваний молочных желез. По нашему мнению, гинекологи должны хорошо знать все, что связано с молочной железой, поскольку молочная железа, бесспорно являясь частью репродуктивной системы, развивается и управляется по тем же принципам и теми же механизмами, что и остальные органы этой системы. А самое главное - гинекологи должны владеть методами исследования молочных желез и проводить осмотр их при каждом посещении женщинами гинекологического кабинета. Это, безусловно, повысит выявляемость опухолевых заболеваний молочных желез на ранних стадиях. Мероприятия же по уточнению диагноза, а тем более лечение, должны проводить онкологи, потому что выбор тактики лечения рака молочной железы осуществляется индивидуально, конкретно для каждой больной в зависимости от стадии, степени дифференцировки опухали, ее рецепторного статуса и многих других факторов.

ДИСГОРМОНАЛЬНЫЕ ГИПЕРПЛАЗИИ И ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫЕ ОПУХОЛИ МОЛОЧНЫХ ЖЕЛЕЗ

Статистика. Рак молочной железы (РМЖ) в структуре онкологической заболеваемости и смертности среди женщин России стоит на 1-м месте. При этом больные с запущенными стадиями заболевания составляют около 40%, а умирают в течение первого года со дня постановки диагноза РМЖ более 11% больных. В целом при РМЖ 5- летняя выживаемость больных составляет 55%, однако при I стадии она приближается к 95%, а 10-летняя выживаемость при этой же стадии менее 80%. Из этого следует, что лечение РМЖ даже на ранних стадиях не дает стопроцентного излечение больных: более 20% из них погибают в результате реализации метастатических поражений различных органов.

Это объясняется тем, что на самых ранних этапах развития опухоли, недоступных никаким методам диагностики, когда она достигает объема всего лишь 100-200 клеток (7-8 удвоений), начинается процесс ангиогенеза, благоприятствующий интравазации опухолевых клеток, канцеремии, что в результате ведет к появлению микрометастазов в различных органах (Моисеенко В.М., 2002). Из выше изложенного следует, что в противораковой борьбе наряду с ранней диагностикой злокачественных опухолей не меньшее значение имеет своевременное выявление и лечение предопухолевых заболеваний.

Влияние гормонов на жизнедеятельность молочной железы. Молочные железы – это железистые гормонозависимые органы, входящие в репродуктивную систему женщины, которые развиваются и начинают функционировать под влиянием целого комплекса гормонов: рилизинг-факторов гипоталамуса, гонадотропных гормонов гипофиза (фолликулостимулирующего и лютеинизирующего), хорионического гонадотропина, пролактина, тиреотропного гормона, кортикостероидов, инсулина и, конечно же, эстрогенов, прогестерона и андрогенов.

Среди эстрогенов наиболее важную роль в жизнедеятельности молочной железы играет *эстрадиол.* Он контролирует большинство морфологических изменений в тканях молочной железы, воздействуя на них, независимо от возраста. Его концентрация в соединительной ткани молочной железы в 2-20 раз выше, чем в сыворотке крови. Эстрадиол стимулирует дифференцировку, пролиферацию и развитие эпителия протоков молочной железы, усиливает митотическую активность эпителия, индуцирует формирование ацинуса. Это осуществляется за счет взаимодействия с ядерной ДНК эстрадиола, связанного с эстрогенорецептором, посредством непрямого механизма – индукции синтеза факторов роста, которые стимулируют пролиферацию эпителиальных клеток и тормозят апоптоз, а также за счет стимуляции клеточного роста путем отрицательной обратной связи, согласно которой эстрогены нивелируют эффекты ингибирующих факторов роста. Эстрадиол также стимулирует васкуляризацию и увеличивает гидратацию соединительной ткани железы. В связи с этим избыток эстрадиола в тканях молочной железы сопровождается отеком и гипертрофией внутридольковой соединительной ткани.

Прогестерон в пределах эпителия протоков предотвращает пролиферацию и обеспечивает дифференцировку на дольки, а альвеолы, тормозит митотическую активность эпителиальных клеток млечных протоков, препятствует увеличению проницаемости капилляров, обусловленному эстрогенами, и уменьшает отек соединительнотканной стромы. Прогестерон ограничивает местное действие эстрогенов на ткани молочной железы, поскольку именно он регулирует активность содержащихся в эпителии протоков ферментов 17-бета-гидроксистероид-дегидрогеназы-2 и эстронсульфотрансферазы, которые быстро окисляют эстрадиол в менее активный эстрон и затем, связывая последний, превращают его в неактивный эстронасульфат. Под влиянием прогестерона повышается также активность 17-ОН-дегидрогеназы, которая инактивирует эстрадиол. Из изложенного следует, что прогестерон способен уменьшать локальный уровень эстрогенов. Прогестерон также способен снижать экспрессию рецепторов эстрогенов и модулировать апоптоз клеток молочной железы посредством гена-супрессора р53. Концентрация прогестерона в тканях молочной железы в 2-10 раз выше, чем в сыворотке крови (Огнерубов Н.А., 2001).

Определенную роль в жизнедеятельности молочной железы играет *пролактин,* который оказывает прямое стимулирующее влияние на развитие пролиферативных процессов в молочной железе путем увеличение количества рецепторов эстрадиолу, тем самым увеличивая чувствительность клеток молочной железы к последнему.

Нейрорегуляция секреции пролактина многофакторна и находится под непосредственным гипоталамическим контролем за счет множественных нейроэндокринных, аутокринных и паракринных механизмов.

Пролактин синтезируется главным образом в передней доле гипофиза, однако его могут секретерировать и другие отделы головного мозга, а также ткани молочных

желез, Т-лимфоциты, миометрий, эпителий тонкой кишки и др. Различают физиологическую и патологическую гиперпролактинемию. Физиологическая гиперпролактинемия наблюдается у женщин при беременности, родах и при лактации.

Предраковые заболевания. К предопухолевым заболеваниям молочных желез относятся, прежде всего различные варианты дисплазии молочных желез (по-современному, ***фиброзно-кистозная болезнь*** - ФКБ, более известная как фиброзно-кистозная мастопатия). По определению ВОЗ (1984), ФКБ представляет с собой "комплекс процессов, характеризующихся широким спектром пролиферативных и регрессивных процессов в тканях молочных желез с формированием ненормальных соотношений эпителиального и соединительнотканного компонентов и с образованием в молочной железе изменений фиброзного, кистозного, пролиферативного характера, которые часто, но не обязательно, сосуществуют".

Этиология и патогенез фиброзно-кистозной болезни. Нормальное функционирование молочных желез зависит от адекватного соотношения концентраций эстрадиола и прогестерона в их тканях. Нарушение этого соотношения приводит вначале к развитию функциональных нарушений, а в дальнейшем и к морфологическим изменениям, причем ведущая роль в возникновении ФКБ принадлежит не столько абсолютному увеличению эстрогенов, сколько относительной гиперэстрогении, возникающей вследствие недостатка продукции прогестерона во II фазу менструального цикла. Гормональный дисбаланс в тканях молочной железы в сторону дефицита прогестерона вызывает морфофункциональную перестройку молочных желез, сопровождается отеком и гипертрофией внутридольковой соединительной ткани, а избыточная пролиферация эпителия протоков, приводящая к их обструкции, при сохраненной секреции в альвеолах приводит к увеличению альвеол и развитию кистозных полостей.

Причиной развития дисгормональной гиперплазии молочных желез может явиться *повышение уровня пролактина* вне беременности и лактации. Некоторые исследователи отмечали значительное повышение уровня пролактина в крови в течение менструального цикла у женщин, страдающих ФКБ, по сравнению со здоровыми женщинами. По другим наблюдениям, уровень пролактина остается нормальным. По-видимому, противоречивость полученных данных связана как с характером нарушений в гипоталамо-гипофизарно-яичниковой системе, так и со сроками определения уровня пролактина в сыворотке крови. Последнее наиболее актуально для транзиторной формы гиперпролактинемии, для которой характерно повышение уровня пролактина только к концу менструального цикла. Патогенетическая роль пролактина в развитии ФКБ до конца не уточнена. С одной стороны, рост содержания последнего в сыворотке крови является только маркером центральных, гипоталамо-гипофизарных нарушений в системе регуляции репродуктивной функции, а с другой - избыток пролактина оказывает прямой стимулирующий эффект на пролиферативные процессы в периферических органах-мишенях за счет усиления продукции эстрогенов яичниками. Как уже упоминалось, имеет значение также способность пролактина увеличивать содержание рецепторов эстрадиола в тканях молочной железы.

Причинами патологической гиперпролактинемии становятся заболевания, сопровождающиеся нарушением функции гипоталамуса (инфекции, травмы), аденома гипофиза (пролактинома), эктопическая секреция гормона, гипотиреоз, синдром

поликистозных яичников, климактерическй синдром, недостаточность надпочечников, хроническая почечная недостаточность, цирроз печени, опоясывающий лишай, внутриматочная контрацепция, воздействие токсических факторов, а также различные стрессовые ситуации, которые могут сопровождаться эпизодами гиперпролактинемии.

Повышение уровня пролактина сопровождается отеком, нагрубанием и болезненностью молочных желез, особенно во вторую фазу менструального цикла. При этом могут наблюдаться вегетативные расстройства: мигренеподобные головные боли, отеки конечностей, боли и вздутия живота. Этот симптомокомплекс получил название предменструального синдрома (ПМС).

По данным разных авторов, у $^{2}/_{3}$ больных, страдающих ФКБ, отмечается абсолютная и относительная *гиперэстрогения.*

Причин возникновения этих расстройств огромное количество. По данным Л.Н. Сидоренко (1991), основные из них следующие:

1. Фрустрирующие (стрессовые) ситуации, которые присутствуют в жизни каждой женщины (неудовлетворенность семейным положением, а также своим положением в обществе, бытовые конфликты, конфликтные ситуации на работе, психические стрессы и др.), поскольку любой стресс сопровождается различными функциональными нарушениями нейроэндокринной системы.
2. Факторы сексуального характера.
3. Факторы репродуктивного характера (количество беременностей, родов, абортов, возраст при беременности и родах, рождение крупного плода, длительность лактации, время появления менархе и наступления менопаузы и др.).
4. Гинекологические заболевания, и в первую очередь воспалительные процессы в малом тазу.
5. Эндокринные нарушения (дисфункция щитовидной железы, метаболический синдром, синдром поликистозных яичников, сахарный диабет 1-ого и 2-ого типов и др.).
6. Патологические процессы в печени и желчных путях.
7. Наследственная (генетическая) предрасположенность.

Рассмотрим некоторые из них. Механизм эмоциональных реакций очень сложен и многогранен. В эмоциональных реакциях принимают участие кора головного мозга, лимбическая система, гипоталамус, гипофиз. При стрессе в организме в целях защиты включается целый комплекс реакций со стороны эндокринной системы, получивший название общего адаптационного синдрома. (Г. Селье). При наличии достаточных адаптационных возможностей организм обеспечивает восстановление и сохранение нарушенного равновесия в нейроэндокринной системе. При истощении адаптационной системы происходит нарушение систем гомеостаза организма. У больных, страдающих ФКБ, это можно представить следующим образом. Тяжелые кратковременные или длительные психотравмирующие ситуации приводят к доминированию процессов возбуждения над процессами торможения в центральной нервной системе. Образуется порочный круг, ведущий к стойкому акцентированному очагу возбуждения в коре головного мозга. Патологические импульсы, идущие из коры, нарушают ритмичность выработки гипоталамусом рилизинг-факторов, за этим следует изменение функции гипофиза, нарушаются ритмические связи с симпатоадреналовой системой. Поскольку диэнцефально-гипофизарная система тесно

связана с надпочечниками, щитовидной железой, яичниками и другими эндокринными структурами, то изменяется функция и этих структур, результатом чего является нарушение гормонального баланса в организме.

Источником эмоциональных реакций, приводящих к описанными процессам, являются фрустрирующие и конфликтные ситуации, возникающие у женщин при неудовлетворенности семейным положением, бытовых конфликтах, конфликтных ситуациях на работе, психических стрессах, сексуальная неудовлетворенность.

Сексуальные факторы, по данным многих авторов, играют значительную роль в возникновении ФКБ, главным из которых является сексуальная неудовлетворенность, которая по данным Л.С. Сидоренко, отмечается почти у 80% больных. Причин этому множество. Эта сфера жизни является очень тонкой и деликатной и подлежит отдельному рассмотрению. Длительная сексуальная неудовлетворенность приводит к застойным явлениям в высших вегетативных центрах, акцентированному возбуждению в коре головного мозга и развитию невротических реакций. У больных появляются головные боли, раздражительность, поверхностный сон, бессонница и другие признаки невротических расстройств. Одновременно отмечаются ноющие боли в поясничной области. Нередко бывают обильные менструальные кровотечения. Безусловно, все это является значимым стрессорным фактором для женщины.

Такого рода ситуации возникают в случаях, когда адаптивные возможности данного индивидуума ниже необходимого уровня и больные самостоятельно не могут найти выход из создавшегося положения.

К *факторам репродуктивного характера* относятся возраст первых менархе, количество беременностей, количество абортов, длительность лактации и т.д Неблагоприятными считаются слишком раннее менархе и поздняя менопауза, ановуляторные циклы, поздняя первая беременность, отказ от кормления ребенка грудью, искусственные прерывания беременности.

Неблагоприятные изменения в тканях молочной железы находятся в прямой зависимости от времени появления менархе и первой беременности и обратной - от количества детей. Своевременное менархе и первая беременность в 18-20 лет обладают защитным влиянием; у первородящих до 19 лет риск появления патологических процессов в молочных железах более чем в 3 раза ниже, чем у женщин, впервые родивших в 35 лет и позже. С увеличением количества нормальных родов уменьшается риск появления указанных изменений.

Вскармливание ребенка грудью менее 5 месяцев также относится к неблагоприятным факторам.

Неблагоприятно отражаются на состояние молочной железы три и более абортов, поскольку желтое тело в полной мере "расцветает" во время беременности. После прерывания беременности оно продолжает длительное время функционировать и это 4сопровождается поступлением в кровь избыточного количества прогестерона, который подавляет выработку лютеинизирующего гормона (ЛГ) гипофиза и повышает продукцию фолликулостимулирующего гормона (ФСГ). В результате возникает дисбаланс гормонов, что приводит к преобладанию процессов пролиферации в тканях органов - мишеней.

Среди этиологических факторов дисгормональных гиперплазий молочных желез значительная роль принадлежит *гинекологическим заболеваниям*, в первую очередь воспалительным процессам придатков матки, которые, благодаря механизму

обратной связи, могут быть причиной значительных структурных и функциональных нарушений гипофизарно-яичниковой оси. Помимо воспалительных, на состоянии молочных желез отражаются и другие гинекологические заболевания. Это связана с тем, что молочная железа, так же как и матка является органом - мишенью для половых гормонов. По данным М.С. Габуния и А.Б. Ильина, отмечается довольно высокая частота (60-92%) доброкачественных заболеваний молочных желез у женщин с эндометриозом и миомой матки. Причем чаще всего гинекологическая патология сочетается с диффузными изменениями в молочных железах. При генитальном эндометриозе и миоме матки диффузная мастопатия отмечалась в 72 и 66% случаев соответственно, а узловая форма мастопатии констатирована в 17 и 18% наблюдений. Следует отметить, что при миоме матки чаще выявляются кисты молочных желез и узловая мастопатия (18%). Л.М. Бурдина указывает, что у женщин, страдающих гиперпластическими гинекологическими заболеваниями (эндометриоз, миома матки, гиперплазия эндометрия, полипы), в 74,4% случаев развивается диффузная и узловая формы мастопатии, сопровождающиеся гиперплазией железистого компонента. Интересно отметить, что при генитальном эндометриозе в большинстве наблюдений (37%) в молочных железах преобладает гиперплазия железистого компонента, в то время как при миоме матки чаще (36,4%) наблюдается гиперплазия железистого и фиброзного компонентов стромы.

Нарушение менструальной функции - это клиническая манифестация неблагополучия в нейроэндокринной системе. К числу наиболее часто встречаемых патологических состояний относятся: ановуляция, недостаточность лютеиновой фазы, олигоменорея, дисфункциональные метроррагии. Данная патология, как правило, обусловлена явной или скрытой гиперпролактинемией, дефицитом прогестерона, относительной, а позже и абсолютной гиперэстрогенией, что становится индуктором в развитии ФКБ.

Высокая частота сочетания указанных заболеваний свидетельствуют о едином генезе и синхронном развитии патологических процессов в молочных железах и гениталиях. В связи с этим ряд авторов предлагают рассматривать гиперпластические заболевания как генерализованный процесс в репродуктивной системе, что требует единой тактики лечения этих пациентов.

Значительную роль в развитии ФКБ играют различные *эндокринные нарушения*.

При эпидемиологических исследованиях показано, что у больных, страдающих ФКБ, выявляется большая, чем в общей популяции, частота встречаемости заболеваний щитовидной железы (от 9 до 50% и более).

Гипофункция щитовидной железы повышает риск возникновения дисплазии тканей молочной железы по сравнению со здоровыми женщинами в 3,8 раза. Щитовидная железа оказывает большое влияние на формирование и функционирование репродуктивной системы женщины. На эту связь указывает изменение активности щитовидной железы в критические периоды жизни женщины: пубертатный, беременности, лактации и климакса. Патология щитовидной железы может быть причиной преждевременного или позднего полового созревания, аменореи, галактореи, бесплодия. Тиреотропин-рилизинг-гормон (ТРГ) гипоталамуса оказывается стимулятором не только тиреотропного гормона (ТТГ), но и пролактина гипофиза. Кроме того, недостаток гормонов щитовидной железы снижает чувствительность яичников к гонадотропным гормонам гипофиза, а также влияет на метаболизм эстрогенов, нарушая процесс перехода эстрадиола в эстрон. Изменение

же периферического метаболизма эстрогенов приводит к нарушению секреции лютеинизирующего и фолликулостимулирующего гормонов.

Таким образом, при гипофункции щитовидной железы увеличивается выброс ТРГ, что сопровождается гиперпролактинемией. Это с одной стороны. С другой - гипотиреоз сопровождается также недостаточностью лютеиновой фазы менструального цикла. Каждая из указанных причин или все вместе взятые могут привести к развитию изменений в молочной железе, характерных для ФКБ.

Известную роль в развитии ФКБ играет *метаболический синдром* со следующими симптомами: инсулинорезистентность, компенсаторная гиперинсулинемия, ожирение, гиперглицеридемия, артериальная гипертония, нарушение толерантности к глюкозе или сахарный диабет 2-ого типа. Инсулинорезистентность и гиперинсулинемия как составляющие метаболического синдрома являются факторами риска развития диспластических заболеваний молочной железы за счет возрастания уровня инсулиноподобных факторов роста.

Синдром поликистозных яичников сопровождается ановуляцией, что приводит к относительной гиперэстрогении, т.е. прогестиндефицитным состояниям. Это опять же приводит к стимуляции клеточной пролиферации в тканях органов-мишеней и в итоге к ФКБ.

Сахарный диабет, тип 1. При длительном течении заболевания в молочных железах развивается "диабетическая" мастопатия (склеротический лимфоцитарный лобулит), имеющая аутоиммунную природу. Процесс идет в такой последовательности: гипергликемия сопровождается экстрацеллюлярным накоплением продуктов неферментативного гликозирования белков, обладающих неоантигенными свойствами, что приводит к запуску аутоиммунных процессов в тканях молочной железы, периваскулярной лимфоидноклеточной инфильтрации и в конечном итоге - к склерозу стромы.

Сахарный диабет, тип 2. При этой форме диабета отмечается инсулинорезистентность, сопровождающаяся гиперинсулинемией, что приводит к возрастанию инсулярных (инсулиноподобных) факторов роста. Инсулиноподобные факторы роста взаимодействуют с соответствующими рецепторами в тканях молочной железы, что сопровождается стимуляцией процессов клеточной пролиферации, результатом которой является ФКБ.

Ожирение. Это состояние сопровождается инсулинорезистенцией и, как следствие, гиперинсулинемией, что способствует возрастанию в организме уровня инсулиноподобных факторов роста. Кроме того, избыточный жир является источником внегонадного синтеза половых стероидов, в частности андрогенов, которые под воздействием фермента ароматазы преобразуется в эстрогены, что сопровождается гиперэстрогенией. А эстрогены, как известно, стимулируют пролиферативные процессы в тканях молочной железы.

В возникновении дисгормональной патологии молочных желез определенную роль играют *заболевания печени.* Как известно, в печени происходит ферментативная инактивация и конъюгация стероидных гормонов. Поддержание постоянного уровня гормонов в циркулирующей крови обусловлено их энтерогепатическим действием. Заболевания гепатобилиарной системы чаще всего инициируют развитие хронической гиперэстрогении вследствие замедленной утилизации эстрогенов в печени. Эти данные подтверждаются большой частотой гиперпластических процессов в молочных железах при заболеваниях печени.

Классификация дисгормональных гиперплазий молочных желез. Предложено множество классификаций фиброзно-кистозной болезни молочных желез. Но ни одна из них в полной мере не отражает всего многообразия морфологических изменений в тканях молочных желез. Наибольшее распространение получила классификация Рожковой Н.И. (1993), выделившей следующие формы мастопатии, которые можно отметить на рентгенограммах и при морфологическом исследовании:

- диффузная фиброзно-кистозная мастопатия с преобладанием железистого компонента (аденоз);
- диффузная фиброзно-кистозная мастопатия с преобладанием фиброзного компонента;
- диффузная фиброзно-кистозная мастопатия с преобладанием кистозного компонента;
- смешанная диффузная фиброзно-кистозная мастопатия;
- склерозирующий аденоз;
- узловая фиброзно-кистозная мастопатия.

Попытка единой систематизации диспластических процессов в молочных железах отражена в Международной классификации болезней 10-го пересмотра (1998, Женева):

Болезни молочной железы (N60 - N64)
Исключены: болезни молочной железы, связанные с деторождением (O91-O92).
N60 Доброкачественная дисплазия молочной железы
Включена: фиброзно-кистозная мастопатия
N60.0 Солитарная киста молочной железы
Киста молочной железы
N60.1 Диффузная кистозная мастопатия
Кистозная молочная железа
Исключена: с пролиферацией эпителия (N60.3)
N60.2 Фиброаденоз молочной железы
Исключена: фиброаденома молочной железы (D24)
N60.3 Фиброскле роз молочной железы
Кистозная мастопатия с пролиферацией эпителия
N60.4 Эктазия протоков молочной железы
N60.8 Другие доброкачественные дисплазии молочной железы
N60.9 Доброкачественная дисплазия молочной железы неуточненная
N61 Воспалительные болезни молочной железы
Исключено: инфекционный мастит новорожденного (P39.0)
N62 Гипертрофия молочной железы
N63 Образование в молочной железе неуточненное
N64 Другие болезни молочной железы
N64.0 Трещина и свищ соска
N64.1 Жировой некроз молочной железы
N64.2 Атрофия молочной железы
N64.3 Галакторея, не связанная с деторождением
N64.4 Мастодиния
N64.5 Другие признаки и симптомы со стороны молочной железы
N64.8 Другие уточненные болезни молочной железы
N64.9 Болезнь молочной железы неуточненная.

При непролиферативной форме участки фиброзной ткани сочетаются с кистозными полостями, при этом патологические изменения развиваются в пределах протоково-дольковой единицы, и кисты формируются при дилатации мелких протоков (дуктулей - альвеол). Кисты выстланы «эпителием выстилки» - атрофическим эпителием, или эпителием, подвергшимся апокринизации. Иногда процесс фиброзирования превалирует, и образуются *опухолеподобные узлы* – главным образом за счет увеличения бесклеточной гиалинизированной фиброзной ткани, окружающей атрофичные дольки и протоки, - *очаговый фиброз.*

При пролиферативной форме мастопатии выделяют эпителиальный, миоэпителалльный и фиброэпителиальный варианты пролиферации. Степень развития РМЖ возрастает с появлением и развитием кист и зависит от выраженности пролиферации протокового, внутридолькового эпителия, а также «эпителия выстилки» кист.

Существует мнение, что непролиферативная форма ФКБ может также играть определенную роль в канцерогенезе молочной железы. Ряд авторов описывают слизистую метаплазию эпителия кист и обращают особое внимание на этот вид метаплазии как на фактор, повышающий степень риска развития рака.

Риск малигнизации при непролиферативной форме составляет 0,86%, при умеренной пролиферации – 2,34%, при резко выраженной пролиферации – 31,4%. По данным гистологических исследований операционного материала, РМЖ сочетается с ФКБ в 46% случаев.

Клиника и диагностика фиброзно-кистозной болезни. Диагностика заболеваний молочной железы основывается на осмотре молочных желез, их пальпации, маммографии, УЗИ, пункции узловых образований и подозрительных участков и цитологическом исследований пунктата.

Основной жалобой больных ФКБ является болезненность одной или обеих молочных желез, чаще всего во второй половине менструального цикла, усиливающаяся за несколько дней до начала менструаций. Боли могут иметь различный характер и интенсивность. С началом менструаций боли исчезают. Но у некоторых женщин болезненность молочных желез постоянна независимо от фазы менструального цикла.

Значительная часть пациенток (до 15%) не испытывает никаких неприятных ощущений в молочных железах, в том числе и болевых. Они обращаются к врачу, нащупав в железах какие-либо уплотнения.

У пациенток, страдающих ФКБ, нередко отмечается депрессивный синдром, тревожное состояние, канцерофобия.

Иногда женщины жалуются на наличие выделений различного характера из сосков.

До осмотра необходимо оценить психоэмоциональное состояние женщины. В целях выяснения возможных причин возникновения ФКБ в разговоре с пациенткой необходимо подробно расспросить о перенесенных заболеваниях, об условиях ее жизни, гинекологическом анамнезе, степени подверженности стрессам и т.д.

Прежде чем приступить к исследованию молочных желез у женщин в детородном возрасте, необходимо уточнить, в какой фазе менструального цикла они находятся. Целесообразно исследовать молочные железы в I фазе цикла, так как во II фазе из-за нагрубания желез велика вероятность диагностических ошибок: у молодых женщин в нагрубших тканях молочной железы практически невозможно пропальпировать новообразование небольших размеров. Или же наоборот, нагрубшую дольку молочной железы можно принять за опухоль, что может повлечь за собой ненужные диагностические процедуры. Кроме того, пальпация во второй половине менструального цикла бывает очень болезненной, и пациентка может просто не позволить тщательно исследовать ее молочные железы.

Для осмотра молочных желез женщине необходимо раздеться до пояса и встать лицом к источнику света, после чего врач оценивает внешний вид желез, обращая внимание на все проявления асимметричности в размерах желез, их контуров,

окраски кожи, положении сосков, деформации, венозной сети. Затем пациентка должна поднять руки, и железы еще раз осматриваются в этом положении. После осмотра производится пальпация молочных желез сначала в положении больной, стоя, а затем лежа на спине, поскольку пальпаторная картина при ФКБ в положении пациентки лежа и стоя кардинально отличаются: пальпируемый в положении стоя конгломерат при перемене положения рассыпается на мелкие узелки и тяжи, и наоборот, неотчетливо пальпируемые уплотнения в ткани железы в положении стоя при перемене положения становятся более отчетливыми и доступными оценке.

Таким образом, для диагностики ФКБ молочных желез у женщин детородного возраста крайне важны **два условия:**

1. *Осмотр и пальпация молочных желез только в первой половине менструального цикла.*
2. *Пальпация молочных желез в двух положениях пациентки - стоя и лежа.*

Пальпация проводится последовательно во всех квадрантах молочной железы и в сосковоареолярной зоне. Методики пальпации могут быть разными (радиальная, по спирали, скользящая), однако важным представляется не сама методика, а тщательность ее выполнения и охват всей молочной железы. При больших размерах желез целесообразно проводить их пальпацию двумя руками, когда одна из рук исследующего помещается под железу, а вторая осуществляет пальпацию сверху, как бы между двух рук.

При пальпации молочных желез обращается внимание на их консистенцию, наличие или отсутствие тяжей, уплотнений, объемных образований, оценивая их размеры, характер поверхности, плотность, подвижность, спаянность с кожей и т.д. Обязательно пальпируются подмышечные, подключичные и надключичные лимфатические узлы, при этом подмышечные узлы более доступны для пальпации в положении пациентки стоя лицом к врачу, подключичные - в положении лежа, а надключичные - когда больная сидит, а врач стоит сзади.

Для уточнения диагноза используется следующие диагностические методы: рентгеновская маммография, ультразвуковое исследование, рентгеновская компьютерная томография, магнитно-резонансная томография. Из-за высокой стоимости и ограниченной доступности последние два метода для диагностики заболеваний молочных желез пока используются в ограниченном объеме.

Приоритетными методами диагностики заболеваний молочных желез в настоящее время стали рендотгенологическая маммография и ультразвуковое исследование. Эти два метода не конкурируют между собой, а дополняют друг друга. Поэтому современные маммографические кабинеты оснащены маммографической установкой и аппаратом ультразвуковой диагностики.

Маммография - это рентгенография молочной железы без применения контрастных веществ, выполняемая в двух проекциях. В настоящее время это наиболее распространенный метод инструментального исследования молочных желез.

Достоинства метода: высокая информативность (чувствительность до 95%, специфичность до 97%), возможность визуализации непальпируемых образований, возможность выполнения широкого спектра инвазивных и неинвазивных методик, используемых для диагностики и лечения ряда заболеваний, возможность объективной оценки динамики течения заболевания. По маммограммам опытный рентгенолог-маммолог может судить о нарушениях гормонального статуса женщины.

Недостатки метода: дозовая нагрузка, низкая информативность метода у молодых женщин при плотном фоне молочной железы, нежелательность использования у женщин моложе 35 лет, а также в период беременности и лактации.

Ультразвуковая эхография прочно заняла место одного из основных методов диагностики заболеваний молочных желез.

Достоинства метода:

- безопасность в плане дозовой нагрузки, что позволяет использовать его многократно без ограничений, даже у беременных и кормящих женщин;
- высокая разрешающая способность, что особенно важно при плотном фоне молочных желез у молодых женщин;
- возможность визуализации рентгенонегативных новообразований, расположенных вблизи грудной стенки;
- дифференциальная диагностика солидных и полостных образований - стопроцентная (и при этом без дополнительных вмешательств) диагностика кист любого размера;
- дает возможность судить о состоянии эпителия выстилки кисты;
- визуализация регионарных лимфатических узлов;
- возможность выполнения прицельных пункционных биопсий пальпируемых и непальпируемых образований в молочной железе под объективным визуальным контролем.

Недостатки метода: отсутствие визуализации органа в целом; малая информативность при жировой инволюции тканей молочной железы; субъективность интерпретации полученного изображения, обусловленная уровнем квалификации врача и техническими параметрами используемого УЗ-сканера и УЗ-датчиков.

В настоящее время довольно широко используется ***доплеросонография,*** позволяющая получать цветовое изображение кровотока, что облегчает дифференциальную диагностику различных заболеваний молочных желез.

При обнаружении узлового образования или подозрительного участка необходима пункция его с последующим цитологическим исследованием полученного материала. Пункция узловых образований производится следующим образом: больная ложиться на стол или кушетку. Кожа над местом пункции смазывается антисептиком. Образование фиксируется пальцами и пунктируется сухой иглой, надетой на сухой 10-миллилитровый шприц (оптимально - одноразовый шприц). При многократных движениях поршня в канал иглы засасывается клеточный материал. Затем игла извлекается, и содержимое ее канала "выдувается" на чистое обезжиренное предметное стекло. После этого материал тонким слоем распределяется по поверхности предметного стекла. В течение нескольких минут материал высушивается и без какой-либо фиксации направляется в цитологическую лабораторию.

В зависимости от результатов цитологического исследования решается вопрос о тактике лечения пациенток в каждом конкретном случае.

Лечение. Лечебные мероприятия при фиброзно-кистозной болезни молочных желез должны выполнять следующие задачи:

1. Устранение причин, провоцирующих возникновение заболевания и поддерживающих его существование.
2. Гармонизация нейроэндокринной системы.
3. Устранение дисбаланса гормонов в тканях молочных желез.

4. Удаление оперативным путем очагов пролиферации в молочных железах (пролиферативная форма узловой мастопатии, кисты с пристеночным компонентом).

Отсюда следует, что прежде чем начинать лечение непосредственно ФКБ, необходимо, по возможности, выяснить причины дисгормональных расстройств, привлекая соответствующих специалистов (гинекологов, эндокринологов и других), поскольку, не устранив эти причины, трудно рассчитывать на успех лечения ФКБ. Поэтому при наличии воспалительных заболеваний женской половой сферы, печени, желчевыводящих путей, гипотиреозе лечение следует начитать с устранения этой патологии. Например, при заболеваниях печени гиперэстрогения обусловлена нарушениями метаболизма эстрогенов. Поэтому в комплекс лечебных мероприятий при ФКБ у этих больных должны обязательно включаться гепатопротекторы. Мы в своей практике используем хорошо зарекомендовавший себя гепатопртектор **хофитол** (Laboratories Rosa Phytopharma) - препарат растительного происхождения, получаемый из листьев артишока. Он обладает антиоксидантным действием, защищает печеночные клетки, стабилизирует мембраны гепатоцитов, стимулирует антиоксидантную функцию печени, улучшает углеводный и жировой обмен, способствует уменьшению явлений застоя и воспаления в желчном пузыре, а также, что немаловажно для этой категории больных, через неделю приема хофитола уменьшается раздражительность и повышается настроение. Препарат эффективен при хронических персистирующих гепатитах различной этиологии, а также при хроническом холецистите и дискинезиях желчного пузыря. Единственным противопоказанием для него является нарушение проходимости желчевыводящих путей.

Наличие хронического воспалительного процесса в гениталиях - один из важнейших факторов, поддерживающих существование ФКБ, и нередко служит причиной ее прогрессирования.

Лечебная тактика больных ФКБ при устранении причинных факторов выглядит следующим образом (табл.1).

Таблица 1

Лечебная тактика у больных ФКБ молочных желез

Клинические формы ФКБ	**Операция**	**Пункция, аспирация содержимого**	**Консервативная терапия**
Непролиферативная узловая*	-	-	+
Пролиферативная узловая	+	-	+
Крупные кисты > 20 мм без пролиферации**		+	+
Крупные кисты > 20 мм с пролиферацией	+	-	+
Диффузная с мелкими кистами < 20 мм	-	-	+
Диффузная			+

* При неэффективности консервативной терапии - оперативное лечение (секторальная резекция со срочным гистологическим исследованием).

** При повторном наполнении кисты - оперативное лечение (секторальная резекция со срочным гистологическим исследованием).

При узловых формах ФКБ принято выполнять секторальные резекции молочной железы со срочным гистологическим исследованием. Но если при цитологическом исследовании пункционного материала, преимущественно у молодых пациенток (в возрасте до 30 лет), признаков пролиферации не обнаруживается (заключение цитолога: "мало клеточного материала или его отсутствие, в препарате - межуточное вещество"), то, учитывая, что ФКБ представляет собой не опухоль, а лишь дисгормональную гиперплазию (т.е. обратимое состояние), можно попытаться начать лечение с консервативной терапии. Нередко оно бывает успешным: локализованное уплотнение исчезает совсем или распадается на мелкие мягкие эластичные фрагменты. Следует отметить, что в таких случаях нужно проявлять осторожность, и контрольное обследование необходимо производить через 2 месяца. При отсутствии эффекта от консервативной терапии больные должны подвергаться оперативному лечению.

Если при цитологическом исследовании пунктата обнаруживаются признаки клеточной пролиферации, больным, безусловно показана секторальная резекция молочной железы со срочным гистологическим исследованием. В последующий период проводится консервативная терапия.

При кистах диаметром 20 мм и более производится их пункция и эвакуация содержимого, которое отправляется на цитологическое исследование. При наличии в распоряжении современных ультразвуковых сканеров, позволяющих достоверно оценить состояние эпителия выстилки кисты, пневмоцистографию больным производить не обязательно. При отсутствии признаков пролиферации эпителия выстилки кисты больным проводится консервативная терапия. Через полгода проводится контрольное исследование больной. В подавляющем большинстве случаев кисты не рецидивируют. Если же киста наполнилась вновь, то необходима секторальная резекция молочной железы со срочным гистологическим исследованием и продолжением консервативной терапии.

В случаях, когда содержимое кисты вязкое или содержит примесь крови, независимо от результатов цитологического исследования производится секторальная резекция молочной железы со срочным гистологическим исследованием. В последующий период в обязательном порядке проводится консервативная терапия. Рецидивов кист, как правило, не отмечается.

При диффузной форме ФКБ, а также при наличии мелких кист (менее 20 мм в диаметре), пункция которых затруднительна, проводится консервативная терапия.

В консервативной лечении мастопатии нет единого подхода, и в подавляющем большинстве публикаций, как правило, приводятся результаты применения какого-либо одного препарата (микродозы йода, нестероидные противовоспалительные препараты, мастодинон, кламин, парлодел, бромокриптин и др.) или дается лишь перечень различных средств, применяемых при мастопатии. Ввиду полиэтиологичности и сложности патогенеза дисгормональных расстройств приводящих к развитию ФКБ, совершенно закономерно, что проведение монотерапии ее неэффективно или дает временный эффект. В это же время практически нигде не представлено комплексных схем лечения данного заболевания.

Учитывая, что ФКБ возникает вследствие дисгормональных расстройств, основная задача консервативного лечения заключается в нормализации гормонального статуса больной.

Поскольку значительную роль в возникновении дисгормональных нарушений, а следовательно, и ФКБ играют факторы социально-бытового характера, комплексная схема лечения должна предусматривать повышение адаптационных возможностей организма больной. Мы не в состоянии изменить социально-бытовые условия жизни женщины, но всё же должны попытаться изменить ее отношение к фрустрирующим ситуациям, в которых она постоянно оказывается. Поэтому консервативное лечение ФКБ включает в себя, прежде всего, длительный прием седативных средств. Предпочтение отдается натуропатическим средствам, потому что они не сопровождаются выработкой зависимости от них. Но больные должны знать, что, в отличие от химических препаратов, натуропатические не дают быстрого седативного эффекта. Он наступает по мере накопления препаратов в организме. Для нормализации баланса тормозных и возбудительных процессов в ЦНС одновременно назначаются психостимуляторы, которые также являются адаптогенами (элеутерококк родиола розовая и др.). Обязателен прием витаминов группы А, В, С, Е, РР, Р, так как они улучшают функцию печени, где происходит инактивация эстрогенов, обладают адаптогенными свойствами, а также благоприятно воздействуют на ткань молочной железы. Витамин А обладает антиэстрогенным действием, уменьшает явления пролиферации эпителия и стромы. Витамин Е потенцирует действие прогестерона. Витамин B_6 снижает уровень пролактина, а витамины Р и С улучшают микроциркуляцию и уменьшают локальный отек молочной железы.

В данную схему лечения ФКБ включены микродозы препаратов йода. Это оправданно, поскольку йод стимулирует продукцию лютеинизируюшего гормона гипофизом, способствуя овуляции при ановуляторных циклах или более активной функции желтого тела в случаях его недостаточности. Одновременно йод угнетает продукцию эстрогенов в яичниках.

Но большинство йодосодержащих препаратов представляют собой йодистый калий, который имеет существенные недостатки: раздражает слизистую оболочку желудка, может вызвать гипериодизм и др.

Мы при лечении фиброзно-кистозной мастопатии предпочитаем применять отечественный препарат **мамоклам** (фирма «Мега-Фарм» по заказу ООО «Фитолон-Наука» Санкт-Петербург), лишенный недостатков йодистого калия, т.к. он представляет собой органическое соединение йода (100 мкг) в сочетании с полиненасыщенными жирными кислотами (ПНЖК) омега-3 (40 мг) и хлорофиллом (6 мг). При таком сочетании благоприятное воздействие йода на баланс гормонов подкрепляется воздействием ПНЖК, поскольку, благодаря их вмешательству в синтез простагландинов, указанный баланс также, нормализуется.

Противопоказания для применения йодистых препаратов – повышенная чувствительность к йоду, заболевания почек, гиперфункция щитовидной железы, тиреотоксикоз различного генеза и др.

Ввиду того что гипофункции щитовидной железы в подавляющем большинстве случаев обусловлена аутоиммунным тиреоидитом, назначение йода при ней требует согласования с эндокринологом.

Поскольку при лечении фиброзно-кистозной мастопатии мамоклам назначается в составе комплексной терапии, доза его редуцирована до 100 мкг в день.

Как уже упоминалось, в случаях, когда ФКБ развивалась на фоне заболеваний печени, больным назначается **хофитол** по 1-2 таблетке 3 раза в день в течение каждых 20 дней каждого месяца на протяжении курса лечения.

Многие больные, страдающие ФКБ, жалуются на болезненное нагрубание молочных желез во второй половине менструального цикла. Это так называемый синдром предменструального напряжения молочных желез. Он обусловлен дефицитом прогестерона или избытком пролактина в тканях молочной железы, что приводит к отеку соединительной ткани железы, сопровождающемуся ее болезненным напряжением. В этих случаях за 7-10 дней до менструации назначается прием мягких мочегонных средств (листья брусники, мочегонный чай), или фуросемида 10 мг ($^1/_4$ таблетки), или триампура $^1/_4$ таблетки в сочетании с препаратами калия.

Поскольку причиной фиброзно-кистозной болезни в основном является дефицит прогестерона в тканях молочной железы, возникает вопрос о гормональном лечении этого заболевания. Однако концентрация прогестерона в тканях молочной железы в норме превышает таковую в сыворотке в 2-10 раз, и устранение дефицита прогестерона в железе путем системного введения гормона представляется маловероятным. Кроме того, системная гормонотерапия требует осторожного подхода, ее должен проводить высококвалифицированный специалист, имеющий возможность осуществлять контроль гормонального профиля. В противном случае велика вероятность получить осложнения и побочные реакции (меноррагии, формирование миоматозных узлов в матке и др.). В настоящее время при лечении фиброзно-кистозной болезни молочных желез и синдрома предменструального напряжения хорошо зарекомендовал себя препарат для наружного применения «Прожестожель 1%». Он содержит микронизированный прогестерон растительного происхождения, аналогичный эндогенному.

Длительность приема комплекса указанных препаратов – не менее 4 месяцев. Затем делается двухмесячный перерыв и начинается новый четырехмесячный цикл лечения. За время перерыва проводится контрольное исследование больной. Учитывая некоторую субъективность ультразвукового метода, для того чтобы оценка динамики была достоверной, УЗИ молочных желез должны производиться на том же самом аппарате и тем же специалистом, как было произведено ранее. Всего не менее 4 циклов. Таким образом, полный курс лечения занимает максимум 2 года. У значительного числа больных положительный результат наблюдается уже после 1-2 четырехмесячных циклов лечения.

После лечения по указанной схеме больных с диффузной формой ФКБ исчезает синдром предменструального напряжения, а ткани молочных желез претерпевают изменения в сторону нормализации их структуры. При наличии мелких кист (диаметр <20 мм) они исчезают, что объясняется регрессом пролиферативных процессов в эпителии протоков и восстановлением их проходимости. Опухолеподобные узлы (непролиферативная форма узловой мастопатии) в подавляющем числе случаев, особенно у молодых женщин, исчезают.

Итак, проведение адаптогенного лечения ФКБ в сочетании с прожестожелем можно рассматривать как *метод патогенетической терапии этого заболевания.*

По описанной схеме было пролечено 192 женщины репродуктивного возраста, страдающих различными формами ФКБ молочных желез (табл. 2).

В данную группу не включены больные, у которых ФКБ возникла на фоне сахарного диабета, поскольку эти пациентки требуют особого подхода и непосредственного участия эндокринолога. В табл. 3 представлены результаты лечения.

При узловой непролиферативной форме из 23 пациенток после одного курса лечения у 19 узлы исчезли полностью, у 2 значительно уменьшились в размерах и стали мягкими, у одной распались на мелкие мягкие узелки, у одной узел остался неизменным и эта пациентка была подвергнута оперативному лечению.

Таблица 2

Формы ФКБ	**Количество**
Узловая непролиферативная	23
Узловая пролиферативная	14
Кисты > 20 мм без пролиферации	37
Кисты > 20 мм с пролиферацией	17
Диффузная с мелкими кистами (< 20 мм)	48
Диффузная	53
Всего	192

Таблица 3

Результаты лечения больных ФКБ молочных желез

Формы ФКБ	**Отличный***	**Хороший****	**Удовлетв.***	**Всего**
Узловая непролиферативная	19 (82,6%)	3 (13%)	1 (4,4%)	23
Узловая пролифертивная	14 (100%)			14
Кисты > 20 мм без пролиферации	34 (92%)	2 (5,3%)	1 (2,7%)	37
Кисты > 20 мм с пролиферацией	7 (100%)			17
Диффузная с мелкими кистами	41 (85,4%)	5 (10,4%)	2 (4,2%)	48
Диффузная	43 (81,1%)	7 (13,2%)	3 (5,7%)	53
Всего	168 (87,5%)	17 (8,9%)	7 (3,6%)	192

* Полное исчезновени признаков.

** Положительная динамика.

*** Стабилизация процесса.

Из 37 больных с крупными кистами без признаков пролиферации эпителия выстилки у 34 кисты исчезли полностью. У 2 после пункции и первого курса консервативного лечения кисты наполнились частично и им были произведены повторные пункции, лечение было продолжено. У одной больной киста наполнилась вновь до первоначальных размеров, больная была прооперирована.

При диффузных формах ФКБ с мелкими кистами и без них у более чем 80% больных был получен отличный результат: после первого курса лечения признаки заболевания, включая кисты, исчезли совсем. Остальным больным потребовалось более длительное лечение.

Тщательный анализ «хороших» и «удовлетворительных» результатов показал, что главные причины, поддерживающие существование ФКБ, - это неустраненные стрессовые ситуации и хронические воспалительные заболевания женской половой сферы. В первом случае необходимо усиление седативной терапии, во втором – упорное лечение у гинеколога. Только при этих условиях можно рассчитывать на положительный эффект лечения ФКБ. У двух больных ФКБ существует на фоне патологической гиперпролактинемии, обусловленной пролактиномами гипофиза. Обе больные получают достаточные дозы парлодела. В лечении ФКБ у этих пациенток была достигнута лишь стабилизация процесса.

При лечении хронических воспалительных заболеваний гениталий после определения чувствительности флоры мы использовали антибиотики широкого спектра действия, антимикотические препараты с целью профилактики кандидоза, иммунокорригирующие средства, а также достаточно широко – **тержинан** (фирма Bouchara Recordati, Франция), комбинированный препарат для местного применения в гинекологии, оказывающий антибактериальное, антипротозойное, антикандидозное, противовоспалительное и репарационное действие и при этом обеспечивающий целостность слизистой оболочки влагалища и постоянство *pH*. Кроме этого проводилась коррекция вагинальных дисбиотических процессов, активация клеточного и гуморального факторов иммунитета.

Таким образом, при всех формах ФКБ, независимо от того, было, выполнено оперативное вмешательство или нет, необходимо проведение патогенетически обоснованной консервативной терапии, которая должна быть направлена на гармонизацию состояния нейроэндокринной системы, устранение дисбаланса гормонов в тканях молочных желез, нормализацию их структуры и физиологии. Целью комплексного лечения ФКБ является улучшение качества жизни за счет устранения субъективных проявлений болезни и прекращения прогрессирования процесса, что в конечном итоге призвано уменьшить заболеваемость раком молочной железы.

Доброкачественные опухоли молочной железы. К предраковым заболеваниям относят также доброкачественные опухоли молочной железы: внутрипротоковую папиллому, аденому соска, аденому, фиброаденому, листовидную опухоль.

Аденома – редкая опухоль, образующаяся в результате пролиферации железистых элементов молочной железы. Опухоль имеет выраженную капсулу. Пальпаторно определяется как эластичное новообразование с гладкой поверхностью, не связанное с кожей и окружающими тканями. Имеет тенденцию к росту. Кожные симптомы отсутствуют.

Аденома соска – редкая опухоль, которую ранее называли «цветущая папиллома соска». Микроскопически обнаруживаются в протоках соска и околососковой зоны сосочковые пролифераты миоэпителия и цилиндрического эпителия. Клинически не отличается от болезни Педжета. Характеризуется серозно-кровянистыми выделениями из соска, который может иногда изъязвляться и покрываться корочкой. При пальпации в толще соска обнаруживается мягко-эластичный узел. Кожные симптомы отсутствуют. Регионарные лимфоузлы не поражаются. Расценивается как предраковое состояние.

Внутрипротоковая папиллома – одиночные папилломы, как правило, располагаются в субареолярной зоне, часто в кистозно-расширенном протоке или млечных синусах. Множественные папилломы располагаются в периферических отделах молочной железы. По данным Gutman H. и соавт. (2003), солитарные папилломы ассоциированы с раком в 10% случаев. Авторы считают, что повышенный риск возникновения рака существует при всех видах папиллом – единичных и множественных. MacGrogan G,. Tavassoli F.A. (2003) ретроспективно проанализировали гистологические препараты 119 случаев внутрипротоковых папиллом центральной локализации. При этом получили следующие результаты:

- обычная протоковая гиперплазия - 18% случаев;
- папиллома с фокусами атипии - 34%;
- атипическая папиллома - 20%;
- рак, развивающийся в пределах папилломы - 28% случаев.

Клинически внутрипротоковые папилломы проявляются кровянистыми выделениями из соска. Диагноз ставиться при цитологическом исследований этих выделений. Локализация папилломы определяется методом дуктографии. Японские авторы используют метод дуктоскопии (маммоскопии), позволяющий выполнить интрадуктальную биопсию.

Фиброаденома - часто встречающаяся опухоль смешанного соединительнотканного и эпителиального строения. Малигнизация при этой опухоли может достигать 3%. Диагностируется в любом возрасте, но чаще - в20-45 лет. Нередко бывают множественными. В некоторых случаях, особенно у подростков, фиброаденомы, могут быстро расти и достигать значительных размеров. Клинически при пальпации определяется плотная округлая опухоль с четкими границами, подвижная, не спаянная с окружающими тканями и кожей.

Диагностика доброкачественных опухолей осуществляется по общепринятой методике исследования молочных желез: осмотр, пальпация, маммография, ультразвуковое исследование, пункция, цитологическое исследование пунктатов и выделений из сосков.

Лечение доброкачественных опухолей оперативное: секторальная резекция со срочным гистологическим исследованием. До недавнего времени сектор молочной железы иссекали вместе с кожей и подлежащей фасцией. Однако в последнее десятилетие в мире в связи с увеличением случаев диагностики опухолевых заболеваний в ранних стадиях распространяется тенденция выполнять органосохраняющие и щадящие оперативные вмешательства при всех локализациях опухолей. Это тем более приемлемо при доброкачественных заболеваниях молочной железы. Поэтому при них целесообразно использовать косметические разрезы и экономные иссечения ткани молочной железы, как это указано на рис. 1.

При выполнении резекции молочной железы из такого рода разрезов прежде всего следует отслоить кожу, пересекая купферовские связки, что позволяет сделать резекцию в полном объеме. По этим же методикам выполняются операции при узловых формах мастопатии.

К этой схеме следует добавить разрез по субмаммарной складке, который более косметичен.

Листовидные опухоли. В международной гистологической классификации опухолей молочных желез листовидная опухоль отнесена к рубрике доброкачественных новообразований в качестве разновидности внутрипротоковой фиброаденомы и трактуется как клеточная интраканаликулярная фиброаденома.

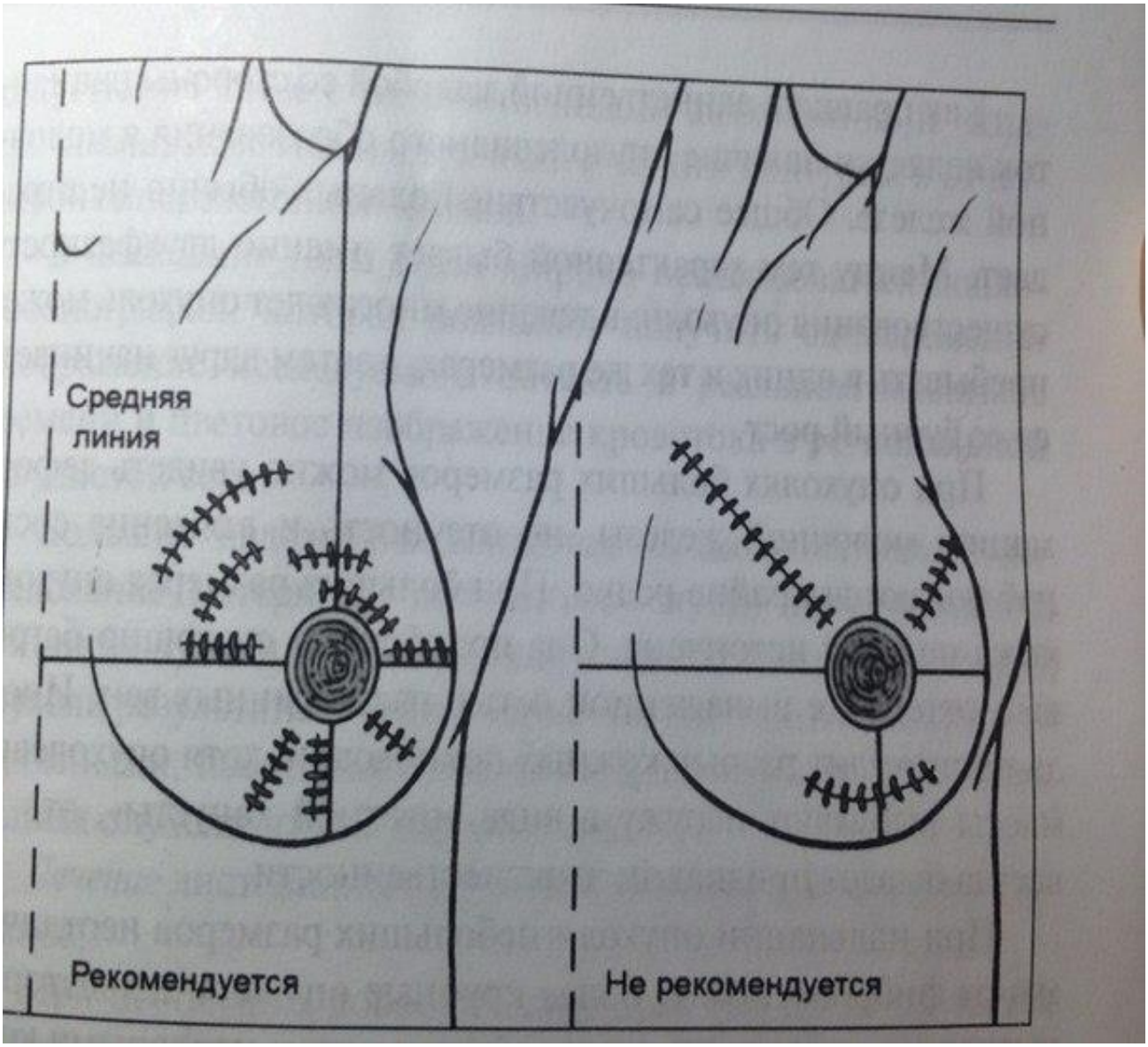


Рис. 1. **Косметические разрезы ткани молочной железы**

В работах, посвященных классификации и номенклатуре листовидной опухоли, существует до 80 ее наименований. Наиболее часто употребляются такие, как "листовидная цистосаркома", "филлоидная фиброаденома", "листовидная фиброаденома". Но наиболее предпочтительным представляется название "листовидная опухоль".

Это достаточно редкое новообразование и может встретиться в любом возрасте. Этиология и патогенез до настоящего времени неясны. Предполагается, что

возникновение листовидной опухоли связано с нарушениями гормонального баланса в организме.

Характерный морфологический признак листовидной опухоли - преобладание соединительнотканного компонента над эпителиальным. На разрезе она дольчатая, состоит из нескольких слитых воедино узлов желтовато-серого цвета. Консистенция небольших узлов плотная, крупных - неоднородная.

Главная особенность листовидной опухоли - это склонность к рецидивированию и малигнизации с развитием саркомы молочной железы.

Как правило, единственной жалобой со стороны пациенток является наличие опухолевидного образования в молочной железе. Общее самочувствие больных обычно не страдает. Между тем характерной бывает именно двухфазность существования опухоли: в течение многих лет опухоль может пребывать в одних и тех же размерах, а затем вдруг начинается ее бурный рост.

При опухолях больших размеров можно увидеть деформацию молочной железы, но отечность и втяжение соска наблюдаются крайне редко. При больших размерах опухоли кожа над ней истончена. Она приобретает синюшно-багровый оттенок с выраженной сетью расширенных вен. Иногда происходит разрыв кожных покровов, и, хотя опухолевые массы выбухают наружу в виде "цветной капусты", это не всегда бывает признаком злокачественности.

При пальпации опухоли небольших размеров неотличимы от фиброаденомы. Более крупные опухоли пальпаторно выглядят как бугристые новообразования с неровными контурами, с участками уплотнения и флюктуации. Они, как правило, подвижны. Лимфатические узлы могут быть увеличенными на стороне поражения, но не производят впечатления пораженных метастазами.

Среди инструментальных методов исследований молочных желез наиболее информативны маммография и ультразвуковое исследование.

При оценке маммограмм с рентгенологических позиций считается целесообразным выделение двух групп листовидных опухолей: образований до 5 см в диаметре и более 5 см. Дифференцировать листовидную опухоль небольших размеров с фиброаденомой очень трудно, в большинстве случаев невозможно. При больших опухолях характерными рентгенологическими признаками листовидной опухоли будут отображение образования в виде конгломерата узлов с четкими бугристыми контурами и наличие " зоны обеднения" структурного рисунка вокруг узлового образования (ободок просветления) на фоне грубой фиброзно-кистозной мастопатии.

При УЗИ отмечается наличие гипоэхогенного образования неоднородной структуры, напоминающего «кочанкапусты» на срезе с множественными анэхогенными (жидкостными) полостями и щелями, с четким контуром и отчетливой гиперэхогенной каймой.

В последние годы стала широко использоваться допплеросонография, которая позволяет получить одновременно изображение исследуемого объекта в реальном масштабе времени и цветовое изображение кровотока в региональной сосудистой сети.

Большие надежды возлагаются на цитологическое исследование материала, полученного путем тонкоигольной пункции опухоли. Однако в силу сложности строения самой опухоли результаты морфологической диагностики остаются

скромными, поскольку цитологическая картина при листовидных опухолях очень вариабельна.

Лечение листовидных опухолей молочной железы оперативное.

При небольших доброкачественных опухолях считается адекватной секторальная резекция молочной железы. Ограничиваться энуклиацией опухоли нецелесообразно, поскольку при этом объеме вмешательства чаще всего наблюдаются рецидивы опухоли.

В случаях когда опухоль занимает значительную часть молочной железы, наиболее адекватной операцией считается мастэктомия.

При встрече со злокачественным вариантом листовидной опухоли мастэктомия также будет адекватным вмешательством. Ввиду того что при этой опухоли, как правило, не бывает лимфогенного местастазирования, выполнение лимфаденэктомии нецелесообразно.

РАК МАТОЧНОЙ ТРУБЫ

Первый случай рака маточных труб (РМТ) описал Ranmond в 1847г. Это наблюдение было зарегистрировано в неопубликованной рукописи, которая хранится в библиотеке Королевского хирургического колледжа в Лондоне. С тех пор с каждым годом в мировой литературе накапливалось все больше наблюдений рака маточных труб, что давало возможность авторам собрать фактический материал по этому вопросу, проанализировать его, сделать некоторые выводы в отношении диагностики, клиники, лечения и патоморфологии рака этой локализации.

Увеличение числа опубликованных наблюдений РМТ за последнее время объясняется не только онкологической настороженностью, но и повышением уровня знаний симптоматики, расширением диагностических методов и их возможностей, а также внедрением иммуногистохимических методов исследования.

И все же рак маточной трубы на сегодняшний день остается достаточно редкой патологией. По данным мировой и отечественной литературы , РМТ составляет 0,11-1,18% среди всех опухолей женских половых органов. Редкая встречаемость данного заболевания, вероятно, связана еще и с тем, что в ряде запушенных случаев опухолей гениталий установить или опровергнуть первоначальный диагноз РМТ порой бывает очень трудно. Эти случаи не учитываются статистикой и часто проходят под ошибочным диагнозом <<рак яичников>>.

На практике наблюдаются преобладание серозной аденокарциномы, на ее долю приходится 60-72% случаев. Муцинозные и эндометроидные опухоли составляют 10%, светлоклеточные опухоли- 2-4%, переходно-клеточные – 0,5-1,5%, а недифференцированный рак – 0,5 -1%. Весьма интересен тот факт, что в маточной трубе встречаются практически все морфологические формы опухолей, наблюдаемые так же и в яичниках.

В настоящее время считается общепринятым для определения стадии РМТ использовать две классификации (табл. 4): TNM и классификацию Международной федерации гинекологов и акушеров (FIGO, Сингапур, 1992).

Макроскопические особенности роста опухоли. На ранних стадиях заболевания маточная труба может быть макроскопически не изменена. При запушенных стадиях труба увеличивается в размерах, деформируются, приобретает колбасовидную, ретортообразную или яйцевидную формы, внешне напоминая гидро-

гемато-пиосальпинкс. Солитарные злокачественные опухоли в трубе чаше имеют вид узловатого образования грибовидной формы на широком основании, иногда на тонкой ножке. Поверхность опухоли обычно мелкобугристая, ворсинчатая, серовато-белого или розоватого цвета, часто напоминает цветную капусту. Консистенция чаше всего мягкая, эластичная; у основания опухоль, как правило, имеет более плотную структуру. Поверхность пораженных труб большей частью серо-синюшного цвета, иногда темно-багрового, что встречается при перекруте трубы с резко выраженными явлениями дисциркуляции. При прогрессировании заболевания опухолевые массы порой могут заполнять весь расширенный просвет трубы, выступая через ее ампулярный отдел в брюшную полость в виде узлов или разрастаний бородавчатого вида. При прорастании опухолью стенки трубы могут определяться на ее серозном покрове серовато-белые узелки или нежные сосочковые новообразования.

Этиология. Считается, что предрасполагающими факторами, способствующими возникновению РМТ, служат: воспаление придатков матки в анамнезе (более чем у $^1/_3$ больных), бесплодие (от 40 до 71% наблюдений), возраст старше 40 лет. Перенесенный туберкулезный сальпингоофорит в настоящее время не относится к предрасполагающим факторам развития болезни.

Таблица 4

Классификация рака маточной трубы по TNM и FIGO

TNM	**FIGO**	
Tx		Недостаточно данных для оценки первичной опухоли
T0		Первичная опухоль не определяется
Tis	0	Преинвазивная карцинома (carcinoma *in situ)*
T1	I	Опухоль ограничена маточной трубой (-ами)
T1a	IA	Опухоль ограничена одной трубой, без прорастания серозной оболочки, без асцита
T1в	IB	Опухоль ограничена двумя трубами, без прорастания серозной оболочки, без асцита
T1c	IC	Опухоль ограничена одной или двумя трубами с проникновением в серозную оболочку, либо с наличием опухолевых клеток в асците или смыве из брюшной полости
T2	II	Опухоль вовлекает одну или обе трубы и распространяется на таз
T2a	IIA	Распространение и/или метастазы в матке и/или яичниках
T3в	IIIB	Макроскопические метастазы по брюшине до 2 см в наибольшем измерении и/или метастазы в регионарных лимфатических узлах
T3c и/или N1	IIIC	Метастазы по брюшине более 2 см в наибольшем измерении и/или метастазы в регионарных лимфатических узлах
M1	IV	Отдаленные метастазы (исключая метастазы по брюшине)

Примечание. Метастазы в капсулу печени классифицируются как III стадия, метастазы в паренхиме печени - как IV стадия, позитивные цитологические находки в плевральной жидкости расцениваются как IV стадия.

У женщин, страдающих бесплодием, частота РМТ в 5 раз превышает популяционную. Чаще всего опухоль развивается в четвертой, пятой и шестой

декадах жизни; средний возраст больных при этом составляет 62,5 лет. Однако опухоли могут встречаться и у девушек в возрасте 17-19 лет. В литературе также описаны редкие наблюдения рака маточной трубы у беременных женщин.

Клинические симптомы. Ввиду отсутствия в настоящее время четких критериев этиологии и патогенеза заболевания, патогномоничных клинических симптомов и скрининговых мероприятий, недостаточной изученности предопухолевых состояний вполне объяснимо, что РМТ у большинства больных диагностируется спустя 6-12 месяцев от начала появления первых симптомов.

И все же, в отличие от рака яичников, который в большинстве случаев долго протекает бессимптомно, клиническое течение рака маточной трубы характеризуется довольно-таки большим разнообразием. К наиболее частым симптомам относятся: водянистые, желтоватого цвета и порой обильные выделения из половых путей; боли внизу живота и ациклические кровянистые выделения. Сочетание всех вышеперечисленных симптомов встречается достаточно редко (от 9 до 12,5% наблюдений), но, по данным разных авторов, патологические выделения из половых путей бывают наиболее ранним и частым проявлениям РМТ (от 42 до 90% наблюдений).

Симптом "перемежающейся водянки" маточной трубы *(hydrops tube profluens)* наблюдается от 3 до 14% случаев. При этом периодически выделяющиеся водянистые бели приводят к уменьшению "мешотчатой опухоли" придатков матки. Этим выделениям предшествуют схваткообразные боли внизу живота.

Боли внизу живота при РМТ нередко обусловлены растяжением трубы жидкостью и опухолью, а также опорожнением содержимого маточной трубы в брюшную полость через ее фимбриальный отдел. Этот симптом наблюдается более чем у половины больных РМТ. При перекруте или разрыве трубы развивается картина острого живота.

Кровянистые выделения на фоне менопаузы или ациклические кровянистые выделения у женщин репродуктивного возраста встречаются в 50-60% случаев. Характер этих выделений может быть различен: от мажущих до кровотечений. Этот симптом преимущественно обусловлен прорастанием слизистой оболочки маточной трубы опухолью, а также распадом опухоли. При этом зачастую ошибочно ставится диагноз " рак эндометрия" и более чем в половине случаев производится диагностическое выскабливание матки. При этом даже при повторно произведенных соскобах не всегда обнаруживается опухолевая ткань, что затрудняет установление истинного диагноза.

Следует подчеркнуть, что все вышеперечисленные симптомы, особенно у женщин пременопаузального периода, должны насторожить клинициста в отношении первичного РМТ. Однако локализованные формы РМТ, как правило, протекают бессимптомно. В ряде случаев метастатическое поражение лимфатических узлов (парааортальных, надключичных, шейных) может быть первым клиническим проявлением заболевания. По данным разных авторов, такая клиническая картина наблюдается в 8-12,5% случаев.

Нередко отмечаются неспецифичные симптомы общего характера: слабость, недомогание, плохое самочувствие, утомляемость, повышение температуры тела. В случаях распространенного опухолевого процесса на первый план выступают увеличение объема живота, боли большой интенсивности, нарушение мочевыделения, явления кишечной непроходимости.

Таким образом, несмотря на достаточное разнообразие симптомов уже в начале заболевания, клиницисты зачастую не обращают на них внимания ввиду отсутствия онкологической настороженности по отношению к РМТ.

Диагностика. По данным разных авторов, правильная предоперационная диагностика РМТ крайне низка и составляет не более 10%. Учитывая отсутствие высокоинформативного метода диагностики на сегодняшний день, большинство клиник мира в этих целях применяют комплексный подход, который включает целый ряд клинических, лабораторных, инструментальных, морфологических, иммуногистохимических и молекулярно-генетических методов исследования.

Широкое распространение в диагностике РМТ на практике нашла *ультразвуковая компьютерная томография.* Она позволяет не только получить объективную информацию о топографии, размерах, консистенции опухоли, о распространенности опухолевого процесса в брюшной полости, но и позволяет дифференцировать опухоль маточной трубы от опухоли яичников. Ультразвуковая картина РМТ очень часто соответствует гидросальпинксу, при этом могут определяться папиллярные разрастания или может выявляться опухоль солидного или кистозно-солидного строения. Использование ультразвукового исследования позволяет также выявлять опухоли маточной трубы в доклинической стадии. Это подчеркивает необходимость широкого использования этого метода в рамках скрининговой программы у женщин старше 40 лет, что будет способствовать более ранней диагностике бессимптомного РМТ.

Важная в диагностическом отношении информация может быть получена при применении *компьютерной томографии* брюшной полости, малого таза и забрюшинного пространства. Особая роль данному методу отводится при определении четкой локализации, формы, взаимоотношения опухоли с окружающими тканями. Однако, в связи с высокой стоимостью каждого исследования и значительной лучевой нагрузкой, применение компьютерной томографии имеет ряд ограничений. Использование этого метода оправдано в сложных диагностических ситуациях как дополнительного и высокоинформативного метода обследования, достигающего 90% информативности.

По данным разных авторов, опухолевые клетки при цитологическом исследовании аспирата из полости матки или мазков с эндоцервикса выявляются не чаще чем в 23% наблюдений, и имеют небольшую диагностическую ценность.

Одним из направлений в диагностике злокачественных опухолей, ставшим за последние годы рутинным, стало определение так называемых *опухолевых маркеров* в сыворотке крови больных. Циркулирующими опухолевыми маркерами принято считать природные протеины, которые секретируются опухолевыми клетками в кровоток. Маркер СА-125 в общем понимании считается определяющим для рака яичников. Но, как показали большинство исследований, он не является опухолевоспецифическим маркером для рака яичников, а только ассоциирован с этой патологией. В последние годы были предприняты попытки использовать опухолевый маркер СА-125 в диагностике РМТ. В среднем СА-125 повышается в 85% случаев РМТ. Необходимо подчеркнуть, что у больных I-II стадиями заболевания СА-125 повышается в 68% наблюдений, что значительно чаще, чем при раке яичников ранних стадий. При этом уровень СА-125 коррелирует со стадией заболевания. Более того, это достаточно чувствительный метод при раннем выявлении рецидивов и метастазов опухоли.

Наиболее достоверным методом диагностики РМТ является *лапароскопия,* которая весьма эффективна при проведении биопсии опухоли, рецидивов и метастазов с последующим морфологическим исследованием полученного материала для подтверждения диагноза (дифференциальная диагностика) и определения возможного лечебного патоморфоза.

Вместе с тем результаты стандартного гистологического исследования не всегда позволяют однозначно дифференцировать РМТ от рака яичников. В этих случаях для уточнения диагноза применяются иммуногистохимический, а в последние годы и молекулярно-генетический методы исследования.

Особенности распространения и метастазирования РМТ. Распространение опухоли осуществляется путем имплантационной, лимфогенной и гематогенной диссеминации.

При РМТ лимфогенное метастазирование наблюдается чаще, чем при раке яичников. Маточная труба обильно снабжена лимфатическими сосудами, которые через воронкотазовые лимфатические сосуды впадают в парааортальные лимфатические узлы. Также возможен внутритазовый ток лимфы с дренированием в верхнеягодичные лимфатические узлы. Существование анастомозов между лимфатическими сосудами круглой связки матки определяет развитие метастазов в паховых лимфатических узлах. Описаны также метастазы РМТ в надключичных и подмышечных лимфатических узлах.

Помимо поражения лимфатических узлов при РМТ наблюдается поражение ряда органов малого таза: прежде всего яичников, затем матки, ее связочного аппарата и влагалища. С момента поражения яичников начинается генерализация опухолевого процесса с поражением париетальной и висцеральной брюшины, большого сальника, печени, диафрагмы. На данном этапе развития процесса макроскопически РМТ трудно отличить от рака яичников.

Лечение. Из-за редкости опухоли и малочисленности групп наблюдений вопрос о принципах лечения РМТ на сегодняшний день остается по-прежнему дискуссионным.

Хирургическое лечение проводят большинству больным РМТ на первом этапе: выполняют радикальную операцию с тщательным стадированием. Оптимальным объемом операции при РМТ на сегодняшний день принято считать экстирпацию матки с придатками, удаление большого сальника, двустороннее удаление подвздошных лимфатических узлов и биопсию парааортальных лимфоузлов, цитологическое исследование смывов и гистологическое исследование биоптатов брюшины малого таза, латеральных каналов и диафрагмы. При невозможности выполнения тазовой лимфаденэктомии производится биопсия этих узлов.

При поздних стадиях РМТ предполагается выполнение циторедуктивных операций в оптимальном объеме (остаточная опухоль менее 2 см). Доказано, что размеры остаточной опухоли существенно влияют на прогноз заболевания. Кроме того, в больших по объему опухолевых образованиях содержатся участки, плохо снабжаемые кровью, а также высокий процент временно не делящихся клеток, большая часть из которых после редукции опухоли переходит в активное состояние.

Химиотерапия. Широкое несистематизированное применение различных химиопрепаратов и их комбинаций, а также сочетание лекарственного лечения с лучевой терапией не позволило провести адекватное сравнение различных подходов в лечении больных РМТ. Вместо обобщения всех возможных вариантов мы хотели бы провести несколько главных направлений.

Основой современной *полихимиотерапии РМТ* являются комбинации с включением производных платины. Объективный ответ на лечение, по данным ряда авторов, достигается у 53-92% больных с запущенной стадией заболевания; при этом средняя длительность ответа составляет 12,5 месяцев. Широко используются следующие платиносодержащие режимы:

- циклофосфан + цисплатин (CP);
- циклофосфан + доксорубицин + цисплатин (CAP);
- циклофосфан + карбоплатин (CC).

При применении полихимиотерапии на основе платины 5-летняя выживаемость составляет 51%.

В литературе мало сообщений относительно *использования таксанов* в терапии рака маточных труб. Но уже по результатам немногочисленных публикаций можно судить о высокой эффективности таксанов в комбинациях с производными платины. В настоящее время доказана эффективность паклитаксела в качестве химиотерапии 2-й линии у больных, резистентных к препаратам платины. Частота объективных эффектов со средней продолжительностью 6 месяцев составила 25-33% и зависит от дозы препарата. Отмечен эффект паклитаксела при лечении пациенток с запущенными формами рака маточных труб (III-IV стадии): ожидаемая 5-летняя выживаемость составляет у них 20-30%. В настоящее время исследования продолжаются, и окончательные выводы относительно применения таксанов в качестве 1-й линии химиотерапии можно будет сделать после проведения рандомизированных исследований.

Что касается ***лучевой терапии,*** то в настоящее время многие авторы соглашаются, что облучение только малого таза недостаточно ввиду высокой частоты развития внетазовых метастазов. Некоторые исследователи рекомендуют облучение всей брюшной полости, но при это предупреждают о связанных с этим серьезный осложнениях со стороны других органов. Нам представляется целесообразным применение лучевой терапии на малый таз и парааортальную зону на завершающем этапе лечения РМТ. По нашим данным, при проведении комплексного лечения (О+ХТ+ЛТ) при I-II стадиях заболевания общая 5-летняя выживаемость - 82,6± 7,9%. У больных с III стадией заболевания общая 5-летняя выживаемость составила 28,1± 22,2%, а безрецидивная выживаемость - 8,7 ± 7,2%. Медиана общей выживаемости при проведении комплексного лечения О+ХТ+ЛТ составила: при I-II стадиях заболевания - 114 ± 1,3 мес., при III стадии заболевания - 39 ± 1,8 мес.

Прогноз. Рассмотрим ряд прогностических факторов, влияющих на результаты лечения больных РМТ. Это стадия заболевания степень дифференцировки опухоли, размер остаточной трубы.

На ранних стадиях РМТ важным фактором прогноза является глубина инвазии опухоли в стенку трубы. На более поздних стадиях поведение опухоли становится сходным с течением рака яичников. Принципиально отличается и тактика лечения больных с начальными стадиями РМТ от таковой у больных с далеко зашедшими злокачественными новообразованиями.

Большое прогностическое значение имеет объем оперативного вмешательства. При оптимальном удалении опухоли 5-летняя выживаемость больных с III стадией заболевания составила 28%, при частичном удалении опухоли - 9%, после оперативного вмешательства, завершившегося биопсией, - 3%. Что же касается роли морфологической структуры опухоли о прогнозе заболевания, то полученные данные

выживаемости больных с распространенными формами РМТ в зависимости от морфологического строения опухоли такую корреляцию не подтвердили.

Важным прогностическим фактором считается степень дифференцировки опухоли. Необходимо помнить, что дифференцировка опухоли может меняться в процессе прогрессирования заболевания, а также быть различной в первичной опухоли и ее метастазах.

Наличие лимфоцитарной инфильтрации улучшает прогноз заболевания. Некоторые авторы рассматривают лимфоцитарную инфильтрацию опухоли как проявление иммунологического противоопухолевого эффекта.

С учетом вышеперечисленных основных прогностических факторов необходима предельно индивидуальная лечебная тактика ведения больной, а также систематизация групп больных на основании независимых факторов прогноза.

Резюмируя полученные данные, необходимо подчеркнуть, что каждый отдельный случай рака маточной трубы требует от клинициста индивидуального подхода и выбора тактики лечения с учетом независимых факторов прогноза заболевания.

РАК ШЕЙКИ МАТКИ

Статистика. Несмотря на успехи в ранней диагностике и лечении, рак шейки матки (РМШ) продолжает входить в число наиболее часто встречающихся злокачественных новообразований. На сегодняшний день он составляет около 12% злокачественных опухолей у женщин и занимает пятое место в структуре всей онкологической патологии. При этом за последнее десятилетие наметилась тенденция увеличения числа больных раком шейки матки среди женщин репродуктивного возраста (до 45 лет). У них чаще имеет место III-IV стадия опухолевого процесса.

Проблема затрагивает наиболее активную, социально значимую часть женского населения планеты приобретает большое значение. В связи с этим требуется более тщательный пересмотр скрининговых программ по выявлению групп риска на основе современных вирусологических и биологических методов исследования , а также разработка и широкое внедрение в практическое здравоохранение схем лечения распространенных форм РШМ

Этиология. В этиологии РШМ ведущую роль играют экзогенные факторы. До настоящего времени не было выявлено каких-либо значимых факторов, подтверждающих принадлежность РШМ к наследственной патологии. Однако при изучении этиопатогенеза первично-множественного плоскоклеточного рака с поражением шейки матки мы столкнулись в своей работе с интересным и несколько неожиданным для нас фактом: у довольно значительной группы больных плоскоклеточным раком шейки матки вторично возникшая синхронная или метахронная опухоль представлена злокачественным новообразованием аналогичной гистологической формы-плоскоклеточным раком (практически у каждой 6-й пациентки). Такое частое сочетание в полинеоплазиях плоскоклеточного рака различных локализаций (шейки матки, влагалища, вульвы, легкого, пищевода, гортани, глотки, кожи, ротовой полости и др.) многие ученые связывают с единой вирусной этиологией - с вирусами папилломы человека. В настоящее время неоспоримым патогенетическим фактором риска развития диспластических

изменений и РШМ считается генитальная папилломовирусная инфекция. Поэтому нам кажется целесообразным больных плоскоклеточным раком одной локализации независимо от стадии заболевания относить в "группе риска" по развитию аналогично рака другой локализации. Более того, в последние годы неоднократно были описаны сходные наблюдения семейного накопления плоскоклеточного рака. Таким образом, можно думать о существовании нового синдрома в онкологии. Однако этот вопрос требует дальнейшего более глубокого изучения.

Известно, что РШМ практически не встречается у девственниц и монахинь. Этиологические факторы риска возникновения РШМ: раннее начало половой жизни и ранние первые роды, частая смена половых партнеров, отказ от контрацептивов "барьерного" типа, отсутствие профилактических обследований. Высокая заболеваемость РШМ отмечается среди женщин из малообеспеченных слоев населения, особенно в странах с низким социально-экономическим уровнем развития жизни.

Имеются убедительные данные о повышенном риске возникновения РШМ у курящих женщин, что связывают с канцерогенным влиянием никотина. Дискутируется вопрос о влиянии оральных контрацептивов и различных инфекций, передаваемых половым путем.

Классификация. Унификация диагностических подходов и стандартизация методов лечения в сочетании с одновременной индивидуализацией специальной терапии РШМ возможны благодаря разработанным классификациям, которые позволяют определить клиническую стадию болезни (классификация Международной федерации гинекологов и акушеров, FIGO, 1995), распространенность опухолевого процесса (классификация Международного противоракового союза, система TNM, 1998) и морфологическое строение опухоли (Морфологическая классификация предопухолевых заболеваний и злокачественных опухолей шейки матки. ВОЗ, МКБ-О, 1990).

Классификация распространенности РШМ по стадиям TNM и FIGO

TNM	**FIGO**	
TX		Недостаточно данных для оценки первичной опухоли
T0		Первичная опухоль не определяется
Tis	Стадия 0	Рак *in situ,* преинвазивный рак (эти случаи не входят в статистику заболеваемости раком шейки матки)
T1	Стадия I	Опухоль ограничена маткой (распространение на тело матки не учитывается)
T1a	IA1	Диагноз ставится только при гистологическом исследовании
T1a1	IA2	Глубина инвазии не более 3 мм (микроинвазивный рак)
T1a2		Глубина инвазии не более 3 мм, но не более 5 мм (измеряется от базальной мембраны поверхностного или железистого эпителия). Горизонтальное распространение не должно превышать 7 мм, в противном случае опухоль следует относить к стадии IB

T1b	IB	Глубина инвазии более 5 мм. Размер опухоли не более 4 см
T1b1	IB1	Размер опухоли более 4 см
T1b2	IB2	Опухоль, распространившаяся за пределы матки, без перехода на стенки таза и поражения нижней трети влагалища
T2	Стадия II	Опухоль, распространившаяся за пределы матки, без перехода на стенки таза и поражения нижней трети влагалища
T2a	IIA	Без вовлечения параметрия
T2b	IIB	С вовлечением параметрия
T3	Стадия III	Опухоль, вовлекающая стенки таза (при ректальном исследовании отсутствует прорастранство между опухолью и стенкой таза) или нижнюю треть влагалища, а также все случаи рака шейки матки с гидронефрозом, нефункционирующей почкой
T3a	IIIA	Вовлечение нижней трети влагалища
T3b	IIIB	Распространение на стенку таза или гидронефроз и нефункционирующая почка
T4	Стадия IV	Опухоль, распространившаяся за пределы таза или прорастающая слизистую оболочку мочевого пузыря или прямой кишки (буллезный отек не позволяет отнести опухоль к стадии IV)
M1	IVA	Прорастание мочевого пузыря или прямой кишки
	IVB	Отдаленные метастазы

Критерий N (регионарные лимфатические узлы):

Nx – недостаточно данных для оценки;

N0 – признаков поражения регионарных лимфоузлов нет;

N1 – метастазы в регионарных лимфатических узлах.

Критерий M (отдаленные метастазы):

M0 – отдаленные метастазы отсутствуют;

M1 – имеются отдаленные метастазы:

а) Стадии IA1 и IA2 диагностируют на основании результатов гистологического исследования операционных препаратов, преимущественно после конизации шейки матки. Если опухоль определяется макроскопически, то процесс следует относить к стадии T1B. Глубина инвазии определяется от базальной мембраны независимо от того, исходит опухоль из поверхностного эпителия или из железистого . Выявление опухолевых эмболов в сосудах не изменяет стадию, но должно быть отражено в заключении гистологического исследования, поскольку может повлиять на тактику лечения. Распространение процесса на тело матки не учитывается, так как переход опухоли на тело матки да операции выявить очень трудно.

б) При вовлечении параметрия стадия III диагностируется в случаях, если инфильтрат в параметрии имеет узловую форму и доходит до стенки таза. В остальных случаях диагностируется стадия IIB. Следует подчеркнуть, что при

гинекологическом исследовании судить о природе инфильтрата (воспалительный или опухолевый) невозможно.

в) При гидронефрозе и нефункционирующей почке, обусловленных сдавлением мочеточника опухолью, диагностируют стадию III.

Морфологическая классификация предопухолевых заболеваний и злокачественных опухолей шейки матки.

I. Предопухолевые заболевания и злокачественные опухоли эпителиального происхождения.

A. Изменение плоского эпителия:

1. Дисплазия шейки матки и рак *in situ* (CIN):

a) легкая дисплазия (CIN I);
b) умеренная дисплазия (CIN II);
c) тяжелая дисплазия (CIN III);
d) рак *in situ* (CIN III).

2. Плоскоклеточный рак:

a) ороговевающий;
b) неороговевающий;
c) веррукозный;
d) кондиломатозный;
e) папилярный;
f) лимфоэпителиальный.

B. Изменения железистого эпителия:

1. Дисплазия железистого эпителия.
2. Аденокарцинома *in situ*.
3. Аденокарцинома:

a) муцинозная:

1) эндоцервикального типа;
2) кишечного типа;

b) эндометриоидная;
c) светлоклеточная;
d) серозная;
e) из остатков вольфовых протоков.

C. Другие эпителиальные опухоли:

1. Железисто-плоскоклеточный рак.
2. Зернисто-клеточный рак.
3. Аденокистозный рак.
4. Аденобазальный рак.
5. Карциноиды.
6. Мелкоклеточный рак.
7. Недифференцированный рак.

II. Злокачественные опухоли мягких тканей.

A. Эндоцервикальная стромальная саркома.
B. Эмбриональная рабдомиосаркома.
C. Эндометриальная стромальная саркома.
D. Альвеолярная саркома мягких тканей.
E. Другие.

III. Опухоли смешанного происхождения.
   A. Аденосаркома.
   B. Карциносаркома.
   C. Опухоль Вильмса.
IV. Другие злокачественные опухоли.
   A. Меланома.
   B. Гемобластозы.
   C. Опухоль желточного мешка.
   V. Метастатические опухоли.

Как правило, клиническая стадия РШМ устанавливается до начала специальной терапии. Коррекция клинической стадии заболевания возможна только в процессе первичного лечения, когда больная подвергается оперативному вмешательству.

Предраковые состояния шейки матки

Многочисленные экспериментальные и клинические исследования свидетельствуют, что возникновению рака шейки матки предшествует появление патологических изменений, называемых предраковыми. На шейке матки такие изменения носят название "эпителиальные дисплазии". Этот термин является морфологическим понятием, включающим изменения эпителия различной биологической потенции.

Существуют 3 группы эпителиальных дисплазий шейки матки - в зависимости от степени тяжести патологических изменений покровных клеток шейки матки. *Легкая (простая) дисплазия* характеризуется умеренной пролиферацией клеток базального и парабазального слоев эпителиального пласта (CIN I). Клетки вышележащих отделов пласта эпителия сохраняют нормальное строение и полярность расположения. Фигуры митозов чаще всего сохраняют обычный вид, находясь лишь в нижней половине эпителиального пласта. Эпителиальные клетки верхнего отдела пласта имеют вид зрелых и дифференцированных. Для *умеренной дисплазии* характерно обнаружение патологических изменений эпителиального пласта во всей нижней его половине. (CIN II). *Тяжелая дисплазия* характеризуется тем, что, помимо значительной пролиферации клеток базального и парабазального слоев, появляются гиперхромные ядра, нарушается ядерно-цитоплазматическое соотношение в сторону увеличения ядра, митозы встречаются часто, хотя сохраняют нормальный вид (CIN III). Признаки созревания и дифференцировки клеток обнаруживаются только в самом поверхностном отделе эпителиального пласта.

При внутриэпителиальном, преинвазивном раке шейки матки весь пласт эпителия представлен клетками, не отличимыми от клеток истинного, инвазивного рака.

Клинические проявления эпителиальных дисплазий и преинвазивной карциномы не являются патогномоничными. Почти у половины больных эпителиальными дисплазиями отсутствовали признаки поражения шейки матки, а имевшаяся симптоматика была обусловлена сопутствующими гинекологическими заболеваниями. Пациентки предъявляли жалобы на бели, кровянистые выделения из половых путей, боли внизу живота и в области поясницы.

Эпителиальные дисплазии могут встречаться на визуально не измененной шейке матки, но чаще наблюдаются на фоне различных поражений, обнаруживаемых при

использовании дополнительных методик: цитологическое исследование мазков, кольпоскопия, прицельная биопсия с одновременным изучением соскоба слизистой цервикального канала. Важнейшую роль в распознавании предраковых состояний шейки матки играет гистологическое исследование патологически измененных участков шейки матки.

Источником возникновения эпителиальных дисплазий, по-видимому, могут быть многослойный плоский эпителий влагалищной части шейки матки и резервные клетки. Эти клетки играют важную роль в возникновении рака шейки матки. Такое мнение подтверждается длительным систематическим наблюдением с применением кольпоскопического метода исследования большого числа пациенток, у которых непременным условием появления рака из многослойного плоского эпителия была метаплазия резервных клеток.

Эпителиальные дисплазии подлежат активному выявлению с целью установления их вида, так как лечение больных с этой патологией является реальной вторичной профилактикой рака шейки матки, способствуя значительной экономии средств, затрачиваемых на лечение больных.

Осмотр шейки матки в зеркалах позволяет обнаружить участки очаговой гиперплазии эпителия, неравномерное окрашивание его раствором Люголя, наличие шероховатой поверхности.

Заподозрить эпителиальную дисплазию позволяет цитологическое исследование, обеспечивающее возможность ранней диагностики предраковых состояний и рака шейки матки и позволяющее оценить в динамике эффективность проводимой терапии. С помощью различных шпателей и специальных щеточек мазки берут с поверхности влагалищной части шейки матки, с участка на границе многослойного плоского и цилиндрического эпителия и из цервикального канала. В дальнейшем изучают нативные либо окрашенные препараты.

В настоящее время во многих странах мира по-прежнему принято *цитологическое описание препаратов по Г. Папаниколау* (PAP-smear test). Оно включает в себя 5 основных классов:

- 1-й класс - нормальная цитологическая картина, не вызывающая подозрений;
- 2-й класс - изменение структуры клеток, вызванное воспалительным процессом во влагалище и/или шейке матки;
- 3-й класс - клетки в единичном количестве с аномалией ядер и цитоплазмы, однако установить окончательный диагноз не удается. Необходимо повторное цитологическое или гистологическое исследование для более детального определения характера патологии;
- 4-й класс - отдельные клетки с явными признаками малигнизации в виде аномалий ядра, цитоплазмы, нарушения ядерно-цитоплазматического соотношения;
- 5-й класс - большое количество типично раковых клеток. Диагноз злокачественной опухоли не вызывает сомнений.

Цитологическое исследование - в настоящее время один из экономически выгодных методов, однако следует принимать во внимание, что, по данным большинства авторов, чувствительность его составляет 58%, а специфичность - 69%. Ложноотрицательные результаты обусловлены неадекватным отбором проб из канала шейки матки и неадекватным исследованием мазков.

Диагностика. *Кольпоскопия* - один из важных методов обследования больных с патологией шейки матки. Цель кольпоскопии заключается в оценке состояния слизистой оболочки влагалища с выявлением очагов поражения и осуществлении прицельной биопсии, что существенно повышает информативность исследования. Для эпителиальных дисплазий характерны следующие кольпоскопические картины: атипическая зона превращения в виде лейкоплакии, основы лейкоплакии, полей (мозаики), немых йоднегативных участков.

С целью диагностики предраковых состояний шейки матки может быть использована кольпомикроскопия, но она не нашла широкого применения в практической деятельности из-за сложности методики. Окончательный диагноз ставят только при гистологическом исследовании.

Лечение. После установления диагноза на основании оценки характера морфологических изменений намечается план лечебных мероприятий. Вид терапии определяется индивидуально в зависимости от вида патологии и возраста больных, поскольку у молодых больных патологический процесс поражает преимущественно экзоцервикс, а у пожилых - цервикальный канал. Характер лечебных мероприятий при наличии предраковых состояний шейки матки у молодых женщин носи преимущественно органосохраняющий характер.

Больные, у которых выявлена легкая дисплазия, могут находиться на динамическом наблюдении. При отсутствии регрессии патологических изменений в течение нескольких месяцев пациенткам показано вмешательство типа диатермокоагуляции, криодеструкции или лазерного выпаривания патологически измененных участков шейки матки.

При умеренно выраженной эпителиальной дисплазии у больных в возрасте до 40 лет могут быть произведены диатермокоагуляция, криодеструкция, лазерное выпаривание патологически измененных участков шейки матки. Пациентки с деформацией шейки матки или в возрасте старше 40 лет должны подвергаться ножевой, диатермо- или лазерной конизации шейки матки с обязательным исследованием ступенчатых срезов удаленной части органа. При сопутствующей гинекологической патологии в виде миомы матки, изменений в области придатков матки объем вмешательства может быть увеличен до полного удаления матки. Следует принимать во внимание тот факт, что расположение эпителиальных дисплазий различной степени тяжести возможно по соседству с раковой опухолью. Поэтому перед проведением лечения необходимо точно установить диагноз, исключив инвазивный рак.

После диагностирования тяжелой эпителиальной дисплазии шейки матки или преинвазивной карциномы требуется безотлагательное проведение лечебных мероприятий. Выжидательная тактика с повторным цитологическим исследованием мазков недопустима. Основным методом лечения является удаление шейки матки с помощью скальпеля, диатермоконизатора или лазерного скальпеля с последующим тщательным гистологическим исследованием полученного материала. Если удаление шейки матки влагалищным путем затруднительно в связи с сужением влагалища, сглаженностью сводов, допустима операция удаления матки брюшно-стеночным путем.

После проведенного органосохраняющего лечения по поводу предрака шейки матки репродуктивная функция может сохраняться. Женщины, подвергшиеся лечению по поводу эпителиальной дисплазии шейки матки, должны находиться под

диспансерным наблюдением акушерами-гинекологами общей врачебной сети. После успешно проведенных лечебных мероприятий показан регулярный контроль с осмотром шейки матки в зеркалах, кольпоскопией, цитологическим исследованием. При простой эпителиальной дисплазии такой осмотр необходимо проводить один раз в 6 месяцев, а при средней и тяжелой дисплазии - один раз в квартал. Признаки атипии, выявленные при цитологическом или кольпоскопическом исследовании, требуют углубленного обследования и лечения в условиях онкологического стационара.

Микрокарцинома шейки матки

Выделение микроинвазивного рака в особую группу I стадии связанно с необходимостью выбора специальных методов лечения, отличных от таковых при клинически выраженном раке, оценки эффективности лечения и прогноза заболевания.

На сегодняшний день под термином "рак шейки матки стадии IA1"понимается раковая опухоль с глубиной инвазии не более 3 мм и по протяжению не свыше 7 мм. Стадия IA2 включает опухоль с глубиной инвазии в подлежащую строму более 3 мм, но не свыше 5 мм и протяженностью до 7 мм.

Существует прямая зависимость между глубиной инвазии микрокарциномы в подлежащие ткани шейки матки и частотой возникновения метастазов в регионарных лимфатических узлах и рецидива опухоли. При инвазии опухоли менее 1 мм метастазы и рецидивы не возникают. При глубине инвазии опухоли до 3 мм метастазы обнаруживаются у 0,3% больных, а при инвазии от 3 до 5 мм частота метастазов и регионарных лимфатических узлах достигает 13%.При этом частота рецидивов у больных раком шейки матки IA2 составляет 11,1%.

Большое значение для прогноза у больных микрокарциномой шейки матки имеет наличие раковых эмболов в просвете лимфатических сосудов. Существует прямая связь между частотой обнаружения раковых эмболов данной локализации и поражением тазовых лимфатических узлов. Так, при глубине инвазии опухоли от 3 до 5 мм и наличии эмболов в сосудах частота метастазов в регионарных лимфатических узлах составляет 15%.

Диагностика микроинвазивной карциномы шейки матки не всегда бывает простой. Клиническая картина не имеет патогномоничных признаков. Заболевание выявляют при комплексном обследовании больных с использованием клинического, кольпоскопического, цитологического методов. Однако решающая роль при постановке диагноза принадлежит гистологическому исследованию.

Лечение. Основным методом лечения остается хирургический. При определении объема оперативного вмешательства необходимо принимать во внимание факторы прогноза: глубину инвазии и протяженность опухоли, ее локализацию, наличие раковых эмболов в просвете кровеносных и лимфатических сосудов.

При раке шейки матки стадии IA1 допустимо выполнение органосохраняющих операций в виде высокой ампутации шейки матки с помощью скальпеля, электрода, лазерного луча, радиоволновой хирургии. При проведении органосохраняющего лечения пациентка должна быть предупреждена о возможности возврата болезни. Если по линии разреза будут обнаружены раковые клетки или элементы опухоли в просвете вен и лимфатических щелей, необходимо произвести экстирпацию матки с

удалением регионарных лимфатических узлов. Такое же вмешательство необходимо пациенткам с глубиной инвазии опухоли от 3 до 5 мм.

Если имеются противопоказания к хирургическому вмешательству, то может быть проведена внутриполостная лучевая терапия в качестве самостоятельного метода лечения. Методика ее проведения разработана Е.Е. Вишневской. Внутриполостная лучевая терапия может быть проведена в 2 вариантах:

1) разовая очаговая доза 5 Гр, ритм облучения 3-4 раза в неделю, суммарная доза 40Гр;
2) разовая доза 10Гр, ритм облучения 1 раз в 10 дней, суммарная доза 30Гр.

По мнению Е.Е. Вишневской, больным пожилого возраста, а также страдающим тяжелыми экстрагенитальными заболеваниями, внутриполостную лучевую терапию целесообразно проводить в режиме фракционирования по 5 Гр в суммарной дозе 40Гр. Пациенткам молодого возраста лечение может быть проведено с использованием более крупных фракций облучения.

Клинически выраженный рак

Как правило, существует достаточно длительный период - от 10 до 15 лет, в течение которого дисплазия плоского покровного эпителия превращается в преинвазивный, а затем в инвазивный РШМ. В 30% наблюдений отмечается спонтанная регрессия дисплазии. Известно, что у значительного большинства больных преинвазивный или микроинвазивный РШМ возникает в зоне трансформации, на месте стыка многослойного плоского эпителия эктоцервикса и цилиндрического эндоцервикса.

Жалобы больных на различные патологические проявления болезни не патогномоничны. Самые ранние признаки болезни - обильные бели водянистого характера и "контактные" кровянистые выделения из половых путей, которые у женщин репродуктивного периода имеют ациклический характер, в постменопаузе наблюдаются периодически или постоянно. При значительном местно-регионарном распространении опухоли больные предъявляют жалобы на боли, дизурию и затруднения при акте дефекации. Если опухоль большого объема, частично некротизирована и инфильтрирована, выделения из половых путей сопровождаются неприятным запахом. В запущенных случаях образуются прямокишечновлагалищные и мочевлагалищные свищи, могут пальпироваться метастатически измененные паховые и надключичные лимфатические узлы.

По данным разных авторов, у 70% больных инвазивным РШМ диагностируется плоскоклеточный рак, у 20% - аденокарцинома и у 10% - низкодифференцированный рак. Все остальные гистологические типы злокачественных опухолей шейки матки составляют не более 1%.

Клинические проявления РШМ в определенной степени зависят от топографо-анатомических особенностей опухоли. Большинство опухолей локализуется на эктоцервиксе. Они отличаются экзофитным характером роста и достигают значительного объема. Реже опухоль характеризуется только эндофитным инвазивным ростом и бывает в виде язвы. В подобных наблюдениях опухоль часто переходит на канал шейки матки, в то время как при экзофитном росте чаще отмечается переход опухоли на влагалище. Нередко встречаются опухоли, отличающиеся смешанным характером анатомического роста, когда определяются и

экзо, и эндофитные компоненты. При подобных формах РШМ чаще отмечается переход опухоли на тело матки.

Один из основных путей распространения РШМ - лимфогенное метастазирование опухоли. Переход опухоли от местно-инфильтрирующего роста к лимфогенному распространению знаменует собой новое, прогностически неблагоприятное качество болезни. К сожалению, у значительного большинства больных РШМ при первичном обращении уже определяется эта фаза распространенности процесса.

Лимфогенное метастазирование РШМ достаточно условно можно разделить на несколько этапов. На I этапе лимфогенные метастазы, как правило, примерно с одинаковой частотой развиваются в наружных, внутренних и запирательных лимфатических узлах, на II этапе - в общих подвздошных, на III этапе - в поясничных, а на IV - в лимфатических узлах средостения и надключичных областей. При массивном метастатическом поражении лимфатических узлов таза можно наблюдать ретроградные метастазы в паховых лимфатических узлах. По сводным данным разных авторов, частота лимфогенного метастазирования при РШМ стадии IB составляет 15-18%, II стадии - 25-30%, а при III стадии достигает 50-60%.

При местно-регионарном распространении опухоли неизбежно реализуется потенция опухоли к отдаленному органному гематогенному метастазированию. Наиболее часто при РШМ гематогенные метастазы развиваются в легких, печени и костях. Ведущий фактор, запускающий механизм гематогенного метастазирования, - глубина инвазии опухоли. Гематогенные метастазы РШМ без лимфогенных встречаются крайне редко.

Диагностика. Проблемы ранней диагностики РШМ всегда привлекали внимание, как исследователей, так и практиков. Методы ранней диагностики неразрывно связаны с диагностикой ранних форм клеточной метаплазии эпителия шейки матки. Профилактическое обследование женщин с целью исключения патологии шейки матки включает визуальный осмотр наружных половых органов, влагалища, влагалищной части шейки матки, бимануальное ректовагинальное обследование и цитологическое исследование мазков из экто и эндоцервикса на наличие атипических клеток. С учетом этиопатогенетических особенностей РШМ целесообразно применять различные методы диагностики HPV-инфекции. Действительно, 100% злокачественных опухолей шейки матки вызваны хронической HPV-инфекцией. Носительство HPV легко определяется современными лабораторными методами.

При визуализации любой формы фоновой неонкологической патологии шейки матки, а также при определении в цитологических мазках патогномоничных признаков HPV (койлоцитарные изменения эпителиоцитов в сочетании с гипер и паракератозом) дополнительно проводят кольпоскопию, а при необходимости - биопсию ткани из всех подозрительных на опухолевую трансформацию участков шейки матки. Соскоб из канала шейки матки также берут с диагностической целью, чтобы своевременно выявить заболевание.

Наиболее полную морфологическую картину развития РШМ дают результаты гистологического исследования серийно-ступенчатых срезов препаратов после расширенной ножевой биопсии, конусовидной эксцизии или ампутации шейки матки. При инвазивном РШМ после гистологической верификации структуры опухоли последующие диагностические мероприятия должны быть направлены на установление степени распространенности опухоли и стадирования заболевания. Для этого выполняют ультразвуковую томографию внутренних половых органов и

органов брюшной полости, забрюшинных лимфатических узлов таза и поясничной области, мочевыводящих путей; рентгенологическое исследование органов грудной клетки; цисто и ректороманоскопию.

При необходимости проводят рентгеновскую компьютерную томографию, урографию, радиоизотопное исследование функции почек, рентгенографию костей, рентгеноконтрастное исследование кишечника, лапароскопию.

По данным разных авторов, ошибки при клиническом определении стадии РШМ достигают 36%.

Следует отметить, что информация об объеме и локализации опухоли, глубине инвазии в подлежащие ткани на этапе выбора рациональной тактики лечения создает основу для достижения максимально высоких терапевтических результатов благодаря оптимальному выбору последовательности различных этапов и объема хирургического, лучевого и лекарственного лечения.

Исключительно важно уточнить внеорганное распространение опухоли, оценить состояние лимфатических узлов, мочевого пузыря, прямой кишки, обнаружить спаечный процесс в малом тазу - все это достигается сочетанием эхографии, РКТ и МРТ.

Лечение. Выбор метода лечения больной РШМ определяется индивидуально и зависит от распространенности процесса и тяжести сопутствующей соматической патологии. Возраст больной имеет меньшее значение. Традиционными методами лечения РШМ стали хирургический, лучевая терапия и их различные комбинации. В настоящее время активно изучаются возможности лекарственной и химиолучевой терапии.

На сегодняшний день для лечения инвазивного РШМ стадии IB-IIA наиболее распространена во всем мире и часто применяема хирургами расширенная экстирпация матки с придатками (или без придатков), известная повсеместно как *операция Вертгейма.* Безусловно, за столетие с момента ее выполнения Вертгеймом операция претерпела значительные технические изменения, но приоритет ее разработки, несомненно, принадлежит этому выдающемуся австрийскому гинекологу. Операция Вертгейма подразумевает удаление матки с придатками (или без придатков) и лимфаденэктомию. Стандартный объем лимфаденэктомии, которую производят только острым путем, предусматривает удаление общих, наружных, внутренних подвздошных и запирательных лимфатических узлов в одном блоке с окружающей клетчаткой таза. При метастатическом поражении общих подвздошных лимфатических узлов обязательна лимфаденэктомия паракавальных и парааортальных лимфатических коллекторов. Операция в запланированном объеме теряет смысл при интраоперационном выявлении экстрагенитальных органных метастазов, неудалимых конгломератов, метастатически измененных поясничных лимфатических узлов и опухолевых инфильтратов в параметральных пространствах с прорастанием опухоли в крупные сосуды. Транстуморальное оперирование при РШМ недопустимо. Операцию на этом этапе прекращают и по завершении послеоперационного периода больной проводят лучевую терапию или химиолучевое лечение. Локальное прорастание опухоли шейки матки в мочевой пузырь или в прямую кишку является показанием к расширению объема запланированной операции. В подобных случаях выполняют экзентерацию органов малого таза.

Отдаленные результаты хирургического лечения микроинвазивного РШМ составляют 97-98%. Выживаемость больных РШМ стадии IB без метастазов в

регионарных лимфатических узлах при хирургическом, лучевом и комбинированном лечении одинакова и равна 85-90%, а по данным некоторых авторов, достигает 95%.

Комбинированное лечение включает операцию и лучевую терапию в различной последовательности. Проводится при стадиях заболевания IB-IIA. Отдельные авторы допускают его применение при РШМ стадии IIB.

Стремление к улучшению отдаленных результатов расширенной экстирпации матки привело к идее пред- и послеоперационного облучения. Наоборот, неудовлетворенность результатами сочетанного лучевого лечения обусловила попытки его дополнения оперативным вмешательством.

Предоперационное облучение имеет ряд преимуществ. Вследствие радиочувствительности опухолевых клеток снижаются их диссеминация и частота местных рецидивов. Предоперационная лучевая терапия показана при РШМ стадии IB, метастатическом варианте стадии III и некоторых вариантах стадии II у молодых женщин (небольшой пришеечный инфильтрат, переход на своды влагалища).

Основная цель послеоперационного облучения - девитализация опухолевых клеток в зоне хирургического удаления первичной опухоли и регионарных лимфатических узлов. Его проводят больным, имеющим противопоказания к предоперационной лучевой терапии (беременность, воспалительный процесс в придатках матки), а также при начальный формах рака, когда при исследовании удаленного во время операции препарата выявлена более глубокая инвазия, чем предполагалось.

Определяющим фактором прогноза у операбельных больных РШМ стадии IB-IIA является метастатическое поражение регионарных лимфатических узлов. Частота 5-летней выживаемости снижается на 50% при поражении лимфатических узлов таза и не превышает 25% при метастазах в поясничных лимфатических узлах. При двусторонних множественных метастазах риск регионарного рецидива РШМ в 2 раза выше, чем у больных с 1-3 метастазами в лимфатических узлах таза с одной стороны. При размерах первичной опухоли менее 2 см 5-летняя выживаемость составляет 90%, от 2 до 4 см - только 40%.

По нашим данным, частота 5-летней выживаемости больных РШМ стадий IB1 и IB2 без учета состояния регионарных лимфатических узлов не зависит от этапности проведения оперативного вмешательства и лучевой терапии. Вместе с тем при анализе отдаленных результатов лечения больных РШМ, у которых распространенность опухоли выражалась символами T1B1N1M0, общая 5-летняя выживаемость больных, подвергнутых на I этапе лечения дистанционной лучевой терапии, оказалось равной 100%, а без нее - 57,5 ± 14,5%; при T1B2N1M0 - соответственно 75,0 ± 15,3 и 33,3 ± 2,7%. Таким образом, существуют клинические показания к предоперационной лучевой терапии у больных РШМ T1B при диаметре первичной опухоли более 4 см и признаках метастатического поражения регионарных лимфатических узлов таза.

В последнее десятилетие многие ведущие медицинские центры пытаются внедрить в клиническую практику рутинного лечения больных с местно-распространенными формами РШМ *лекарственное лечение.* Химиотерапия этих форм РШМ - сложная клиническая задача, что, обусловлено, прежде всего, относительной резистентностью плоскоклеточного гинекологического рака к большинству имеющихся цитостатиков. Всего для лечения плоскоклеточного РШМ применялось более 50 химиопрепаратов. В настоящее время лечение обычно проводят различными

лекарственными комбинациями, включающими цисплатин как наиболее активный агент. Чаще используют двойные комбинации: цисплатин + ифосфамид или цисплатин + 5-фторурацил. В последние годы производные платины комбинируют с новыми цитостатиками: таксол + цисплатин, таксотер + карбоплатин, КАМПТО + цисплатин, гемзар + цисплатин.

Клинические исследования индукционной химиотерапии с последующим хирургическим лечением показали, что уменьшение объема опухолевых масс под воздействием лекарственного лечения позволяет выполнить радикальную операцию у большинства изначально неоперабельных больных. Разные авторы отмечают, что предоперационная химиотерапия не увеличивает число интра и послеоперационных осложнений. Доказано снижение частоты обнаружения метастазов в лимфатических узлах у больных РШМ после неоадъювантной химиотерапии.

Перспективный подход к повышению эффективности лечения больных РШМ открывает внедрение в клиническую практику *химиотерапии в сочетании с лучевой терапией и/или хирургическим лечением.* Подобный подход имеет ряд теоретических обоснований. Противоопухолевые препараты усиливают лучевое повреждение опухолевых клеток за счет нарушения механизма репарации ДНК, синхронизации вступления опухолевых клеток в фазы клеточного цикла, уменьшения числа опухолевых клеток, находящихся в фазе покоя, и способности девитализировать резистентные к облучению опухолевые клетки, находящиеся в гипоксии. Кроме того, противоопухолевые препараты оказывают цитостатический эффект не только в отношении первичной опухоли и регионарных метастазов, но и способны воздействовать на отдаленные метастазы. Опухоль может быть более химиочувствительна перед лучевой терапией или операцией. При уменьшении объема опухоли после химиотерапии возможно повышение эффективности лучевой терапии; кроме того, становится возможным удаление опухоли меньшего объема. Использование неоадъювантной химиотерапии снижает риск интраоперационной диссеминации опухолевых клеток.

Необходимо подчеркнуть, что применение неоадъювантной химиотерапии у больных РШМ стадии IIB-IIIB (метастатический вариант) не увеличивает частоту осложнений и улучшает непосредственные результаты лечения РШМ T2BN0M0 и T2BN1M0 стадий. Кроме того, выявляется клиническая тенденция улучшения отдаленных результатов лечения этой категории больных. Таким образом, следует продолжать поиск новых, более эффективных схем химиотерапии.

РАК ТЕЛА МАТКИ

Рак тела матки (РТМ) - широко распространенное злокачественное новообразование, занимающее 2-е место среди онкологической патологии у женщин. Чаще всего это заболевание встречается у женщин в пре- и постменопаузе (75%). Однако за последние 10 лет отмечена тенденция к омоложению этого контингента больных. Так, в возрастной группе до 30 лет заболеваемость увеличилась на 47%.

К факторам риска возникновения РТМ относятся следующие клинические признаки:

1) бесплодие и нарушение менструального цикла, связанные с ановуляцией;

2) отсутствие родов (при этом риск развития рака эндометрия в 2-3 раза выше, чем у рожавших);
3) поздняя менопауза (при наступлении менопаузы после 52 лет риск возникновения рака тела матки в 2,4 раза выше, чем при наступлении менопаузы до 49 лет, что связывают с увеличением числа ановуляторных менструальных циклов);
4) ожирение (риск развитие рака тела матки увеличивается в 3 раза, если масса тела превышает нормальную на 9,5-22,5кг, и в 10 раз, если превышает более чем на 22,5 кг);
5) синдром Штейна-Левенталя, гормонопродуцирующие опухоли яичников, наличие в анамнезе гормонозависимых опухолей;
6) неадекватная гормонозаместительная терапия (без прогестагенов) в постменопаузе (риск развития заболевания повышается в 4-8 раз);
7) сахарный диабет повышает риск в 2,8 раза;
8) наличие в анамнезе гиперпластических процессов эндометрия, атипическая гиперплазия;
9) применение тамоксифена;
10) наследственные синдромы (синдром Линча).

При этом к факторам, снижающим риск развития рака эндометрия, относятся:

- высокая деторождаемость;
- использование комбинированных контрацептивов;
- курение.

Предопухолевая патология. При просто гиперплазии эндометрия малигнизация отмечается в 1-3% наблюдений. В этих случаях преимущественно проводят гормональное лечение, редко оперативное. Однако нельзя забывать и о возможном существовании гормонопродуцирующих опухолей яичников.

При атипической гиперплазии эндометрия малигнизация отмечается в 30-50% наблюдений. При этом лечение следует проводить только оперативное. Лишь в исключительных случаях по строго индивидуальным показаниям молодым больным может быть предпринята попытка гормонального лечения.

Рак тела матки возникает в двух патогенетических вариантах. Первый вариант составляет 70%. Опухоль развивается у более молодых женщин на фоне гиперэстрогении, сахарного диабета, гипертонической болезни, ожирения. Рак эндометрия в этом случае развивается на фоне атипической гиперплазии эндометрия, чаще является высокодифференцированным и имеет более благоприятный прогноз.

Во втором варианте РТМ возникает обычно в более пожилом возрасте, на фоне атрофии эндометрия при отсутствии гиперэстрогении. В этом случае чаще диагностируется низкодифференцированная опухоль, прогностически неблагоприятная.

Патологическая анатомия и морфология. РТМ имеет экзофитную, эндофитную и смешанные формы анатомического роста. Опухоль локализуется преимущественно в области дна матки (47,5%), но процесс может поражать как область истмуса (27,6%), так и всю полость матки (24,9%).

В 80% случаев РТМ представляет собой аденокарциному. Выделяют 3 степени дифференцировки аденокарциномы тела матки:

1) высокодифференцированный рак (G1);
2) умереннодифференцированный рак (G2);
3) низкодифференцированный рак (G3).

Аденокарцинома эндометрия с плоскоклеточной метаплазией наблюдалась в 15-25% случаев.

Светлоклеточная (мезонефроидная) аденокарцинома составляет менее 5% всех случаев рака эндометрия. Чаще наблюдается у пожилых больных, отличается чрезвычайно агрессивным течением и плохим прогнозом.

Истинный ***плоскоклеточный рак*** эндометрия – крайне редкая форма опухоли: в мировой практике описано всего 70 таких наблюдений. Ее следует дифференцировать с плоскоклеточным раком цервикального канала и аденокарциномой с плоскоклеточной метаплазией. Прогноз крайне неблагоприятный – даже при I стадии заболевания выживаемость не превышает 36%.

Муцинозная аденокарцинома также относится к редким формам рака эндометрия. Встречает у 5% больных данной патологией. Чаще это опухоли высокой степени дифференцировки, имеют более благоприятный клинический прогноз.

Папиллярная серозная аденокарцинома встречается в 3-4% наблюдений рака эндометрия. Морфологически имеет сходство с серозным раком яичников и маточных труб. Отличается очень быстрым лимфогенным и гематогенным метастазированием, глубокой инвазией в миометрий и диссеминацией по брюшной полости, характерной для рака яичников. Прогноз неблагоприятный.

Недифференцированный рак встречается редко (6%), чаще у пожилых больных, отличается агрессивным течением.

Синхронная эндометриоидная аденокарцинома тела матки и яичников. Учитывая однотипное гистологическое строение опухолей, одних только гистологических критериев бывает недостаточно для проведения дифференциальной диагностики между раком эндометрия с метастазами в яичниках, метастазами рака яичников в эндометрий и первично-множественными синхронными заболеваниями. Проведенное в нашей клинике изучение мутаций гена K-RAS и феномена потери гетерозиготности гена RASSF1A и гена p53 показало, что на основании сопоставительного анализа аллельного дисбаланса в опухолевой и нормальной тканях яичников и эндометрия можно судить о природе (первичной или метастатической) множественности поражений. При дифференциальной диагностике синхронной эндометриоидной аденокарциномы тела матки и яичников в 16,7% наблюдений окончательный диагноз был поставлен только с помощью молекулярно-генетических исследований. Другие методы дифференциальной диагностики эндометриоидных опухолей в настоящее время представляются малоэффективными.

Кроме того, встречаются следующие формы патологии эндометрия: мелкоклеточная нейроэндокринная карцинома, переходноклеточная карцинома и смешанная карцинома.

В табл. 5 представлена Международная классификация РМТ.

В случае проведения предоперационной лучевой терапии используется старая классификация: стадия IA- полость менее 8 см, стадия IB – полость более 8 см.

Рост и распространение опухоли. Распространение опухоли происходит а) инфильтративно (в миометрий); б) в полости матки, труб, брюшную полость; в) лимфогенно (в шейку матки, яичники, в забрюшинные лимфатические узлы); г) гематогенно (в легкие, печень, кости).

Лимфогенная диссеминация при раке эндометрия происходит вдоль кровеносных сосудов шейки матки (в тазовую зону), реже - метастазирования зависит от степени дифференцировки опухоли, ее размеров и глубины инвазии.

При инвазии опухоли в миометрий менее чем на ½ его толщины метастазы в лимфатических узлах обнаруживаются менее чем у 5% больных, при более глубокой инвазии- у 20%. При высоко- и умереннодифференцированном раке эндометрия с инвазией в миометрий менее чем на ½ его толщины метастазы в тазовых лимфатических узлах обнаруживают менее чем у 5% больных.

Таблица 5

Международная классификация стадий рака тела матки по TNM и FIGO (1992 г.)

TNM	**FIGO**	
TO		Признаки первичной опухоли отсутствуют
Tis	Стадия 0	Carcinoma *in situ*
T1	Стадия I	Опухоль не выходит за пределы тела матки
T1a	Стадия IA	Опухоль не выходит за пределы эндометрия
T1b	Стадия IB	Опухоль прорастает не более чем на 1/2 толщины миометрия
T1c	Стадия IC	Опухоль прорастает более чем на 1/2 толщины миометрия
T2	Стадия II	Опухоль прорастает в шейку матки, но не выходит за пределы матки
T2a	Стадия IIA	Поражение только слизистой шейки матки
T2b	Стадия IIB	Поражение стромы шейки матки
T3 и/или N1	Стадия III	Местное и/или региональное распространение
T3a	Стадия IIIA	Опухоль поражает серозную оболочку и/или придатки матки (прорастание или метастазы) и/или наличие раковых клеток жидкости из брюшной полости
T3b	Стадия IIIB	Опухоль поражает влагалище (прорастание или метастазы)
N1	Стадия IIIC	Метастазы в тазовых и/или парааортальных лимфатических узлах
T4	Стадия IVA	Распространение опухоли на слизистую мочевого пузыря и/или кишечника
M1	Стадия IVB	Отдаленные метастазы

Примечание. В каждой стадии выделяют степень дифференцировки G1, G2, G3.

При высоко- и умереннодифференцированной аденокарциноме с инвазией в миометрий более чем на $^1/_2$ его толщины и при низкодифференцированной аденокарциноме с инвазией в миометрий менее чем на $^1/_2$ его толщины метастазы наблюдаются приблизительно у 15% больных. При низкой дифференцированном раке

тела матки с инвазией в миометрий более чем $^1/_2$ его толщины этот показатель достигает 46%. При переходе опухоли на шейку матки метастазирование в лимфатические узлы наблюдается у 15% больных.

При размерах опухоли до 2 см частота выявления метастазов в тазовых лимфатических узлах составляет 4%, при опухолях более 2 см - 15%, а при опухолях, занимающих всю полость матки, - в 35%.

Клиническая картина. У больных в пременопаузе рак тела матки обычно проявляется гиперполименореей или ациклическими маточными кровотечениями.

У женщин в менопаузе основным клиническим признаком заболевания является появление кровянистых выделений из половых путей. При стенозе канала шейки матки кровотечения отсутствуют, и развивается гематометра. Возможна пиометра с гнойными выделениями из половых путей. Имеются данные литературы о том, что гематометра и пиометра - клинические признаки, указывающие на ухудшение прогноза заболевания.

Жалобы различного характера на боли в животе и внизу живота относятся к менее частым признаками рака эндометрия. Их появление свидетельствует о распространенности опухолевого процесса с вовлечением и сдавлением нервных стволов и сплетений прорастающей опухолью или метастатическим поражением лимфатических узлов.

Менее чем у 5% больных основные симптомы заболевания могут полностью отсутствовать.

Диагностика. При диагностике РТМ немаловажное значение придается детальному изучению анамнеза, сопутствующей соматической патологии, а также основных клинических проявлений заболевания.

При двуручном гинекологическом обследовании, включая ректовагинальное, по косвенным признакам (размеры матки, ее консистенция, форма, наличие инфильтратов в параметрии, инфильтрация крестцово-маточных связок, наличие опухолевых образований в придатках матки) можно судить о степени местного распространения опухолевого процесса и поставить предварительный диагноз.

Традиционные инструментально-лабораторные диагностические методики хорошо известны и, как правило, общедоступны. Это цитологическое исследование аспирата из полости матки, рентгенологическое исследование (гистеросальпингография), ультразвуковая томография органов малого таза, гистероскопия и гистологическое исследование материала, полученного при раздельном диагностическом выскабливании матки, с последующими дополнительными биохимическими, а в последние год - иммунологическими и молекулярно-генетическими методами исследования.

При маточном кровотечении или подозрении на патологию эндометрия на первом этапе обследования производят амбулаторно-аспирационную биопсию эндометрия, которая позволяет поставить диагноз в 90-98% наблюдений. Цитологическое исследование аспирата в 30% наблюдений бывает ложноотрицательным. Однако основными методами диагностики рака эндометрия являются гистероскопия и раздельное диагностическое выскабливание матки. При гистероскопии уточняют локализацию опухоли, площадь поражения и производят прицельную биопсию, что позволяет верифицировать диагноз еще на этапе обследования больных.

Широкое распространение в диагностике рака эндометрия получил неинвазивный метод исследования - *ультразвуковая томография* с использованием трансабдоминального и трансвагинального датчиков и допплерометрией, что позволяет значительно улучшить оценку состояния эндометрия и миометрия (его структуру и толщину). С помощью данной методики на основании эхографических признаков, возможно, определить глубину инвазии в мышечную оболочку матки, размеры, локализацию опухоли и наличие метастазов в лимфатических узлах. Ультразвуковая томография коррелирует с послеоперационными находками в 66-100% случаях.

Кроме того, при обследовании больных раком эндометрия следует по мере необходимости проводить *цистоскопию, ректороманоскопию, рентгенологическое исследование легких, сканирование костей скелета, компьютерную и магнитно-резонансную томографии.*

В диагностике злокачественных опухолей перспективны *исследования опухолевых маркеров*, в том числе при заболеваниях половых органов. У большинства больных раком эндометрия с запущенным опухолевым процессом уровень маркера СА-125 в сыворотке крови повышен, что делает возможным использование его в качестве теста, определяющего дальнейшее течение болезни, а также для динамического наблюдения за пациентами.

Факторы прогноза. *Возраст.* Чем моложе больная, тем лучше прогноз заболевания. У больных моложе 50 лет выживаемость составляет 91,2%, а у пациентов старше 70 лет - 60%.

Гистологический тип опухоли. У больных с аденокарциномой эндометрия выживаемость достигает 92%. При редкой форме опухоли (муцинозная, светлоклеточная, серозная, низкодифференцированная) выживаемость соответствует 33%.

Степень дифференцировки опухоли. Выживаемость больных с GI опухолью составляет 92%, при G2 - 86%, при G3 - 64%. Последнее зависит от более частого метастазирования, более глубокой инвазии, поражения шейки матки.

Глубина инвазии. В случае отсутствия инвазии опухолью миометрия выживаемость составляет 90%, при глубокой инвазии - 60%.

Опухолевые эмболы в лимфатических щелях. Чем ниже дифференцировка и глубже инвазия, тем выше этот показатель. При G1 опухоли частота эмболов соответствует 2%, а при G3 - 42%. При начальных стадиях заболевания и отсутствии эмболов выживаемость соответствует 91%, а при их наличии - 73%.

При *поражении опухолью перешейка и шейки матки* прогрессирование заболевания отмечается в 44% наблюдений, а при поражении дна матки - только в 13% случаев.

Метастазы в лимфатических узлах - наиболее важный прогностический фактор при ранних стадиях заболевания. Безрецидивная выживаемость составляет 54% при наличии метастазов в лимфатических узлах (тазовых, поясничных) и 90% при их отсутствии.

Прогностическая ценность обнаружения *опухолевых клеток в смывах из брюшной полости* до настоящего времени не ясна. Этот фактор прогноза не является независимым. В отсутствии других неблагоприятных прогностических факторов он не влияет на выживаемость и не требует изменения лечебной тактики.

Размеры опухоли также оказывают значительное влияние на пятилетнюю выживаемость: при размерах опухоли менее 2 см выживаемость составляет 98%, при опухолях более 2 см соответствует 84%, а при опухолях, занимающих всю полость матки, - 64%.

Положительные значения РП и РЭ являются благоприятными, независимыми прогностическими факторами. Чем выше уровни рецепторов в опухоли, тем лучше прогноз заболевания.

Показатели плоидности опухолевых клеток, определяемые при помощи проточной цитофлюометрии, также влияют на прогноз заболевания. Около 70% аденокарцином матки относятся к диплоидным и протекают доброкачественно. При увеличении стадии и глубины инвазии в миометрий, а также при снижении степени дифференцировки возрастает частота выявления анеуплоидных опухолей, что подтверждается снижением выживаемости при анеуплоидных опухолях. Прогноз также определяется *индексом пролиферации* клеток опухоли.

Лечение. На первом этапе лечения практически 90% больных раком тела матки подвергаются оперативному вмешательству - экстирпации матки с придатками. Во время лапаротомии необходимо получить смывы из брюшной полости для цитологического исследования, произвести детальную ревизию органов брюшной полости и малого таза с пальпацией печени, большого сальника, всех групп забрюшинных лимфатических узлов с последующей экстирпацией матки с придатками. Удаленную матку необходимо вскрыть для определения локализации и размеров опухоли, наличия распространения опухоли на шейку матки, оценить макроскопически глубину инвазии в миометрий, произвести биопсию увеличенных тазовых и поясничных лимфатических узлов.

При наличии одного или нескольких неблагоприятных факторов прогноза (светлоклеточный, серозно-папиллярный или плоскоклеточный рак, умеренно- или низкодифференцированная аденокарцинома, инвазия более $^1/_2$ толщины миометрия, размеры опухоли более 2 см, переход на шейку матки, прорастание серозной оболочки матки) показана лимфаденэктомия (обтураторные, подвздошные, поясничные лимфатические узлы).

У больных РТМ с одновременным злокачественным опухолевым поражением яичников (первичным или метастатическим), при серозно-папиллярном раке эндометрия, а также при метастатическом поражении большого сальника, помимо удаления матки с придатками, необходимо произвести оментэктомию. Таким пациентам в послеоперационном периоде в комплекс лечебных мероприятий следует включать лекарственное противоопухолевое лечение.

Лучевая терапия. При IA (G3) и IB (G1, G2) в послеоперационном периоде проводится внутриполостная лучевая терапия.

При IB (G3), IIA (G1, G2) показана дистанционная лучевая терапия на область малого таза или внутриполостная лучевая терапия.

При IC, IIB, IIIA стадиях заболевания при всех G, а также при I-II стадиях с наличием эмболов в лимфатических щелях показана сочетанная лучевая терапия.

При IIIA, B, C стадиях и при всех G применяется химио-гормоно-лучевое лечение.

При IV стадии рака эндометрия применяется сочетанная лучевая терапия и химио-гормонотерапия.

При поражении поясничных и парааортальных лимфатических узлов показана лучевая терапия на эту область в суммарной очаговой дозе 50Гр.

Гормонотерапия. Эффективна ли гормонотерапия при раке эндометрия? Вопрос до сих пор остается спорным. Ни одно из крупномасштабных рандомизированных исследований не продемонстрировало снижения частоты прогрессирования заболевания при применении прогестагенов.

В комбинированном и комплексном лечении больных раком эндометрия при использовании адъювантной гормонотерапии назначают следующие гормональные препараты:

- Медроксипрогестеронкапронат (МПА, Провера) - по 200-600 мг внутрь ежедневно;
- Фарлутал - по 500-1000 мг внутрь 1 раз в неделю;
- Депо-провера - по 500-1000 мг внутримышечно 1 раз в неделю;
- Депостат - по 200 мг внутримышечно 1 раз в неделю;
- Мегестрол (Мегейс) - по 160-320 мг в день;
- Тамоксифен (в сочетании с гестагенами) - 10, 20, 30 мг ежедневно.

Преимуществами применения адъювантной гормонотерапии рака эндометрия можно считать лишь ее возможное системное влияние, малое число осложнений и видимость проводимого лечения (как для пациентки, так и для врача).

Химиотерапия. Химиотерапия при раке эндометрия применяется редко, в связи с ее неопределенной эффективностью. Проводимые исследования в этом направлении еще не завершены. Наиболее популярной схемой лечения признана комбинация препаратов - цисплатин, доксорубицин, циклофосфан. Эти препараты позволяют достичь ремиссии у 38-76% больных. При этом у пациенток с отдаленными метастазами в 2 раза увеличивается продолжительность ремиссии.

Результаты лечения. Общая выживаемость больных раком эндометрия вне зависимости от влияния каких-либо клинико-морфологических признаков, по данным различных авторов, колеблется от 73 до 82%.

Выживаемость по стадиям заболевания: IA - 94,1%; IB - 89,5%; IC - 79,2%; II - 65,0%; III - 25,2%.

Наблюдение. Больные, получившие лечение по поводу рака эндометрия, подлежат длительному наблюдению, особенно в течение первых 2-3 лет, т.е. в сроки наибольшей вероятности развития рецидивов и метастазов опухоли. Каждые 3-4 месяца им должны проводиться гинекологические осмотры, ультразвуковая томография, каждый год - рентгенологическое исследование легких.

Заместительная терапия. По современным данным, заместительная гормональная терапия не повышает риск прогрессирования заболевания. Терапия назначается через 1-1,5 года после окончания основного лечения при появлении вазомоторных нарушений, диспареунии, сухости влагалища, остеопороза, ишемической болезни сердца.

РАК ЯИЧНИКОВ

Статистика. Злокачественные опухоли репродуктивной системы являются наиболее частыми в структуре онкологической заболеваемости женщин, и их суммарная доля превышает 35%. Рак яичников составляет 4-6% среди

злокачественных опухолей у женщин и занимается седьмое места по частоте. По данным Международного агентства по изучению рака, ежегодно в мире регистрируется более 165 тыс. новых случаев рака яичников, и более 100 тыс. женщин умирают от злокачественных опухолей яичников.

Если удельный вес рака яичников в онкологической заболеваемости женщин во всех странах мира примерно одинаков, то частота заболеваемости на 100 тыс. женского населения значительно варьирует. В Европе, особенно в северных странах и Великобритании, а также в Северной Америке, стандартизованные показатели заболеваемости наиболее высоки (12,5 и более на 100 тыс.). В Росси ежегодно рак яичников выявляется более чем у 11 тыс. женщин (10,17 на 100 тыс.), занимая 7-е место в структуре общей онкологической заболеваемости (5%) и третье - среди гинекологических опухолей, после рака тела и шейки матки. За последние 10 лет в стране отмечен заметный прирост заболевания - на 8,5%. Удручает и выживаемость больных данной патологией. Только на первом году после установления диагноза мы теряем каждую третью пациентку. По сводным данным популяционных раковых регистров стран Европы, 1-летняя выживаемость больным раком яичников составляет 63%, 3-летняя - 41%, 5-летняя - 35%.

Основные причины низкой выживаемости больных злокачественными опухолями яичников кроются в бессимптомном течении заболевания на ранних стадиях, отсутствии полноценной диагностики, малоэффективном лечении, особенно при рецидивах заболевания. Необходимо подчеркнуть, что значительный процент больных опухолями яичников изначально попадает в неспециализированные учреждения, где получают неадекватное лечение. Все это приводит к фатальному ухудшению результатов последующего лечения.

Генетическая обусловленность рака яичников. Бурное развитие биологических наук в последнее десятилетие и особенно интенсивные исследования в экспериментально-теоретической онкологии позволили добиться значительных успехов в познании генетических факторов, причастных к возникновению неоплазий у человека. В настоящее время уже нет сомнений в том, что в основе злокачественных новообразований (в том числе и рака яичников) лежат повреждения генетического аппарата в герминальной (половой) и соматической клетках, делающие эти клетки чувствительными к воздействию внешнесредовых канцерогенных факторов, способных запустить процесс малигнизации. В зависимости от того, в какой клетке произошла первоначальная мутация - половой или соматической, рак может быть наследственным и спорадическим.

В последнее время решение вопросов этиологии, патогенеза и ранней диагностики во многом связывают с медико-генетическими исследованиями, направленными на изучение роли наследственной предрасположенности к развитию рака яичников, их генетической геторогенности и выявление лиц среди родственников с потенциально высоким риском заболевания этой формой рака. Все это подтверждает необходимость проведения дальнейшего изучения генетических основ рака яичников, которое позволит реально подойти к ранней диагностике, патогенетически обоснованной профилактике и лечению этого заболевания.

В семьях больных раком яичников аналогичная форма рака встречается в 4-6 раз чаще, чем в популяции. В этих семьях также наблюдалось четырехкратное повышение частоты рака молочной железы по сравнению с общей популяцией. Риск

заболеть раком яичников для родственниц первой степени родства в таких семьях в 9-10 раз превышал максимальное значение накопленного общепопуляционного риска.

Анализ рака яичников, основанный на использовании такого подхода, позволил рассматривать это заболевание как мультифакториальное. Вклад генетических факторов в развитие рака яичников составил 54%, а внешнесредовых - 46%, что, с одной стороны, соответствует представлениям о сложном взаимодействии наследственных и внешнесредовых факторов в развитии заболевания, а с другой - говорит о генетической гетерогенности этого заболевания.

Фундаментальными работами, посвященными выявлению наследственных форм рака яичников и их генетической гетерогенности, стали работы H. Lynch, в которых он констатировал, что примерно 18% онкологических больных в семейном анамнезе имеют родственников, пораженных раком разных анатомических локализаций, особенно органов женской репродуктивной системы. Клинико-генеалогический анализ тысяч родословных больных с опухолями органов женской репродуктивной системы позволил ученым разработать критерии, которые могут использоваться для идентификации наследственных форм этих заболеваний. К ним относятся:

1) наличие двух и более родственниц 1-й степени родства (мать-дочь, сестра-сестра), пораженных раком яичников, и/или молочной железы, и/или эндометрия;
2) пропорция пораженных от общего числа членов семьи (женщин) в возрасте 35 лет и старше составляет 33-50%;
3) наличие в семье лиц, заболевших раком в возрасте 20-49 лет (по нашим данным, средний возраст пораженных - 43,0 ± 2,3 года);
4) наличие в семье лиц с двусторонним поражением раком яичников и первично-множественными опухолями разных анатомических локализаций, включая рак органов репродуктивной системы.

Каждый из этих критериев является показанием для обязательного направления семьи в профильную генетическую консультацию.

Первый уровень этиологической и генетической гетерогенности рака яичников был установлен в зависимости от характера его накопления и других опухолей в семьях, что позволило это заболевание классифицировать в 3 группы:

1) семьи с накоплением только рака яичников (органоспецифический);
2) семьи с накоплением рака яичников, ассоциированного с другими опухолями органов женской репродуктивной системы (РМЖ, эндометрия);
3) семьи, где рак яичников является компонентом синдрома семейного рака (синдром Линча II).

Особый интерес представляют семьи с накоплением разных опухолей женской репродуктивной системы. Проводя генетический анализ таких родословных, была показана высокая генетическая обусловленность семейного накопления рака яичников и РМЖ, которая выражалась в наличии высокого коэффициента генетической корреляции между раком яичников и РМЖ (r=0,72, т.е. 72% общих генов, формирующих предрасположенность к этим двум разным формам опухолей). Есть основания думать, что в основе этих ассоциаций лежат общие генетические факторы подверженности или тесное сцепление генов, ответственных за развитие этих патологий.

Одним из значительных достижений в области изучения наследственных форм рака яичников и рака молочной железы стало открытие генов BRCA-1 и BRCA 2. Ген

BRCA-1 был картирован на длинном плече 17-й хромосомы. При этом было показано, что мутация гена происходит в герминальных клетках, и это приводит к развитию наследственных форм рака яичников и молочной железы. При спорадических опухолях яичников обнаружен высокий процент мутаций генов p53 (от 29 до 79%), повышенная экспрессия рецептора эпидермального фактора роста (9-17%), экспрессия генов Her-2/neu (16-32%) и активация гена Ki-ras. Таким образом, наследственно обусловленные формы рака яичников (и рака молочной железы) привлекают особое внимание онкологов с точки зрения формирования "групп риска" из числа родственников с целью ранней диагностики у них предопухолевой и опухолевой патологии. Только по нашим данным с помощью метода генетического мониторинга практически здоровых женщин из 386 семей "группы риска" выявлено 220 (26,6%) женщин с предопухолевой патологией и 61 (7%) больная со злокачественными заболеваниями. Необходимо отметить, что все диагностированные злокачественные опухоли были ранних стадий, что существенно повлияло на выживаемость пациенток.

Классификация рака яичников. В настоящее время используют две классификации рака яичников: FIGO и TNM (табл. 6).

Таблица 6

TNM	**Стадии по FIGO**	**Характеристика**
T0	-	Опухоль отсутствует
Tx	-	Недостаточно данных для оценки первичной опухоли
T1	I	Опухоль ограничена яичниками
T1a	IA	Опухоль ограничена одним яичником, капсула не поражена, на поверхности яичника нет опухолевого разрастания
T1b	IB	Опухоль ограничена двумя яичниками, капсулы не поражены, на поверхности яичников нет опухолевого разрастания
T1c	IC	Опухоль ограничена одним или двумя яичниками, сопровождается разрывом капсулы, на поверхности яичника опухолевые разрастания, злокачественные клетки в асцитической жидкости или в смыве из брюшной полости
T2	II	Опухоль поражает один или два яичника с вовлечением органов и стенок малого таза
T2a	IIA	Распространение и/или метастазирование в маткуи и/или одну или обе маточные трубы
T2b	IIB	Распространение на другие ткани таза
T2c	IIC	Опухоль ограничена пределами малого таза (IIA или IIB) с наличием злокачественных клеток в асцитической жидкости или смыве из брюшной полости
T3 и/или N1	III	Опухоль поражает один или оба яичника с микроскопически подтвержденными метастазами за пределами таза и/или метастазами в регионарных лимфатических узлах
T3a	IIIA	Микроскопически подтвержденные внутрибрюшинные метастазы за пределами таза
T3b	IIIB	Макроскопические внутрибрюшинные метастазы за пределами таза до 2 см в наибольшем диаметре
T3c и/или N1	IIIC	Внутрибрюшинные метастазы за пределами таза более 2 см в наибольшем измерении и/или метастазы в регионарных лимфатических узлах

M1	IY	Отдаленные метастазы (исключая внутрибрюшинные)

Примечание. Метастазы в капсулу печение классифицируют как T3/стадия III, метастазы в паренхиму печени классифицируют как M1/стадия IV, позитивные цитологические находки в плевральной жидкости расценивают как M1/стадия IV.

Сложность проблемы рака яичников заключается в особенностях этиологии и патогенеза опухолей этого органа, в уникальности самой природы яичника и его роли в жизнедеятельности женского организма. Многокомпонентное строение гонад, сочетание структур самых разных функциональных направлений обусловливают широчайший спектр гистологических форм новообразований этого органа. Если же принять во внимание еще и переходные формы, а также опухоли, в которых сочетаются два и более гистотипа, то количество вариантов новообразований яичников возрастает в геометрической прогрессии. Необычность опухолей яичников подтверждается случаями мультицентрического роста, когда первичные очаги опухоли обнаруживаются в забрюшинном пространстве, но при абсолютно неизменных яичниках.

Несмотря на многочисленные попытки выделения различных градаций по степени злокачественности, основное возражение против такого деления заключается в том, что оно условно. Это связано с тем, что в больших опухолях наряду с высокодифференцированными можно встретить умеренно- и низкодифференцированные клетки, а это вызывает значительные затруднения при трактовке гистологической формы новообразования. Кроме того, дифференцировка может меняться в процессе прогрессирования заболевания, а также под воздействием проводимой химиотерапии, и быть абсолютно разной в первичной опухоли и ее метастазах. Подавляющее большинство больных (85%) страдают эпителиальными формами опухолей яичника и поэтому в данной главе пойдет речь только о раке яичников.

Степень распространения и, соответственно, стадия болезни устанавливаются на основании данных клинического обследования, результатов оперативного вмешательства и гистологического изучения биоптатов, взятых во время операции с различных участков брюшной полости. Правильное определение стадии болезни позволяет выбрать оптимальную тактику лечения и улучшить его результаты.

Значительные трудности возникают при определении степени распространения злокачественного процесса, особенно на ранних стадиях. Даже у больных I-II стадиями рака яичников (клиницисты расценивают эти стадии как "ранние") при целенаправленном исследовании более чем в 30% наблюдений диагностируются метастазы в забрюшинных лимфатических узлах разных локализаций. По данным большого кооперативного исследования, лапаротомия оказалась наиболее точным методом определения стадии рака яичников. При этом из 100 больных у 28% с предполагаемой I стадией и у 43% с предполагаемой II сстадией были установлены более поздние стадии процесса. Классификация FIGO и TNM, даже неоднократно модифицированные, не полностью удовлетворяют онкологов, оставаясь довольно-таки условными, так как, исходя из реалий, существуют, по крайней мере две стадии рака яичников: истинно первая, при которой процесс ограничен только яичником, и вторая, когда процесс приобретает уже системный характер.

В настоящее время определить клинически грань между этими стадиями практически невозможно. И пальпаторная, и визуальная диагностика метастазов в забрюшинных лимфатических узлах осложняется тем, что, даже пораженные опухолью, они не бывают увеличенными, плотноэластической консистенции, свободно или относительно смещаемыми. К тому же забрюшинно только в парааортальной зоне насчитывается от 80 до 100 лимфоузлов, и практически каждый может оказаться поражен метастазами.

Отмечены и клинические проявления. Большинство исследователей отмечают достаточно высокий процент рецидивов - от 23% у больных с "ранними" стадиями заболевания, которым операция была проведена в полном объеме. Кроме того, у больных злокачественными опухолями яичников в 30% наблюдений обнаруживается метастатическое поражение костного мозга, причем у таких больных намного чаще (70%) возникали рецидивы, чем у тех больных, у которых поражений костного мозга выявлено не было (40%).

Используемые в настоящее время немногочисленные прогностические параметры не дают полной информации для объективной оценки течения заболевания. Об этом свидетельствуют случаи пограничных опухолей яичников, когда и морфологическая структура, и степень дифференцировки оптимальны с прогностической точки зрения, но рецидивы и метастазы при этой патологии хорошо известны. Высокая дифференцировка опухоли не исключает плохого прогноза течения болезни, с учетом выраженного полиморфизма опухолей яичников. Метод проточной цитометрии, считающийся сегодня наиболее объективным, может давать абсолютно разные результаты при исследовании тканей из разных полюсов одного и того же новообразования.

Диагностика. Ранняя диагностика рака яичников трудна, т.к. до настоящего времени не существует специфических диагностических тестов, позволяющих выявить опухоль на начальных этапах ее развития. Прогрессирование рака яичников происходит преимущественно за счет диссеминации по брюшине. Этим объясняется малосимптомное течение заболевания на ранних стадиях, поэтому у 80% пациенток болезнь диагностируется в поздних стадиях, когда уже имеются поражение брюшины за пределами малого таза с вовлечением органов брюшинной полости, асцит, а также гематогенные метастазы в печени, легких, костях, опухолевый плеврит.

При обнаружении объемного образования в области малого таза необходимо исключить часто встречающиеся заболевания - дивертикулиты, внегонадную беременность, кисты яичника, миому матки и эндометриоз. Следует помнить, что некоторые злокачественные новообразования, такие как рак органов желудочно-кишечного тракта или молочной железы, могут метастазировать в яичники. Исключить наличие первичной опухоли в желудке, толстой кишке или молочной железе позволяют *гастроскопия, колоноскопия и маммография.* Рентгенография грудной клетки является обязательным компонентом обследования при подозрении на опухоль яичников, т.к. позволяет диагностировать плеврит и возможное метастазирование в легкие.

Все эти исследования дают основание с большей или меньшей долей вероятности заподозрить опухоль яичников. Однако только ***гистологическая верификация диагноза*** может дать точный и окончательный ответ. У некоторых больных с наличием асцита о характере заболевания можно судить по данным цитологического исследования асцитической жидкости. Иногда для постановки диагноза требуется

выполнение лапароскопии или лапаротомии и получение материала для гистологического исследования.

Одно из наиболее интересных и перспективных направлений в диагностике злокачественных опухолей - *определение опухолевых маркеров.* Изучение этих веществ представляет большой интерес не только с практической, но и с теоретической точки зрения. Проводимые в этом направлении исследования позволяют глубже понять этиологию и патогенез злокачественного роста, изучить многие процессы, происходящие в организме.

Несмотря на кажущееся обилие опухолевых маркеров, единственно надежным тестом при раке яичников, причем в основном при серозной его форме, является определение СА-125: его повышение отмечено у 88,8% первичных больных. Однако следует особо подчеркнуть, что при исследовании сывороток крови больных с I стадией заболевания содержание маркера практически не отличается от такового в контроле. При II, III и IV стадиях заболевания уровни СА-125 повышаются и могут использоваться для мониторинга заболевания.

Наблюдаемое повышение уровней СА-125 при рецидивах заболевания свидетельствует о необходимости мониторинга всех больных, находящихся в ремиссии, т.к. лишь у 1 из 10 больных результат исследования бывает ложноотрицательным. Более того, даже если при первичном обследовании у нелеченных больных показатели СА-125 не превышали норму, то в процессе ремиссии анализ на содержание маркеров в крови необходим в связи с возможным вторичным повышением маркеров при рецидиве. Последнее еще раз подтверждает потенциальные возможности клеток рака яичников к изменениям, которые проявляются морфологически и на биохимическом уровне.

В этом плане, безусловно, перспективным является определение СА-125 в период ремиссии и при рецидиве заболевания. Повышение уровня маркера от нуля (либо от базального уровня) до 35 ед./мл, т.е. в пределах нормы, может являться доклиническим проявлением рецидива. Анализ данных показал, что у всех пациенток с уровнем СА-125 менее $^1/_2$ ДК (ДК - дискриминационная концентрация маркера, равная 35 ед./мл) и ежемесячным приростом менее 20% от предыдущего значения маркера рецидива в ближайшие 6 месяцев не наблюдалось. Если прирост превышает 20%, то рецидив был диагностирован через 4-6 месяцев. У пациенток со значением СА-125 от $^1/_2$ до 1 ДК и приростом свыше 20% в месяц рецидив регистрировался в ближайшие 2-4 месяца. Если значение маркера превышало ДК, а его прирост был свыше 20%, то рецидив можно было обнаружить спустя 1-3 месяца. Очевидно, что использование СА-125 позволяет не только диагностировать наличие рецидива с достаточно высокой точностью, но и с большей вероятностью прогнозировать его развитие. Чувствительность СА-125 при рецидиве заболевания составляет 97%. При полной ремиссии при отсутствии опухоли уровень СА-125 должен быть близким к нулю.

Повышение уровня маркера на фоне ремиссии должно стать основанием для комплексного углубленного обследования больной с целью выявления рецидива заболевания, своевременное лечение которого могло бы значительно повысить эффективность терапии.

Достоинством *ультразвукового метода* в диагностике опухолей яичников является его высокая информативность (чувствительность, специфичность и точность достигают 80-90%), простота, быстрота, безвредность, безболезненность,

возможность объективного документирования и многократного проведения. Ультразвуковое исследование малого таза стало рутинным методом в обследовании женщины при подозрении на опухоль яичника. Для более углубленной диагностики при наличии опухолей яичников в настоящее время применяется такие высокоинформативные методы, как компьютерная и магнитно-резонансная томография.

Открытие опухолеассоциированных антигенов, а вслед за ними и моноклональных антител (МКАТ) сделало возможным применение этих белков для диагностики и лечения онкологических заболеваний. Первые же попытки использования меченных радионуклидом МКАТ вселили надежду, что в онкологии появился новый, высокочувствительный и весьма перспективный диагностический метод, способный при его усовершенствовании вытеснить практически все остальные диагностические мероприятия, так как при его применениии возможно определить степень распространения процесса и даже гистологическую форму опухоли.

В перспективе *метод радиоиммуновизуализации* может быть применен и в терапии рака яичников, т.к. практически любой терапевтический агент, конъюгированный с МКАТ, будет доставлен к месту синтеза антигена, то есть непосредственно к тканям злокачественного образования.

Лечение. Основные роли в терапии рака яичников, как известно, принадлежат трем методам лечения: хирургическому, лекарственному и лучевому.

Оперативному вмешательству в настоящее время придается первостепенное значение как самостоятельному методу и как важнейшему этапу в комплексе лечебных мероприятий. Практически при всех опухолях яичников должна производиться срединная лапаротомия. Только этот разрез позволяет произвести тщательную ревизию органов брюшной полости и забрюшинного пространства, способствует морфологической верификации диагноза, определению степени дифференцировки и плоидности опухоли и, что самое главное, позволяет удалить опухолевую ткань целиком или частично.

При злокачественных опухолях яичников операцией выбора считается экстирпация матки с придатками, удаление большого сальника. В некоторых клиниках призывают дополнительно производить аппендэктомию, спленэктомию, резекцию пораженных отделов кишки, а также забрюшинную лимфаденэктомию. Теоретически тотальная забрюшинная лимфаденэктомия должна приводить в лучшим результатам лечения, но те немногочисленные авторы, которые имеют достаточный опыт в проведении подобных операций, отмечают практически одинаковую выживаемость больных, перенесших стандартную операцию, и больных с дополненной лимфаденэктомией.

Касаясь вопроса лечебной тактики при так называемых "ранних" стадиях заболевания, необходимо подчеркнуть, что даже начальные формы заболевания - большая проблема для онкологов. В настоящее время и, вероятно, в обозримом будущем лечение должно начинаться только с операции, потому что только после лапаротомии можно получить максимальную информацию о состоянии заболевания. При этом хирурги должны стремиться к максимальному объему с учетом частоты рецидивов и метастазов.

Конечно же, реалистически подходя к вопросу лечебной тактики при ранних стадиях заболевания, приходится признать, что не все больные оперируются радикально. Порой, явно рискуя, хирурги вынуждены идти навстречу пожеланиям

молодых женщин, которые, по тем или иным мотивам, не соглашаются на радикальное оперативное лечение. В подобных случаях необходим строгий индивидуальный подход. Органосохраняющие операции возможны, но лишь при самом тщательном морфологическом исследовании контрлатерального яичника, придатков, брюшины, большого сальника, с определением степени дифференцировки, пролиферативного потенциала и других биологических параметров опухоли.

При ***высокодифференцированных опухолях стадий IA, IB*** обычно выполняется операция экстирпации матки с придатками, удаление большого сальника, биопсия брюшины (не менее 10 образцов), особенно из области малого таза и поддиафрагмальной поверхности, смывы из брюшной полости. В случае подтверждения стадии IA серозного, высокодифференцированного рака у женщин, желающих сохранить детородную функцию, может быть произведена односторонняя аднексэктомия, биопсия контралатерального яичника, резекция большого сальника, ревизия забрюшинных лимфоузлов. Щадящий объем операции накладывает на хирурга большую ответственность, т.к. достаточно велико число диагностических ошибок на всех этапах наблюдения за больной. В связи с этим пациентка постоянно должна находиться под строгим контролем (УЗТ, СА-125). Дополнительное лечение - адъювантная химиотерапия - в большинстве клиник мира обычно не проводится, хотя, по нашим данным, проводимое послеоперационное лекарственное лечение, даже в монорежиме, повышало 5-летнюю выживаемость на 7%. При остальных гистологических формах рака яичников стадий IA, IB предпочтительнее проведение радикальной операции. По сводным данным, 5-летняя выживаемость при стадии I мезонефроидного рака составляет 69%, при серозном - 85%, при муцинозном - 83%, при эндометриоидном - 78%, а при недифференцированной форме - 55%. Поэтому данному контингенту больных после произведенной радикальной операции рекомендуется адъювантная монохимиотерапия мелфаланом, цисплатином или комбинациями CAP, CP не менее 6 курсов.

Всем больным с ***умеренно- и низкодифференцированными опухолями IA, IB, IC,*** а ***также со стадиями IIA, IIB, IIC*** показана операция экстирпации матки с придатками, удаление большого сальника с последующей полихимиотерапией комбинациями CP, CAP не менее 6 курсов.

Значительно больше проблем возникает перед клиницистами при лечении больных с распространенными стадиями заболевания. В настоящее время ни у кого не вызывает сомнений необходимость при первичном лечении этих больных применения комбинированных или комплексных лечебных мероприятий. В то же время отдельные стороны и детали комбинированного лечения продолжают носить противоречивый характер в связи с большим количеством мнений различных исследователей, касающихся тактики, схем химиотерапии, этапности, длительности лечения и т.д.

Изучая значение последовательности лечебных воздействий при стадиях III-IV рака яичников, уже давно пришли к выводу, что вариант "операция + химиотерапия" значительно улучшает выживаемость пациенток при сравнении с таковыми, которым на первом этапе было проведено лекарственное лечение. Данное утверждение можно обосновать и чисто теоретически:

- неэффективность фармакологических препаратов снимается удалением основной массы опухоли со слабым кровотоком;

- эффективность химиопрепаратов связана с высокой митотической активностью малых опухолей;
- наименьшие остаточные опухоли требуют меньшего количества курсов химиотерапии, в то время как при больших массивах повышается вероятность появления резистентных форм;
- удаление основных опухолевых масс приводит к относительной нормализации иммунной системы пациенток;
- удаляются по возможности фенотипически резистентные опухолевые клетки.

Ниже мы постараемся коротко расшифровать перечисленные критерий возможной эффективности циторедуктивных операций.

Для солидных новообразований характерен сравнительно бедный кровоток, что снижает концентрацию фармакологического препарата в опухолевых тканях и, соответственно, эффективность проводимого лечения. Особенно это проявляется в центральных областях опухоли, где часты обширные некрозы, связанные с нарушением трофики тканей. К некротическим участкам примыкают кровоснабжающиеся из мелких сосудов многочисленные, особенно жизнеспособные участки злокачественных тканей. Такое представление подтверждается, правда косвенно, низким содержанием свободной глюкозы и высоким уровнем молочной кислоты во внутритканевой жидкости солидных опухолей. Все это приводит к временному снижению митотической активности злокачественных клеток и, в результате, к снижению эффективности проводимой химиотерапии, тропной к ДНК клетки только в определенную фазу. Для максимального эффекта большинства фармакологических агентов необходима фракция клеток с быстрым ростом, поэтому при удалении основной массы малочувствительных к химиотерапии клеток остаются более чувствительные небольшие очаги (диссеминаты), обладающие высокой митотической активностью. Кроме того, удаление большой массы опухоли приводит к восстановлению относительной иммунокомпетентности организма-опухоленосителя, в первую очередь за счет снижения иммуносупрессии, индуцированной неоплазмой.

Главная цель хирургического лечения - удаление максимального возможного объема первичной опухоли и ее метастазов. Если полное удаление опухоли невозможно, удаляют большую ее часть. Показано, что выживаемость больных в значительной степени коррелирует с размером оставшихся после операции метастазов. Так, при размерах остаточной опухоли, не превышающих 5 мм, средняя продолжительность жизни соответствовала 40 месяцам, при размерах до 1,5 см - 18 месяцам, а в группе больных с метастазами более 1,5 см - соответствовала 6 месяцам.

В связи с этим в настоящее время рекомендуются следующие стандартные положения для оперативных вмешательств:

1.Первичная циторедуктивная операция предусматривает удаление максимально возможного объема опухоли метастазов перед началом лекарственной терапии. Первичная циторедуктивная операция является стандартом помощи при распространенном раке яичников, особенно при стадии III заболевания. Целью циторедуктивной операции должно быть полное или максимальное удаление опухоли. Роль циторедуктивной операции при стадии IV по FIGO противоречива, но больные с наличием только плеврального выпота, метастазами в надключичных лимфатических узлах или

единичными кожными метастазами могут лечиться как при стадии III заболевания. Не показан данный объем операции больным с метастазами в печени и легких. С другой стороны, неоадъювантная химиотерапия выступает приемлемой альтернативой циторедуктивной операции при стадии IV заболевания или у больных, у которых заболевание не может быть оптимально уменьшено в связи с техническими трудностями.

2.Промежуточная циторедуктивная операция выполняется после короткого курса индукционной химиотерапии (обычно 2-3 курса). Выполнение операции на данном этапе представляется приемлемым подходом в терапии пациенток, у которых первая операция была либо пробной, либо малоуспешной.

3.Операция Second look - диагностическая лапаротомия, которая выполняется для оценки остаточной опухоли у больных без клинических проявлений заболевания после курсов химиотерапии. Данная тактика в настоящее время широко не используется, т.к. в результате не приводит к улучшению выживаемости.

4.Вторичная циторедуктивная операция. Большинство вторичных циторедуктивных операций выполняются при локализованных рецидивах, возникших после комбинированного лечения. Предварительный анализ показал, что кандидаты для выполнения подобных операций могут быть определены с учетом факторов прогноза. Чаще всего это опухоли, которые рецидивируют спустя год и более после завершения первичного лечения и адекватно отвечали на проводимую ранее химиотерапию.

5.Паллиативные операции в основном производятся для облегчения состояния больной - например, при кишечной непроходимости на фоне спаечного процесса или прогрессировании заболевания.

В заключение необходимо отметить, что к настоящему времени методы оперативного лечения при раке яичников практически не изменились, за небольшим исключением, в то время как лекарственное лечение стало более эффективным и продолжает совершенствоваться. Широко исследуются новые перспективные методы консервативной терапии на стыке генетики, иммунологии, химиотерапии и лучевого лечения. Следует признать, что, вероятно, в ближайшем будущем лечение злокачественных опухолей яичников будет являться прерогативой консервативной медицины.

Системная химиотерапия принята за стандартный метод лечения больных распространенным раком яичника. С учетом того что при стадиях II-IV рака яичников циторедуктивная операция не является радикальной, проведение химиотерапии следует начать как можно быстрее (в ближайшие 2-4 недели) после операции.

Сегодня известно около двух десятков препаратов, обладающих активностью при раке яичников. Один из наиболее эффективных цитостатиков - цисплатин, составляющий сегодня основу лекарственного лечения больных раком яичников. Его эффективность равна примерно 30% у ранее леченных больных и 60-70% у больных, не получавших химиотерапию, при этом у 15-20% из них удается достичь полных регрессий, а 5-летняя выживаемость в этой группе составляет 16%.

В качестве адъювантной химиотерапии (при стадиях IA, IB с признаками высокого риска рецидивирования) может быть рекомендована монотерапия цисплатином (50 мг/м^2 1 раз в 4 недели, 6 введений), которая при

низкодифференцированных опухолях ранних стадий значительно увеличивает 5-летнюю безрецидивную выживаемость.

При назначении комбинированных платиносодержащих режимов объем химиотерапии у этой категории больных может быть ограничен 3-4 курсами. Пожилым больным в качестве адъювантной химиотерапии можно рекомендовать монотерапию мелфаланом (0,2 мг/кг/день в 1-5-й дни каждые 28 дней, 6 курсов). Стандартом первой линии индукционной химиотерапии (при стадиях II-IV) сегодня также являются производные платины и комбинации на их основе, которые значительно улучшили непосредственные и отдаленные результаты лечения по сравнению с бесплатиновыми режимами, особенно у больных с небольшими размерами остаточной опухоли. Равная эффективность карбоплатина и цисплатина при лечении эпителиальных опухолей яичников была подтверждена в нескольких рандомизированных исследованиях.

К наиболее популярным комбинациям на основе производных платины относятся РС (цисплатин + циклофосфан 75/750 мг/м^2) и СС (карбоплатин + циклофосфан AUC = 5/750 мг/м^2).

Учитывая, что производные платины играют ведущую роль в лекарственном лечении рака яичников, чрезвычайно интересно и перспективно платиновое производное третьего поколения - оксалиплатин. Этот препарат уже показал свою активность как в монотерапии, так и в комбинациях у ранее леченных больных, продемонстрировав ограниченную перекрестную резистентность с цис- и карбоплатином. Результаты сравнительного мультицентрового исследования II-III фаз по изучению эффективности оксалиплатина в комбинации с циклофосфамидом (ОС) (130/1000 мг/м^2 внутривенно 6 курсов с интервалом 3 недели) в сравнении с режимом РС (100/1000 мг/м^2 внутривенно 6 курсов с интервалом 3 недели) опубликованы в материалах ASCO в 2000 г. В исследовании приняли участие 177 больных стадий IIC-IV. Согласно полученным данным, эффективность сравнивавшихся режимов существенно не различалась (средняя продолжительность безрецидивного периода 13 месяцев в обеих группах, средняя продолжительность жизни 36 месяцев в группе ОС и 25 месяцев в группе РС). Между тем было отмечено значительное преимущество комбинации с включением оксалиплатина с точки зрения токсичности: анемии III-IV ст. и потребность в гемотрансфузиях, а также лейкопения III-IV ст. и тошнота III-IV ст. встречалась значительно реже в группе больных, получавших комбинацию ОС. Таким образом, новое платиновое производное представляется, бесспорно, перспективным в терапии рака яичников.

Говоря о лекарственном лечении рака яичников, нельзя не остановиться на некоторых новых препаратах, среди которых наиболее изучены и широко используемы таксаны и, в частности, паклитаксел (Таксол). Препарат продемонстрировал высокую противоопухолевую активность как у больных с рецидивами, так и у нелеченных ранее больных. Согласно результатам исследования GOG-111 и Европейско-канадского исследования, замена циклофосфана на паклитаксел в комбинации с цисплатином привела к увеличению частоты объективных эффектов, удлинению безрецидивной и общей выживаемости. Сегодня комбинация "цисплатин + паклитаксел" (75/175 мг/м^2), наряду с режимами РС, РАС и СС, считается стандартной для проведения индукционной химиотерапии при раке яичников, а ее использование в России ограничивается лишь высокой стоимостью лечения.

Второе таксановое производное - доцетаксел (Таксотер) - также обладает высокой активностью при раке яичников. В частности, эффективность его в комбинации с производными платины при проведении индукционной терапии составляет 74-84%. Отмечено, что комбинации с включением доцетаксела обладают меньшей нейротоксичностью. Вместе с тем мы пока не имеем результатов сравнительных исследований по оценке эффективности и токсичности доцетаксела в сравнении с паклитакселом при раке яичников, и сегодня в официальных рекомендациях препаратом выбора остается паклитаксел.

Арсенал противоопухолевых средств, используемых для проведения химиотерапии второй линии, необычно велик. Это скорее свидетельство того, что ни один из них не позволяет достигнуть длительных ремиссий у большинства пациенток. Эффективность их колеблется от 12 до 40% при средней продолжительности жизни 9-12 месяцев.

Топотекан - препарат из группы ингибиторов фермента топоизомеразы I, также широко используется для проведения химиотерапии второй линии. Частота противоопухолевого эффекта у больных с чувствительными к производным платины опухолями яичника составила 20%, в то время как при резистентных к цисплатину - 14% при назначении топотекана в дозе 1 мг/м^2 внутривенно в течение 5 дней.

Пероральный этопозид в дозе 50 мг/м^2 в течение 14 дней был эффективен у 27% больных с резистентностью к производным платины и у 34% с сохраненной чувствительностью. Липосомальный доксорубицин у 82 больных с прогрессированием после первой линии химиотерапии производными платины и таксанами позволил достигнуть объективного эффекта у 27% больных при средней продолжительностью жизни для всей группы 11 месяцев. При назначении винорельбина в дозе 25мг/м^2 еженедельно для проведения химиотерапии второй линии у 24 резистентных к производным платины больных частота объективного эффекта составила 21%.

Еще одним перспективным препаратом для проведения химиотерапии второй линии является *гемцитабин (гемзар)*.

Эффективность гемцитабина в качестве первой линии химиотерапии составляет 24%, в комбинации с цисплатином - 53-71%. При лечении комбинацией топотекана с таксолом удается достичь общего эффекта от 29 до 46%. При лечении 38 больных с прогрессированием после комбинации производных платины и таксанов гемцитабин в дозе 1000 мг/м^2 1-й, 8-й и 15-й дни каждые 4 недели объективный эффект был отмечен у 15% пациентов.

Экспрессия рецепторов эстрогенов опухолевыми клетками эпителиального рака яичников стимулировала изучение эффективности *тамоксифена.* Частота объективного эффекта тамоксифена при назначении в дозе 20-40 мг ежедневно составляет 13% при средней продолжительности эффекта 4,4 месяца. Минимальная токсичность препарата делает обоснованным его назначение больным с повышением СА-125 как единственным признаком болезни или ослабленным больным с распространенным опухолевым процессом.

Неудовлетворительные результаты лечения больных с прогрессированием рака яичника стимулируют поиск новых подходов. В настоящее время изучается возможность вакцинотерапии, генной терапии, особенно по замещению мутированного гена p53, моноклональных антител, в частности Герцептина, ингибиторов ангиогенеза и передачи внутриклеточных сигналов отдельно или как

добавление к проводимой химиотерапии второй линии. Учитывая хроническое течение рака яичника, можно надеяться, что новые методы лечения обеспечат достижение длительной стабилизации болезни при минимальной токсичности и хорошем общем состоянии больных.

ТРОФОБЛАСТИЧЕСКАЯ БОЛЕЗНЬ. ПУЗЫРНЫЙ ЗАНОС

Согласно существующей сегодня концепции, трофобластическая болезнь (ТББ) является патологической пролиферацией ткани трофобласта, сопровождаемой соответствующими биологическими и клиническими признаками.

По определению Экспертной комиссии ВОЗ, эти опухоли уникальны тем, что представляют собой аллотрансплантаты, возникающие из продукта зачатия, которые в случае злокачественной трансформации инвазируют миометрий и могут метастазировать в отдаленные органы. Поскольку эти опухоли связаны с беременностью, то они встречаются в основном у женщин детородного возраста в тот период, когда их социальные нагрузки в семье и обществе наиболее велики. В последнее время у ведущих специалистов в этой области сложилось мнение, что пациентки, нуждающиеся в специфическом лечении (химиотерапия или операция), имеют уже не ТББ, а «трофобластическую опухоль», которой свойственны признаки злокачественности.

Статистика. Заболеваемость ТББ широко варьирует в различных популяциях и регионах, при этом если в США заболевание встречается от 0,6—1,1 на 1000 беременностей, то в некоторых областях Азии и Южной Америки — 1 на 120 беременностей. Следует отметить, что риск развития ТББ пятикратно увеличивается у женщин старше 40 лет, а также повышается у женщин моложе 20 лет.

Эксперты ВОЗ подчеркивают, что эпидемиология ТББ изучена плохо, чему способствуют 3 обстоятельства:

1) терминологическое несовершенство и отсутствие ясного и четкого определения болезни;
2) ошибки, связанные с диагностикой, а точнее — с занижением или завышением процентов осложненных беременностей;
3) трудная интерпретация приводимых в литературе данных о частоте ТББ из-за неясностей определения групп риска.

Учитывая отсутствие контролируемых эпидемиологических исследований, с большой долей достоверности можно полагать, что ежегодная суммарная заболеваемость ТББ в мире может достигать 150 тыс. случаев. Поэтому будет справедливым утверждение, что ТББ не такое редкое заболевание, как об этом принято думать. Если же учесть, что заболевают в подавляющем большинстве

случаев женщины детородного возраста, то этот вопрос переходит в ранг серьезной медико-социальной проблемы и требует участия государственных структур в решении вопросов охраны материнства, внутрисемейных отношений, медицинской реабилитации и возврата больных к трудовой деятельности.

Этиология и патогенез. В понятие ТББ по Международной гистологической классификации опухолей входят:

- доброкачественные заболевания — полный пузырный занос, частичный пузырный занос;
- переходная форма — инвазивный пузырный занос;
- сугубо злокачественная опухоль — хориокарцинома матки.

Кроме того, к этим патологическим состояниям относятся трофобластическая опухоль плацентарного ложа и недавно описанная эпителиоидная трофобластиче-ская опухоль.

С точки зрения гистологического определения термин «пузырный занос» подразумевает 2 формы — *полный* пузырный занос и *частичный* пузырный занос, при этом обоим присущи общие признаки в виде отека ворсин и гиперплазии трофобласта. В том и в другом случае это состояние является патоло-гическим продуктом зачатия, но только при полном заносе — без эмбриона, а при частичном — с эмбрионом.

Инвазивный занос рассматривается в настоящее время как опухолевый или опухолеподобный процесс, инвазируюший миометрий и характеризующийся гиперплазией трофобласта с сохранением структуры плацентарных ворсин. Инвазивный занос иногда метастазирует, но не прогрессирует, как истинный рак, при этом он может спонтанно регрессировать. В качестве синонимов иногда используют следующие термины злокачественный занос, деструирующий занос, деструирующая хорионаденома, однако, по мнению научной группы ВОЗ, в настоящее время эти термины применять не следует

Хориокарцинома развивается из эпителия трофобласта и содержит элементы цитотрофобласта и синцитиотрофобласта. Эта злокачественная опухоль может возникать при беременности, завершившейся как родами, так и абортом на любой стадии, а также при внематочной беременности и пузырном заносе. Если хориокарцинома имеет бифазные признаки опухоли — наличие клеток как цито-, так и синцитиотрофобласта. растущих внутрь сосуда, то при ***опухолях плацентарной площадки*** преобладают клетки цитотрофобласта, которые имеют меньшую васкуляризованность и более локальную лимфатическую инфильтрацию.

Факторы риска. Возрастной аспект больных ТББ разрабатывался многими авторами. Сложилось единое мнение, что не возраст пациенток определяет развитие заболевания,а начало и продолжительность половой жизни, т.е. существующей при этом вероятности зачатия. Так, с угасанием репродуктивной функции у женщин, имевших в прошлом беременности, риск развития хориокарциномы, хотя и резко снижается, полностью не исчезает даже во время менопаузы.

Несмотря на то что заболевание встречается на протяжении всей активной жизни

женщины, от 15 до 75 лет, мнение большинства авторов едино: ТББ — удел молодого возраста.

Процент случаев хориокарциномы, которым предшествовал пузырный занос, варьирует в широких пределах — от 29 до 83%. Столь высокий процент возникновения хорионкарциномы после пузырного заноса служит доказательством того, что пузырный занос — ведущий фактор риска возникновения опухоли.

Кроме предшествующих беременностей, заканчивающихся пузырным заносом, абортом или родами, факторами риска развития ТББ являются *недостаточное* содержание витамина А *в питании* и *низкий социально-экономический статус.* При этом женщины со второй (А) группой крови, состоящие замужем за мужчинами с первой (0) группой крови, также подвергаются большему риску заболеть ТББ. Риск развития хориокарциномы после эвакуации полного пузырного заноса составляет 15—25%, в то время как для частичного пузырного заноса этот показатель равен 2,9%. Хорионкарцинома развивается у 4% больных после эвакуации пузырного заноса и очень редко после доношенной беременности (1 на 40 000).

В последние годы в литературе все чаше появляются данные, свидетельствующие о значительной роли *генетических факторов* в развитии хо-риокарциномы, несмотря на то что семейное предрасположение к возникновению ТББ наблюдается довольно редко. Недавно была опубликована статья, в которой описана ливийская семья, где две родные сестры имели пузырный занос, а также немецкая семья, в которой трое сестер страдали ТББ, при этом большинство заболевших женщин имели несколько последова-тельных пузырных заносов и очень небольшое число нормальных беременностей.

Helwani с соавт. (1999) опубликовал данные о том. что семейные пузырные заносы, морфологически полные, имели присутствие генетического материала от обоих родителей и являлись диплоидными, так же как рецидивные, полные пузырные заносы в семье, описанной Jense и соавт. Картина наследования в этих семьях позволяет предположить аутосомно-рецессивное состояние, предраспо-лагающее заболевших женщин к пузырным заносам. Так как пузырный занос с присутствием генетического материала от обоих родителей морфологически не отличим от пузырного заноса, имеющего другое генетическое происхождение (где подлежащим дефектом является патологический геномный импринтинг), то у этих женщин, вероятно, произошла мутация гена, вовлеченного в регуляцию импринтинга в яйцеклетке или зиготе.

Геномное сканирование двух семей дало возможность Helwani определить этот ген семейного пузырного заноса в карте генома человека до 15,2 сМ-интервала 19ql3.3-qi3.4, что было последовательно подтверждено А. Sensi. Специфический ген, способствующий семейному пузырному заносу, еще должен быть идентифицирован. Кроме того, недамо было продемонстрировано, что рецидивные, полные пузырные заносы

также могут иметь происхождение от обоих родителей. Эти женщины, возможно, также могут быть подвержены семейному пузырному заносу.

В тех случаях, когда хориокарцинома развивается после нормальных срочных родов, многие считают, что продукт зачатия, из которого развивается злокачественная опухоль, является диплоидным и гетерозиготным генетическим вкладом от каждого из родителей. Беременности, после которых возникла хориокарцинома, заканчиваются рождением равного числа плодов как женского, так и мужского пола. Следовательно, *хориокарцинома может развиваться при полном пузырном заносе из-за андрогенного диплоидного продукта начатия или из нормального диплоидного продукта зачатия любого пола.*

Даже краткий анализ источников литературы по эпидемиологии хориокарциномы доказывает, что эта опухоль встречается не так уж редко. Это должно настораживать клинициста, в смысле возможности выявления хориокарциномы у женщин, которые имеют определенные факторы риска:

- ♦ наличие в анамнезе беременности, отягощенной пузырным заносом, или указание на семейную предрасположенность к пузырному заносу;
- ♦ проживание на эндемичной по трофобластической болезни территории;
- ♦ беременности в позднем возрасте.

Патоморфология ТББ изучена в достаточном объеме. Полный и частичный занос различаются на основании гистологического исследования и определения кариотипа.

Гистологическую картину ***полного пузырного заноса*** характеризуют:

- ♦ отсутствие элементов эмбриона или плода;
- ♦ наличие диффузных, отечных ворсинок;
- ♦ заметная трофобластическая пролиферация и атипия, вовлекающая цитотрофобласт, промежуточный трофобласт и синцитиотрофобласт;
  наличие диплоидного набора хромосом, чаше всего — 46XX, а в 10% случаев — 46XY (при этом все хромосомы отцовские);
- ♦ митотическая активность, выраженная нуклеомегалия и заметная гиперхромазия.

Недавно было сделано предположение, что отрицательность ядер стромы ворсинок в отношении генного продукта p57, запечатляющего геном отца, может быть диагностически полезной для подтверждения диагноза полного пузырного заноса.

Частичные пузырные заносы гистологически характеризуются совпадением следующих особенностей:

- ♦ наличие элементов эмбриона или плода;
- ♦ смесь двух популяций ворсинок (маленькие фиброзные ворсинки и большие неправильные отечные ворсинки);
- ♦ мультифокальная гиперплазия трофобласта слабой и умеренной степени выраженности;

- расширенные кавернозные ворсинки;
- расширенные ворсинки с беспорядочными трофобластическими инвагинациями и включениями;
- в большинстве случаев кариотип триплоидный — 69XXX, и представлен двумя наборами отцовских хромосом и одним материнским.

Инвазивный пузырный занос проявляется присутствием ворсинок пузырного заноса внутри миометрия или в его васкулярных пространствах. Так как большинство инвазивных заносов возникают после полного пузырного заноса, типичная гистологическая картина включает в себя отечные кавернозные ворсинки в сочетании с атипическим гиперпластическим и дегенерирующим трофобластом, локализующимся внутри миометрия или маточных вен. Диагноз «инвазивный пузырный занос» практически невозможно поставить по материалу, полученному при выскабливании матки, т.к. для этого необходимо знать состояние миометрия. Следовательно, этот диагноз можно поставить только после гистерэктомии.

Трофобластическая опухоль плацентарной площадки проявляется монофазной пролиферацией промежуточного трофобласта или цитотрофобласта без значительных количеств синцитиотрофобласта. Промежуточные трофобластические клетки являются одноядерными или многоядерным, среднего или большого размера, со значительной атипией ядер заметными ядрышками эозинофильной или светлой иигги плазмы, отдельными митозами и изредка внутриядернымк включениями. Для этого состояния характерно проникно ние опухолевых клеток через весь миометрий с выраженной вазоцентрической пролиферацией и интраваскулярный распространением. Высокая митотическая активность при этом заболевании может указывать на плохой прогноз. Проточим цитометрия выявляет, что большинство опухолей дипюидкь

Эпителиоидная трофобластическая опухоль включит в себя пролиферацию мономорфных клеток промежуточно го трофобласта, которая отличается от опухоли плацентарной площадки по некоторым аспектам:

- эти клетки имеют меньший размер и меньший плеоморфизм;
- опухоль растет в виде узла, иногда замешал эпителий эндоцервикса, близко напоминая карциному.

Хориокарцинома состоит из смеси синиитмотрофобласта, цитотрофобласта и промежуточного трофобласта в миг клеток с выраженным кровотоком, некрозом и сосудистой инвазией. Злокачественный трофобласт обнаруживает заметную цитологическую атипию и бифазную дифференцировку, при этом имеются группы клеток цитотрофобласта окаймленных многоядерным синцитиотрофобластом. Большинство опухолей имеют вариабельную

промежуточную трофобластическую дифференцировку, не обладают опухолевой стромой или новообразованием сосудов. В связи с тем что жизнеспособная опухоль может быть обнаружена только по периферии геморрагического узла, необходимо исследовать большое количество проб для подтверждения гистологического диагноза. Гистологически хориокарцинома не подразделяется на степени злокачественности – это не дает никакой дополнительной информации для клиники. При исследовании опухолей методом проточной цитометра было обнаружено, что они диплоидны.

Чаше хориокарцинома локализуется в теле матки, реже в области патологической имплантации плодного яйца в маточной трубе, яичнике или в брюшной полости *(эктопическая хориокарцинома).* Макроскопически опухать представлена узлами синевато-багрового цвета мягкой консистенции. При экзофитном росте опухоль выступает в полость матки, при эндофитном — внедряется в толщу ммометрия вплоть до серозной оболочки матки. В редких случаях опухать расположена в толще стенки матки (интрамурально) или имеет вид множественных очагов в теле и одновременно в шейке матки.

Классификация. Современная тактика лечения больных с трофобластической опухолью требует сугубо индивидуаль- ного подхода, но с учетом имеющихся общих для всех пациенток прогностических факторов, сведенных в единую систему. В рамках этой системы получила признание концепция существования неблагоприятных факторов— факторов риска.

Идентификация прогностических факторов в начале эры химиотерапии позволила разделить больных с трофобластическими опухолями на группы с низкой, средней и высокой степенью риска неблагоприятного течения заболевания с целью проведения адекватного лечения в зависимости от количества этих факторов.

Обобщив опыт различных медицинских учреждений, занимающихся лечением ТББ, K.D. Bagshawe еше в 1974 г. впервые опубликовал схемы подсчета баллов по прогностическим факторам, в которых на основании 13 факторов, в зависимости от веса каждого из них, и суммирования баллов была разработана система деления больных на группы низкого, среднего и высокого риска. На основании этой системы были рекомендованы режимы химиотерапии, различающиеся по степени их агрессивности в зависимости от групп риска. Эта классификация нашла широкое применение у специалистов (табл. 7), однако, как считают эксперты ВОЗ она может быть упрощена.

При общей сумме баллов: 4 — низкий риск; 5-7—средний риск; 8 — высокий риск.

В настоящее время у некоторых врачей сложилось предубеждение по отношению к принятой ВОЗ классификации трофобластических опухолей из-за внесения индивидуальных изменений в эту классификацию, что приводит к невозможности сравнения результатов лечения внутри одного центра или между

центрами.

Таблица 7

Прогностические факторы по классификации ВОЗ

Прогностические факторы	**Баллы***			
	0	**1**	**2**	**4**
Возраст (годы)	≤ 39	39		
Предшествующая беременность	ПЗ	Аборт	Срочные роды	
Интервал*	4	4-6	7-12	более
ХГ(МЕ/л)**	10^3	10^3-10^4	10^5	10^5
Группа крови		О или А	В или АВ	
Размер самой крупной опухоли, включая опухоль матки, см	Менее 3	3-5	5	
Локализация метастазов		Селезенка, почки	ЖКТ, печень	Головной мозг
Число найденных метастазов		1-3	4-8	8
Предшествующая **химиотерапия**			1 препарат	2 и более препарата

* Интервал: время (месяцы) между окончанием предшествующей беременности и началом химиотерапии.

** Низкий уровень ХГ может быть при опухолях плацентарного ложа. *** Общую сумму баллов для конкретной больной получают путем сложения баллов по каждому прогностическому фактору.

В последнее время используются несколько классификаций трофобластической опухолей, зависимых от пристрастий докторов, имеющих дело с больными этой патологией. Такая ситуация затрудняет не только выработку соответствующей химиотерапии с учетом индивидуального прогноза, но и решение проблемы стадирования заболевания и сопоставимости полученных результатов. Приводим наиболее часто используемые классификации

1. **Классификация Hammond (NCI) для больных с отдаленными метастазами трофобластической болезни**

A. Заболевание с хорошим прогнозом:
   1) короткая длительность заболевания;
   2) низкий уровень ХГ перед началом лечения (меньше 100000 МЕ/мл в моче или меньше 40000 МЕ/мд в сыворотке крови);
   3) отсутствие метастазов в головном мозге и печени,
   4) отсутствие предшествующей беременности;
   5) отсутствие предшествующей химиотерапии.

B. Заболевание с плохим прогнозом (при наличии шж одного из следующих факторов):

1) длительность заболевания более 4 месяцев;
2) высокий уровень ХГ перед началом лечения (более 100 000 МЕ/мл в моче или более 40 000 МЕ/мл в сы- воротке крови);
3) наличие метастазов в головном мозге и печени.
4) наличие предшествующей беременности;
5) наличие предшествующей химиотерапии.

2. Классификация FIGO (Сингапур, 1992)

Стадия I— опухоль в пределах матки:

1a — отсутствие факторов риска;

lb — наличие одного фактора риска;

1c — наличие двух факторов риска.

Стадия II— опухоль распространяется за пределы матки, но ограничена половыми органами:

Ha — отсутствие факторов риска;

НЬ — наличие одного фактора риска;

Нс — наличие двух факторов риска.

Стадия III— заболевание распространяется на легкие:

Ша — отсутствие факторов риска;

ШЬ — наличие одного фактора риска;

Шс — наличие двух факторов риска.

Стадия IV— наличие прочих отдаленных (кроме легких) метастазов:

IVa — отсутствие факторов риска;

IVb — наличие одного фактора риска;

IVc — наличие двух факторов риска.

Факторы риска:

1. ХГ более 100 МЕ/мл;
2. Длительность заболевания более 6 месяцев с момента предшествующей беременности.

Эта классификация основана на системе подразделения факторов риска, разработанной Bagshawe, модифицированной Goldshein и адаптированной в модифицированной форме Комитетом по трофобластической болезни ВОЗ в 1983 г.

Классификация ВОЗ широко распространена, ибо она подразделяет факторы риска, ассоциированные с данной опухолью, более детально и позволяет определять *прогностическую вероятность,* полезную при назначении химиотерапии. Большую проблему в этой классификации создают отдельные центры, стремящиеся ввести изменения и дополнения в раздел «факторы риска», что ведет к численным изменениям величины прогностической вероятности, распределяемой на каждую категорию риска. Неизбежно возникают различия оценки прогностической

вероятности факторов риска и, соответственно, пациентки с *одинаковой* формой и выраженностью болезни оказываются в *разных* прогностических группах. Это делает трудным и даже невозможным сравнение результатов лечения между различными клиниками и вызывает настороженное отношение к оценке результатов различных химиотерапевтических режимов у разных исследователей.

K.D. Bagshawe в своей оригинальной классификации использовал градации в 0, 10, 20 или 40. D.P. Goldstein модифицировал их как 1, 2, 3 и 4. T.C. Wong, адаптируя классификацию ВОЗ, использовал только 3 градации для высшей категории риска. В связи с этим пациентки из Гонконгского университета и из Центра трофобластической болезни в Бостоне будут иметь относительно более низкую градацию категории наибольшего риска. K.D. Bagshawe в последующем увеличил наивысшую категорию с 4 до 6 в исследовательской группе госпиталя Черинг-Кросс. G. Bolls также последовал этому опыту, и поэтому данные, полученные из больницы Чернг-Кросс и из Миланской группы, будут иметь относительно более высокую категорию группы с наивысшим риском, чем те, которые определены в соответствии с принятой классификацией ВОЗ.

Вначале в классификации K.D. Bagshawe и классификации NCI использовались как значительные факторы риска уровень ХГ и время наступления предшествующей беременности. Уровень ХГ отражает выраженность объема опухоли, а время от начала предшествующей беременности — длительность существования опухоли. Bagshawe внес в качестве фактора риска возраст женщин, что было также включено в классификацию ВОЗ. Все исследователи принимают эти факторы риска. Лишь G. Bolis не согласен и включает в перечень факторов риска не время, прошедшее от начала предшествующей беременности, а период больше или меньше 6 месяцев от предшествующей беременности. Указанные в классификации ВОЗ такие факторы, как размеры наибольшей опухоли, локализация метастазов и их количество были приняты всеми исследователями. Bagshawe не присваивал отдельных очков для опухоли меньше 3 см, а давал одно очко опухолям 3—5 см и 2 очка — более 5 см, что также использовано классификацией ВОЗ. Однако Wong присваивал два очка опухолям 2—5 см и 3 очка — узлам более 5 см. G. Bolis пошел еще дальше, присваивая 6 очков опухоли более 10 см в диаметре. Все эти мнения достаточно дискуссионны, т.к. не существует установленных правил исследования размеров опухоли клинически или с использованием УЗИ или рентгенологического исследования.

Классификация ВОЗ присваивает 2 очка в случае предшествующей химиотерапии одним препаратом и 4 очка в случае предшествующей химиотерапии двумя и более препаратами. Wong дает 1 очко в случае предшествующей профилактической химиотерапии и 2 очка в случае неэффективности любой предшествующей химиотерапии, а K.D. Bagshawe добавляет 1 очко, если предшествовавшая химиотерапия

была неэффективной.

Таблица 8

Количество очков (баллов), определяющих риск у пациенток с трофобластической болезнью

Количество очков (баллов)		1[10]	**20**	**40**
Возраст (годы)	Менее 39	Более 39		
Роды в анамнезе	1,2,более 4	3 или 4		
Предшествующая заболеванию беременность		Аборт	Срочные роды	
Гистологический диагноз	Количество очков(баллов)	Неизвестный	Хорионкарцинома	
Интервал (предшествующая беременность до начала химиотерапии), месяцы	Менее 4	4-7	7-12	Более 12
ХГ (плазма мили- МЕ/мл или моча МЕ/сут)	10^3-10^4	Менее 10^3	10^4- 10^5	Более 10^5
Группа крови (пациентка-муж)	А×АО, или А×ВО или А×АВ	О×ОА×ОО×А В×ВАВ×В	В×О или АВ×О или А	
Количество метастазов	Нет	1-4	4-8	Более 8
Область метаста- зирования	Нет Легкие Влагалище	Селезенка, Почки	ЖКТ Печень	Головной мозг
Наибольший размер опухоли,см	3	3-5	5	
Лимфоцитарная инфильтрация опухоли	Выраженная	Средняя/ неизвестная		Слабая
Иммунный статус	Реактивный	Неизвестный	Ареактивный	
Рецидивы после предшествующей			Да	

Значительной проблемой классификации ВОЗ было установление количества очков за группу крови пациентки и мужа. Клиницисты из госпиталя Черинг-Кросс присваивали 1 очко (10 очков в оригинальной классификации) в случае, если даже группа крови мужа неизвестна. Большинство исследователей встречаются с трудностями при выяснении группы крови мужа и обычно убирают этот пункт из классификации. Проблема использования групп крови в системе АВО в классификации заключается в том, что риск АВО-несовместимости как фактор риска признается далеко не всеми исследователями. Bagshawe, описывая развитие хориокарциномы, указывает, что более вероятно в равной степени она возникает как после аборта, так и после срочной беременности в случае различия групп крови пациентки и мужа. Это подтверждают результаты предшествующих исследований, показавших высокий относительный риск в случае сочетания групп крови пациентки и мужа типов А х О и О х А. Кроме того, хориокарцинома у пациенток с четвертой (АВ) группой крови имеет худший прогноз. Авторы также отметили худший прогноз хориокарциномы в случае третьей и четвертой (В и АВ) групп крови пациенток. Из-за отсутствия в настоящее время признанных данных о связи трофобластических опухолей с определенными типами групп крови необходимы дальнейшие исследования в этой области. В настоящее время в центрах, использующих группу крови в качестве фактора риска, окончательная сумма очков, определяющая суммарный риск, может быть выше, чем в центрах, не использующих этот фактор.

Многие исследователи добавили свои собственные пункты факторов риска. Bolis добавляет 6 очков, если пациентка имела хирургическое вмешательство по поводу внетазовой локализации опухоли. Surwit также учитывал хирургическое вмешательство по поводу опухоли как фактор риска.

Системы классификаций FIGO и ВОЗ применимы при всех трофобластических опухолях, тогда как классификация NCI применима лишь при наличии метастазов. Однако практично и логично использовать классификацию ВОЗ в случае метастатической формы болезни, т.к. грамотно леченные больные с неметастатическим заболеванием в большинств случаев могут выздороветь, а трудности возникают при вы*боре* терапии у пациенток с метастатическим заболеванием.

Кроме того, пациентки с неметастатической хориокарциномой могут иметь низкий суммарный риск с недостаточным набором очков для проведения показанной в таких *случаях химиотерапии.*

Система ВОЗ распределяет всех пациенток с трофобластической неоплазией на группы:

- низкого риска (0—4 балла);
- среднего риска (5—7 балла);
- высокого риска (более 7 баллов).

Мнения различных исследователей в оценке определения групп риска не совпадают.

В настоящее время имеется несколько исследований по оценке суммы факторов прогноза при опухолях высокого риска. Lurain показал, что среди 168 пациенток, имевших сумму менее 8 по классификации ВОЗ, пролеченных в Центре трофобласта Джона Бревера,

93% были излечены, в то время как сумма более 8 баллов приводила к значительная снижению эффективности лечения (52%). Soper сообщает, что сумма в 5—7 баллов сопровождалась выживаемостью у 94,4% больных, сумма в 8—12 — 72,2% и сумма более 12 у 65% пациенток.

Проблема топического определения метастазов и методика их включения в финальный подсчет требуют отдельного обсуждения и поиска взаимоустраиваюшего варианта. Возникает вопрос, необходимо ли всем больным с трофобластическими опухолями проводить сканирование легких — компьютерную томографию (КТ) — или можно обойтись рентгенограммой при определении легочных метастазов? Hanter считает, что КТ грудной клетки должно быть рутинным исследованием при обследовании пациенток трофобластическими опухолями, даже с учетом возможности полного излечения женщин с микролегочными метастазами и использованием монохимиотерапии. Несмотря на то что легочные метастазы — «болезнь низкого риска», общая оценка будет изменяться, т.к. при рентгеновском исследовании легких часть метастазов не будет определяться. Эту проблему необходимо разрешить, поскольку увеличение числа метастазов, полученное при КТ легких, может изменить пункт классификации ВОЗ, относящийся к числу легочных метастазов.

Остается нерешенным и вопрос об использовании толщины срезов при КТ головного мозга: необходимо ли использовать толщину срезов в 1 см и не является ли стандартным подход при использовании толщины в 2 см слишком грубым и пропускающим мелкие метастазы? Возможно, пациентки, у которых «развиваются» церебральные метастазы в процессе терапии, просто уже имели их при первоначальном обследовании. Вероятно, желательным будет исследование церебральных метастазов с использованием такого эффективного метода, как магнитно-резонансная томография (МРТ) головного мозга, однако в настоящее время это мало выполнимо. Скорее всего, микрометастазы в головном мозге существуют гораздо чаще, чем определяются при обследовании, и сегодня они успешно лечатся курсами химиотерапии для групп высокого риска. Метод обнаружения метастазов в головной мозг требует своего определения для того, чтобы лидирование болезни в различных центрах было сопоставимым.

Для того чтобы добиться успеха и иметь надежные критерии в оценке результатов лечения трофобластических опухолей, необходим консенсус, общее мнение, которого бы придерживались врачи, занимающиеся терапией этого заболевания. В случае назначения первичного лечения опытным врачом пациентки даже с высоким риском с суммой баллов по классификации ВОЗ 8—12 имеют весьма высокий шанс на полное излечение. В настоящее время накапливается достаточное количество данных в пользу выделения группы с очень высоким риском метастатической формы болезни, которая по классификации ВОЗ имела бы сумму баллов 13 и более, и лечить женщин такой группы более интенсивно. Например, начальная терапия в этой группе должна представлять собой такой интенсивный курс, как EMA-PE. Но для того чтобы улучшить результаты лечения, особенно в группе больных с

очень высоким риском, необходимо уделять внимание терапевтической тактике. Консенсус по выработке и использованию адекватной системы факторов риска может значительно помочь в назначении соответствующей терапии.

Опубликованные обсуждения классификаций стадий и балльных систем величин риска свидетельствует что каждая из классификаций трофобластических опухолей дает полезную информацию, позволяющую правильно прогнозировать развитие болезни.

Классификация NC1 — самая простая и применима всех ситуациях. Она распространена в США и. конечно, полезна при начальной оценке групп риска пациенток. В опубликованном недавно исследовании юго-восточного трофобластического Центра университета Дюка (США) выбор типа лечения по-прежнему основывался на этой классификации.

Классификация FIGO основана в большей степени анатомической корреляции: пациентки с высоким риском попадают в стадии III и IV. Модификация этой классификации от 1992 г. делает ее более точной с учетом прогностических факторов, что позволяет более адекватно планировать лечение.

Помимо классификаций FIGO и ВОЗ, разработаны и другие. В частности, в Memorial Sloan Kettering Center используется классификация Lewis. Группы высокого и низкого риска определяются аналогично классификация NCI, однако выделена группа с промежуточным риском при уровне-ХГ более 100000 МЕ/мл и длительностью заболевший более 4 мес.

Голландская рабочая группа по трофобластической болезни использует систему, которая в некоторых моментах отличается от других классификаций.

Изменения, вносимые в подсчет величины риска при оценке трофобластических опухолей различными исследователями, приводят к индивидуальным вариациям классификации неприемлемого уровня. Различия при подсчете величины риска в Гонконге и Черинг-Кросс, сделанные в соответствии с классификацией ВОЗ, относят пациенток к группе *высоко*го или даже сверхвысокого риска, в то время как количество очков при одинаковой клинической ситуации в этих лечебных учреждениях не совпадает. Такое несоответствие делает невозможным не только сравнение результатов лечения, но и препятствует проведению межцентровых исследований по полихимиотерапии. FIGO и Обществу исследователей трофобластических опухолей необходимо достичь консенсуса, чтобы лечение больных проходило по общим правилам. Наиболее благоразумным было бы оставить классификацию FIGO в той форме, в которой она сейчас находится, и предложить различным центрам принять участие в перспективном исследовании с использованием определенных методовлечения и специальных химиотерапевтических протоколов, а затем провести мультивариантный ретроспективный анализ полученных результатов.

Завершением всех этих дискуссий стало создание наиболее совершенной, унифицированной в международном масштабе классификации трофобластических опухолей, которая была опубликована в TNM Atlas в 1997 г. Эта классификация основана на принятой в 1992 г. классификации FIGO (г. Сингапур) и классифицировании TNM, при этом символ N (регионарные лимфатические узлы) для этих опухолей не применяется (таб.8).

Факторы риска. Существуют 2 главных риска, которые могут повлиять на исход (кроме Т и М):

1. Уровень ХГ в сыворотке крови выше 40 000мМ Е/мл
2. Признаки заболевания более чем через 6 месяцев от момента прерывания предшествующей беременности.

Диагностика. Диагноз ТББ основывается на клинических данных, УЗТ, выявлении продуцируемого клетками опухоли ХГ или трофобластического бета-глобулина в сыворотке крови, а также данных гистологического исследования соскоба матки и результатах рентгенологического исследования грудной клетки. При развивающейся трофобластической опухоли пациентки чаще всего отмечают появление из половых путей кровянистых выделений (вначале умеренных, затем усиливающихся), обычно после предшествующей беременности, и особенно часто после перенесенного пузырного заноса. Эти кровянистые выделения обусловлены разрушением опухолью кровеносных сосудов матки или сосудов влагалища при локализации в нем метастазов. При расположении опухоли в толще стенки матки или фаллопиевой трубе в связи с разрушением серозной оболочки может возникнуть обильное внутрибрюшное кровотечение, которое также может наблюдаться при распаде метастатических узлов, расположенных по брюшине, в печени или в кишечнике.

При *локализации опухоли в маточной трубе* у больных отмечаются сильные схваткообразные боли в нижней части живота, что напоминает клиническую картину внематочной беременности.

В результате этих кровотечений и интоксикации у пациенток развивается быстропрогрессирующая анемия, нарушения свертывающей системы крови, а в связи с возможным некрозом и инфицированием узлов опухоли может наблюдаться лихорадочное состояние.

Таблица 9

Классификация трофобластической болезни по системе TNM (2002 г.)

TNM	Стадии FIGO
Tx — недостаточно данных для оценки первичной опухоли	
TO — первичная опухоль не определяется	
T1 — опухоль ограничена маткой	I
T2 — опухоль распространяется на влагалище, параметрии, яичники или маточную трубу в виде метастазов или прорастает	II
Mx — недостаточно данных для оценки метастазов	
MO — нет отдаленных метастазов	
M1a — метастазы в легкие	III
Mlb — другие метастазы с поражением или без поражения легкого	IV

Примечание. 1) Символ N не приводится. Поражение лимфатических узлов расценивается как метастаз — M1; 2) Стадии FIGO подразделяются на A-C соответственно факторам риска: A — без факторов риска: B — с одним фактором риска; C — с двумя факторами риска.

Клиническая картина заболевания при наличии отдаленных метастазов проявляется симптомами, обусловленными их локализацией. Так, при метастатическом поражении легких появляются кашель с мокротой или кровью, боли в грудной клетке, возможен гемоторакс, легочная гипертензия; при метастазах в мозг — головная боль, рвота, гемиплегия и другие неврологические симптомы.

При обращении больной ТББ к врачу можно обнаружить во время гинекологического исследования с помощью зеркал цианоз слизистой оболочки влагалища и шейки матки, а так же метастазы опухоли во влагалище в виде темно-красных возвышений и узелков с характерным сероватым опенком из-за выраженных некротических изменений. При бимануальном исследовании тело матки обычно увеличено и имеет мягковатую консистенцию, часто можно отметить увеличение придатков и пальпировать лютеиновые кисты.

В арсенале уточняющих диагностических мероприятий при выявлении ТББ используется целый ряд методик: тазовая ангиография, гистерография и гистероскопия, ком компьютерная томография, радиоизотопное исследование матки, лапароскопия и т.д.

Однако в последнее время диагностическая роль этих исследований сведена к минимуму с появлением УЗТ. которая в значительной мере превосходит информативность и чувствительность других методов. УЗТ не только дает возможность с высокой степенью достоверности определить наличие опухоли и ее локализацию в матке, но, благодаря неинвазивности метода, его можно применять неоднократно в динамике заболевания для контроля за эффективностью химиотерапии, а также как один из критериев излеченности.

Диагноз ТББ, основанный на гистологическом исследовании соскоба матки, не всегда достоверен, поскольку сходная картина может наблюдаться и после прерывания беременности. Поэтому предположительный диагноз, полученный при гистологическом исследовании, должен быть подтвержден результатами определения ХГ в сыворотке крови. Отрицательные или сомнительные результаты гистологического исследования соскоба не дают основания для полного исключения наличия заболевания.

Цитологическое исследование аспирата из полости матки не нашло широкого применения в диагностике ТББ, т.к. обнаружение элементов опухоли в мазках затруднено ввиду частого некроза клеток опухоли и кровянистых выделений из матки.

Дифференциальный диагноз заболевания проводят с синцитиальным эндометритом, плацентарным полипом, беременностью, а хориокарциному маточной трубы дифференцируют с внематочной (трубной беременностью). В дифференциальной диагностике метастатического поражения легких при хориокарциноме и туберкулезе легких важную роль играют данные анамнеза и определение ХГ в сыворотке крови.

По общему признанию клиницистов, основным и ведущим методом в диагностике и мониторинге ТББ является определение уровня ХГ и его субъединиц.

Тем не менее при определении уровня ХГ возникает ряд трудностей. Это связано с тем, что молекула ХГ состоит из двух единиц и присоединенных к ним компонентов сахаров. Субъединица ХГ почти идентична по своей структуре субъединице лютеотропного,

фолликулостимулирующего, тиреотропного гормонов. Поэтому при использовании реакции с антителами против обеих субъединиц ХГ может возникнуть перекрестная реакция с антигенами других гормонов,что значительно снизит ценность этого метода. Перед проведением иммунизации предложено разделять молекулу ХГ на две субъединицы и использовать для получения антител только бета-субъединицу, т.к. она дает перекрестную реакцию лишь с антигенами лютеотропного гормона. Некоторые исследователи предлагают использовать для иммунизации один из компонентов молекулы ХГ — терминальный карбоксил. При этом не отмечается никакой перекрестной реакции, однако структура молекулы ХГ так изменяется, что становится менее чувствительной. Следует отметить: вопреки имеющемуся у врачей представлениюотом, что ХГ секретируется только плацентой, установлено, что небольшое количество гормона может продуцироваться и большинством нормальных регенерирующих тканей.

При наличии трофобластической опухоли тестирование гормонов в сыворотке крови является обязательным дополнением к гистологическому анализу, а еще чаше — единственным методом, способным активно выявить заболевание или его рецидив, а также своевременно сигнализировать о малигнизации пузырного заноса.

Надежность метода заключается в том. что между активностью трофобластической ткани и титром ХГ существует четкая корреляция. Количественная оценка ХГ дает возможность быстро ориентироваться в конкретной клинической ситуации и судить о прогнозе заболевания.

Значительным достижением в улучшении своевременной диагностики трофобластической болезни стали исследования Татаринова Ю.С. с соавт. (1975) и Жордан на К. И и соавт. (1981). Суть этих исследований сводится к следующему: установить корреляционную связь ТББ с хорионическим гонадотропином у большинства больных трофобластнческими опухолями. Так можно реализовать возможности раннего выявления потенциально прогрессирующих форм заболевания трофобласта при нормальных показателях ХГ.

Лечение. Успехи лечения трофобластических опухолей матки напрямую связаны с развитием противоопухолевой лекарственной терапии, т.к. эти опухоли оказались высоко-чувствительными к химиотерапии.

С введением в практику лечения трофобластических опухолей *метотрексата, дактиномицина* и *хлорамбумша* эффективность терапии неметастатических форм ТББ приблизилась к 100% и позволила сохранить репродуктивную функцию многих женщин.

Использование *метотрексата* в сочетании с *кальция фолинатом* у пациенток с I стадией болезни или с низким риском позволило добиться излечения соответственно 90% и 69% женщин. Полная ремиссия достигнута у 81,5% больных.Токсические проявления химиотерапии незначительны.

Блеомицин несколько менее эффективен, чем *метотрексат* или *дактиномицин,* и не может их заменить полностью. Однако его применение целесообразно при наличии резистентности опухоли к другим препаратам. Это показали Yim и соавт. (1979), применив препарат у 5 женщин ввозрасте до 40 лет со злокачественной ТББ. Длительность заболевания от начала появления симптомов до начала лечения составила менее 4 месяцев. В начале лечения ответ на *блеомицин*

был хорошим у всех больных. У 3 больных через 3—5 недель отмечена ремиссия. У одной женщины на фоне хорошего противоопухолевого эффекта через 4 недели возникло профузное кровотечение из половых путей, по поводу чего ей произведена гистерэктомия. Опухолевая ткань в матке находилась в состоянии некроза, жизнеспособных клеток не определялось. Следует отметить, что токсичность препарата была выражена слабо: ни у одной больной не было выраженной лейкопении побочных действий на печень и почки не отмечено. Во время лечения у всех больных отмечалась пигментация кожи, а у 4 началась алопеция.

Используя многоцелевую полихимиотералию, оказывается возможным добиться выживае-мости бальных с благоприятным прогнозом в 100% наблюдений, а с неблагоприятным — в 67,3—90,0%.

Некоторые авторы считают, что лечение больных с плохим прогнозом следует начинать с самых агрессивных схем полихимиотерапии. Этого мнения придерживаются и отечественные исследователи проблемы. Ряд хорошо контролируемых и аргументированных исследований из крупнейшие и специализированных центров мира подтверждает правомерность и эффективность такого агрессивного подхода

Но, несмотря на достигнутые успехи в полихимиотерапии различных форм трофобласти-ческих опухолей, проблема их лечения полностью не решена.

В ряде работ обобщается большой опыт лечения ТББ в некоторых госпитальных центрах. Так, Lurain и соавт. (1982) по материалам Центра трофобластической болезни и Brewer (359 наблюдений) отмечают, что полный эффект комбинации *метотрексата, дактиномицина* и *циклофасфамида* при пузырном заносе достигался у 92%, а при хорионкарциноме — у 81%. В группе пациенток с высоким титром ХГ (100 000 МЕ/л) и длительностью болезни более 4 месяцев эффект зарегистрирован в 62% случаев, а при отсутствии этих параметров — в 93%. Важное прогностическое значение имеет характер метастазирования. При легочных и влагалищных метастазах удавалось вылечить 92% больных, а иной локализации метастазов — 34%. Все больные с метастазами в брюшную полость умерли. Хориокарцинома после родов имеет худший прогноз по сравнению с хориокарциномой, возникшей после аборта и внематочной беременности (ремиссия соответственно в 56 и 77% случаев). Для терапии метастазов в мозг в этом центре прибегали к одновременному назначению лучевой терапии на головной мозг и химиотерапии с включением в схемы лечения *метотрексата, дактиномицина* и *циклофосфамида.*

В Центре трофобластических болезней Новой Англии (г. Бостон) за 16 лет было госпитализировано 366 женщин с ТББ. У 15 (4,1%) из них в возрасте 18—34 лет хориокарцинома развивалась после доношенной беременности. Больные без метастазов получали *метотрексат* или *дактиномицин:* при наличии метастазов проводили комбинированную химиотерапию *метотрексатом, дактиномицином* и *циклофосфамидом.* Отдельным больным были применены лучевая терапия и хирургическое лечение. Полная ремиссия достигнута у 2 больных без метастазов и 8 больных с наличием метастазов. У 10 больных с уровнем ХГ в моче до начала химиотерапии менее 100 ООО МЕ/л ремиссия была зафиксирована у 8 (80%) больных. У 5 больных с уровнем ХГ в моче до начала химиотерапии

более 100 000 МЕ/л ремиссия достигнута в 40% случаев. При интервале времени между предшествовавшими родами и диагнозом хориокарциномы менее 4 месяцев полная ремиссия зарегистрирована в 87%, при интервале более 4 месяцев — в 43%. Среди больных с метастазами в печень или головной мозг выжили только 28% женщин.

В рамках программы лечения хориокарциномы в известном Лондонском центре Черинг-Кросс большинство больных с низкой степенью риска получали *метотрексат с фолиевой кислотой,* что соответствует режиму с минимальнойтоксичностью.

До 1979г. больные со средней степенью риска получали последовательно *гидроксикарбамид, метотрексат, меркаптопурин, дактиномицин, винкристин* и *циклофосфамид. С* 1979 г. *винкристин* и *циклофосфамид* заменены *этопозидом.* Все 76 больных, леченных в 1979—1983 гг., к моменту оценки были живы и находились в состоянии полной ремиссии после 15—66 месяцев наблюдений. У 3 из них после окончания курса лечения был рецидив, но после дополнительно проведенной химиотерапии также наступила стойкая ремиссия.

Лечебный режим у 56 больных с высокой степенью риска (у большинства из них была опасность развития лекарственной устойчивости) включал *этопозид* с *метотрексатом* и *дактиномицином* (ЭМД) и *винкристин* с *циклофосфамидом* (ВЦ). Эти схемы применяли попеременно в течение недели, общая выживаемость составила 84%. Выживаемость и частота рецидивов у больных, получавших предварительную химиотерапию, составили соответственно 74 и 19%, а у больных, не получавших предварительной химиотерапии, соответственно 93 и 3%. Токсичность лечебного режима, включающего ЭМД и ВЦ, была значительно ниже, чем режима, ранее при менявшегося у больных с высокой степенью риска. Авторы делают вывод, что *этопозид* является основным препаратом в химиотерапии больных с трофобластическими опухолями средней и высокой степени риска.

В исследованиях Du Beshter и соавт. (Центр трофобластических болезней Новой Англии) акцент делается на значение прогностических групп риска. Лечение проведено 93 больным с метастатической ТББ. Больные разделены на группы высокого и низкого риска. Критериями высокого риска были:

1) Наличие метастазов в головной мозг, селезенку, печень, почки или кишечник;
2) отсутствие эффекта от ранее проводимого лечения;
3) развитие хориокарциномы после доношенной беременности;
4) продолжительность времени от предшествующей беременности до начала лечения более 4 месяцев;
5) уровень ХГ в сыворотке крови до начала лечения более 40 ООО мМЕ/мл или уровень ХГ в моче выше 100 ООО МЕ/л.

Полная ремиссия достигнута у всех 42 больных группы низкого риска и у 34 из 51 — из группы высокого риска (66%). Монохимиотерапия вызвала полную ремиссию у 32 больных

группы низкого риска. Полная ремиссия достигнута у 13 из 24 больных группы высокого риска в 1965—1975 гг. и у 21 из 27 больных 1 1976—1985 гг. Монохимиотерапию

получали в 1965—1975 гг. 13 из 24 больных высокого риска, в то время как в последние 10 лет — только 7%. Сделан вывод, что система прогностической шкалы более эффективна, чем традиционные критерии определения высокого риска, при выявлении группы больных, которым для достижения ремиссии требуется интенсивная комбинированная химиотерапия.

В дальнейшем эта тактика не претерпела изменений.

Jones (1994) из Центра онкологических заболеваний Слоун-Кеттеринг (г. Нью-Йорк) приводит описание лечения 240 больных с различными метастазами, которые были разделены на две группы с низким и высоким риском. У 121 больной (50%) имелись метастазы к началу первичного лечения, из них 62 (51%) расценены как группа низкого риска и 59 (49%) — высокого. Из группы больных высокого риска у 22 (37%) имелись метастазы в головной мозг и печень, еще у 6 больных — только в печень. Первичная химиотерапия у больных низкого риска состояла в назначении *метотрексата* и *дактиномицина.* Большинство бальных высокого риска получали *метотрексат, дактиномицин* и *хюрамбуши.* Всех больных с метастазами в головной мозг подвергли лучевой терапии. Полная ремиссия зарегистрирована в обшей группе в 91 % случаев; для больных группы низкого риска частота полных ремиссий составила 98,4%; для больных группы высокого риска — 66%. Начиная с 1989 г. наметилась тенденция лечить больных высокого риска *этопозидам, метотрексатом, дактиномицином, циклофосфамидом* и *винкристином*

Опыт онкологического центра в г. Дели по определению целесообразности лечения больных группы высокого риска показал, что ТББ обладает высоким курабельным потенциалом. Это было продемонстрировано на примере химиотерапии 54 больных ТББ (19 с хориокарциномой). Почти у всех выявлены метастазы в различные органы. Лечение прослежено под контролем серийного определения бета-ХГТ. Лечение у 39 человек состояло только из монотерапии *метотрексатом,* остальные получали полихимиотерапию. В целом у 51 из 54 больных достигнута полная ремиссия.

Китайские онкологи пишут об успешности полихимиотерапии с использованием *фторурацила, винкристина* у 33 больных со злокачественными опухолями трофобласта (6 хориокарцином). У большинства больных засвидетельствовано выздоровление, 4 женщины родили нормальных детей. У 3 больных были неудовлетворительные результаты, это были пожилые люди с метастазами в легкие и влагалище

Особое место в клинике хориокарциномы занимают метастазы в головной мозг, которые, по данным литературы возникают у 6—20% больных и носят, как правило, мно-жественный характер. Клиническое течение интракраниальных метастазов хориокарциномы имеет особенности, связанные с биологическими свойствами этой опухоли, с наличием кровоизлияний в опухолевом узле и вокруг него. Почти в 40% случаев острое появление метастазов в головной мозг с быстрым нарастанием симптомов, напоминает картину геморрагического инсульта, и $^{2}/_{3}$ больных погибают в короткие сроки.

В связи с развитием резистентности опухоли к проводимому лечению у 15—20%

больных необходимо создание новых перспективных схем полихимиотерапии с расширением круга применяемых химиопрепаратов, таких как *доксорубицин, препараты платины, этопозид.*

Для борьбы с медикаментозной резистентностью у больных группы высокого риска китайские специалисты рекомендуют использовать метод катетеризации артерий вблизи опухоли или непосредственно ее питающих (маточная артерия).

Корейские онкологи сообщают об опыте полихимиотерапии у 15% больных, резистентных ко всем видам лечения. Авторы использовали свою прогностическую систему в сочетании с некоторыми элементами стадирования по FIG0 и балльной системы экспертов ВОЗ. Они считают, что точный выбор химиотерапевтических агентов играет решающую роль в судьбе больных. В терапии использовали также по покаяниям хирургическое лечение, включая гистерэктомию, торакотомию и краниотомию после химиотерапии. Из общего числа 737 больных, получивших такое комбинированное лечение, полную ремиссию удалось получить у 96,4% больных в группе низкого риска, у 93,5% — среднего риска и только у 70,4% больных высокого риска; в среднем по всей группе — у 86,4% больных. Для получения стойкой ремиссии, как считают авторы, исключительное значение приобретает продолжительность лечения как профилактики рецидива болезни. Согласно балльной оценке, больные должны получить не менее 3 курсов химиотерапии (6 недель) для низкого риска, четыре курса (10 недель) для среднего и пять курсов (12 недель) для высокого.

Огромным достоинством современной противоопухолевой лекарственной терапии хориокарциномы матки является не только излечение значительной части больных, но и сохранение у многих из них нормальной детородной функции.

Вызывает значительный интерес способность к зачатию у женщин с хориокарциномой после лечения химиотерапевтическими агентами. Так, Tscherne сообщает, что за 12 лет у 13 женщин было 18 беременностей, наступивших через 1 год и более после окончания лечения трофобластической болезни цитостатически ми средствами, причем 12 женщинам проведено 1—3 курса лечения *метотрексатом,* 1 — сочетанием его с *дактиномицином.* У 3 женщин, имевших за период наблюдения 4 беременности, одна закончилась выкидышем, 3 — искусственным абортом. Одна женщина продолжала на момент публикации находиться под наблюдением по поводу нормально развивающейся беременности при сроке 33 недели. У остальных 10 женщин было 13 беременностей. У 7 из них имелась небольшая степень риска рецидива опухолевого процесса (1-я группа), у 3 — высокая (2-я группа); в 1-й группе спонтанные роды были у 6 пациенток, кесарево сечение произведено у 1 женщины, во 2-й группе — соответственно у 2 и 1 женщин. Роды были в срок у 6 женщин 1-й группы и преждевременными — у 1 женщины с двойней. У женщин 2-й группы все роды были своевременными. Все женщины обеих групп родили живых и здоровых детей за исключением

1 женщины из 1-й группы (у ее ребенка в последующем диагностировали врожденные уродства).

Предложенные исследователями многообразные дифференцированные схемы

комбинированной химиотерапии,которые были использованы для лечения хориокарциномы матки, оказались высокоэффективными и позволили улучшить результаты лечения, в т.ч. и по отношению к таким тяжелым больным, которые имели метастазы в легкие и головной мозг. Более высокадэффективность полихимиотерапии по сравнению с монохимиотерапией отразилась также и на сокращении числа оперативных вмешательств по поводу опухолей трофобласта.

Несмотря на то что в литературе имеется значительная информация по применению различных противоопухолевых лекарственных препаратов, каждый из которых обладает избирательным действием на опухоль, клиницисты еше недостаточно уделяют внимания разработке и внедрении агрессивных комбинаций химиопрепаратов, способных пре одолеть резистентность опухоли. Мало внимания уделяетеся вопросам разработки 2-й и 3-й линий химиотерапии в случае резистентности опухоли к стандартным химиопрепрепаратам. В то же время, как показывают литературные источники создание более агрессивных схем химиотерапии позволяет преодолеть резистентность опухоли и тем самым улучшить результаты лечения.

Приоритетные исследования, доказавшие ведущую роль химиотерапии в лечении ТББ в нашей стране, принадлежат члену-корреспонденту РАМН профессору Л.А. Новиковой и ее школе. Благодаря проведенным в ГУ РОНЦ им. Н.Н. Блохина РАМН работам удалось сохранить репродуктивную функцию у сотен молодых пациенток, а рожденные ими здоровые дети стали бесспорными и счастливыми аргументами правильности избранного направления.

Полный пузырный занос. По общему мнению специалистов, самым ранним и ведущим симптомом ТББ, независимо от гистологического типа, являются маточные кровотечения различной интенсивности и степени выраженности. Эта наиболее частая манифестация заболевания — 50-98% наблюдений. Патологическое кровотечение следует рассматривать как «ключ» к ранней постановке диагноза.

Другим частым классическим признаком ТББ, особенно полного пузырного заноса, является несоответствие размеров матки сроку беременности: *в большинстве случаев размер матки на 4 недели превышает размер, соответствующий сроку беременности, это обусловлено ростом хориона и скоплением крови в матке.* Следует, однако, помнить, что в 30-40 % случаев размер матки соответствует сроку беременности, а в 15—20% случаев он меньше.

Частый симптом развития опухоли — неукротимая рвота беременных которая развивается в 12-27 % случаев болезни.

Кроме того, достаточно часто (27%) у пациенток с полным пузырным заносом наблюдаются явления преэклампсии, что характеризуется артериальной гипертензией, протеинурией и гиперрефлексией. Эти явления чаще встречаются у бальных с высоким показателем бета-хорионического гонадотропина (ХГ) при больших размерах матки.

У некоторых больных с полным пузырным заносом отмечаются явления тиреотоксикоза с соответствующими признаками этого состояния (теплая и влажная кожа, потливость, тахикардия, тремор и т.д.).

Крайне редкое, но возможное осложнение полного пузырного заноса - эмболия ветвей

легочной артерии, что имеет свои клинические признаки, выражающиеся прежде всего в виде дыхательной недостаточности.

Почти у половины больных полным пузырным заносом обнаруживаются текалютеиновые кисты, которые могут достигать значительных размеров — до 10 см в диаметре и более. Появление этих кист связано с высоким уровнем ХГ, который, в свою очередь, постоянно стимулирует яичники.

Все вышесказанное в большей степени относится к клинической картине полного пузырного заноса, т.к. клиника частичного пузырного заноса менее яркая и скорее напоминает состояние при самопроизвольном выкидыше, а поэтому чаше всего частичный пузырный занос диагностируется после гистологического исследования соскоба из матки.

Инструментальная диагностика. Несмотря на достаточно четкую клиническую картину полного пузырного заноса, основным диагностическим методом является УЗТ малого газа. При этом исследовании отмечается характерная ультразвуковая картина «снежной бури», отражающая диффузный отек ворсин хориона и множественные полости, которые макроскопически выглядят как множество пузырьков, заполняющих полость матки.

При частичном пузырном заносе выявляется очаговый отек ворсин хориона, а также увеличение поперечных размеров плодного яйца.

Диагностическая ценность УЗТ при пузырном заносе высока (информативность до 95%).

Лечение. Основным методом лечения пузырного заноса является эвакуация его с помощью вакуум-аспирации с последующим выскабливанием матки. При этом следует отметить, что больным более старшего возраста, не желающим в дальнейшем иметь детей, может быть предложен альтеративный метод лечения — операция в объеме экстирпации матки с сохранением яичников, даже при наличия текалютеиновых кист.

Вопрос об адъювантной химиотерапии после эвакуации, пузырного заноса в мировой литературе остается дискуссионным, поскольку известно, что злокачественные трофобластические опухоли развиваются после пузырного заноса только у 15% больных. При этом следует отметить, сравнению со странами Европы более агрессивный подход к лечению наблюдается у клиницистов США.

Доказана, что химиотерапия целесообразна только в тех случаях, когда наблюдается отсутствие снижения ХГ до нормальных показателей в течение ближайших 1,5—2 месяцев после эвакуации пузырного заноса, а также при отсутствии нормализации менструального цикла в эти же сроки, и, естественно, когда при УЗИ определяется опухоль в матке. При наличии этой патологической ситуации обычно проводится монохимиотерапня (метотрексат и лейковорин), т.к. эти пациентки расцениваются как больные с трофобластической опухолью низкого риска.

В практическом отношении пузырный занос после эвакуации обычно заканчивается благоприятным исходом, не требующим в дальнейшем какого-либо спецефического лечения. Однако, учитывая, что все-таки у 10-15 % больных развиваются трофобластические опухоли, в дальнейшем эти пациентки нуждаются в тщательном мониторинге. При

динамическом наблюдении в течение полугода эти женщины посещают онкогинеколога, ежемесячно проводится определение ХГ в сыворотке крови, а по показаниям выполняется УЗТ. Считается, что если в течение 6 месяцев у пациентки полностью нормализовались все показатели (восстановление менструального цикла, нормальные показатели ХГ и УЗТ), то врач имеет право рекомендовать им планировать беременность.

При этом в течение полугола после эвакуации пузырного заноса целесообразно применение гормональной контрацепции с целью предотвращения нежелательной беременности. Начинать прием оральных контрацептивов следует после восстановления менструальногоцикла, т.е. со второй нормальной менструации.

Инвазивный пузырный занос. *Клиническая картина* инвазивного пузырного заноса обычно сопровождается обильным маточным кровотечением, что обусловлено инвазией опухоли в миометрий, и эти больные, как правило, требуют экстренного оперативного вмешательства в объеме экстирпации матки. Выявить инвазию пузырного заноса в миометрий при УЗТ достаточно затруднительно, поэтому диагноз «инвазивный пузырный занос» чаще всего устанавливается только на основании гистологического исследования удаленной матки. Дальнейшая врачебная тактика по отношению к этим больным в основном такая же, как и при пузырном заносе.

Общеизвестна способность трофобластических опухолей к метастазированию даже при отсутствии морфологических признаков злокачественности. Так, наблюдая за 97 больными с пузырным заносом, Chan обнаружил у 10 из них метастазы в легких.

ХОРИОКАРЦИНОМА МАТКИ

Статистика. С 2000 г. наблюдалось более 1500 больных различными формами ТББ, в т.ч. и 442 больных с гистологически верифицированным диагнозом «хориокарцинома матки».

Возраст больных колебался от 16 до 62 лет. Наибольшее количество больных хориокарциномой было в возрасте от 16 до 40 лет – 96%.

Проанализировав анамнез больных и исходы предшествующих развитию беременностей, удалось выявить, что в большинстве случаев хориокарцинома матки возникла: после искусственного прерывания беременностей – 30% случаев, после самопроизвольного выкидыша – 22%, пузырного заноса – 22%.

В соответсвиии с современной классификацией (TNM, 1997; FIGO, 2000) наблюдались с I стадией заболевания 33% больных, со II стадией – 9% больных, с III стадией – 45% больных и с IV – 13% больных (табл. 10). Т.е. большинство больных имели метастаз-ы опухоли в легкие и другие отдаленные органы (стадии III-IV)

Как известно, хориокарцинома матки метастазирует гематогенным путем, поэтому отдаленные метастазы опухоли могут выявляться в самых неожиданных местах (табл. 10). Наиболее часто метастазами поражаются легкие, вульва и головной мозг. Печень, почки,

кишечник и селезенка поражаются значительно реже легких, а другие органы и ткани – лишь у отдельных больных. При развитии метастазов появляются симптомы, обусловленные их локализацией. Так, при метастатическом поражении легких появляется кашель с мокротой и боли в грудной клетке, при метастазах в мозг – головные боли, рвота, гемиплегият и другие неврологические симптомы.при поражении органов ЖКТ – тошнота, рвота, боли в животе и желудочно-кишечные кровотечения.

Таблица 10

Распределение больных по стадиям заболевания (FIGO, 2000 г.)

Стадия	**Число больных**	**%**
I (a,b,c)	144	32,6
II (a,b,c)	39	8,8
III (a,b,c)	202	45,7
IV (a,b,c)	57	12,9

Таблица 11

Локализация метастазов хориокарциномы матки

Локализация метастазов	**Число больных**	**%**
Легкие	116	26
Легкие + малый таз (влагалище, параметрий)	83	18
Легкие + отдаленные органы	60	14
+ мозг	33	7,5
+ печень	16	3,7
+ почки	12	2,7
+ надпочечник	4	0,9
+ селезенка	8	1,8
+ поджелудочная железа	4	0,9
+ под кожу (область головы, пупка, молочной железы)	5	1,1
+ бедренная кость	1	
+ фаланга пальца + верхняя челюсть		

+ лимфоузлы средостения		
+ щитовидная железа + слюнная железа		
+ желудок + слепая кишка		
+ большой сальник	2	
+ яичники	8	1,8

Диагностика. Одним из наиболее современных и надежных диагностических методов при хориокарциноме матки являются: **определение показателей бета-субъединицы ХГ и УЗТ**, которая по своим диагностическим возможностям не уступает КТ и МРТ. Использовыание этих методов позволяет убедительно, четко и своеврменно информировать клиницистов о динамике заболевания в процессе лечения. Применение современной методики определения бета-субъединицы ХГ позволило существенно уменьшить число ложноотрицательных реакций и значительно повысить диагностическую ценность этого серологического маркера (98%). Кроме того, данный метод дает возможность качественно проводить мониторинг за динамикой заболенвания в процессе лечения.

Применение УЗТ позволяет уточнить клинический джиагноз, определить локализацию опухоли в матке и по отношению к оболочкам матки установить размеры и структуру опухолевого узла, выявитть особенности сосудистого русла матки, состояние придатков и сосудов малого таза. Проведение подобной уточняющей диагностики позволяет клиницистам получить полноценное представление о местном распространении трофобластической опухоли, а в ряде случаев – и об отдаленных метастазах. Эти данные в совокупности с клиническими и лабораторными исследованиями способствуют своеврменному и адекватному планированию тактики ведения больной с учетом прогностических факторов.

Информативность УЗТ в диагнсотике злокачественных трофобластических опухолей матки такова (по данным М.А.Чекаловой):

- чувствительность – 90,7%;
- специфичность – 73,2%;
- точность – 85,1%.

Широкое использование УЗИ обусловлено успехами консервативного лечения ТББ и находит применение в качестве метода объективной оценки результатов химиотерапии. Возможность его неоднократного использования в динамике и при дальнейшем наблюдении имеет большое значение для своеврменной коррекции тактики лечения ТББ и профилактики рецидивов. Динамическая ультразвуковая картина, выявляемая на различных этапах лечения, позволяет судить о терапевтической результативности. Иными словами, применение УЗИ у больных ТББ помогает индивидуализировать план лечения, выбирать его оптимальный вариант, контролировать динамику течения заболевания.

Основным критерием полного терапевтического эффекта при ТББ следует считать

нормализацию ультразвукового изображения матки, а также отсутствие динамики остаточных изменений в области определяемой ранее трофобластичекой опухоли (рубец, варикозное расширение вен) в течение 2-3 месяцев.

Внимательно ознакомившись с выписками из историй болезни, присланными из других лечебных учреждений, тщательно анализируя при этом анамнез заболевания, врачи слишком часто при первом обращении к ним больных хориокарциной матки совершали диагностические ошибки. Вследствие этих ошибок пациентки поздно обращались в специализированные клиники, как правило, уже с распространенным заболеванием и наличием отдаленных метастазов в другие органы или же имели длительный временной фактор (момент от начала первых признаков заболевания до начала специфического лечения), что в значительной степени ухудшало прогноз заболевания и значительно снижало шансы на выздоровление.

Так, из 442 больных только у 203 (46%) пациенток правильный диагноз ТББ был поставлен в первые 3 месяца с момента первых клинических признаков возникновения заболевания, если брать за основу отсчета время, прошедшее от последней нормальной менструации. В сроки от 3 до 6 месяцев, когда уже можно говорить о запущенности заболевания, правильный диагноз болезни был поставлен 181 (41%) больной, а у 58 (13%) больных диагноз опухоли трофобласта был выявлен более чем через 6 месяцев.

Большинство диагностических ошибок было создано гинекологами на уровне женских консультаций (табл. 11). При этом основной контингент женщин, уже имеющих ТББ, лечили или по поводу дисфункции яичников или воспаления придатков, или по поводу развиваюшейся или неразвивающейся беременности, шеечной беременности, плацентарного полипа и т.д. В этой группе (31%) в связи с ошибочными диагнозами (дисфункция яичников, плацентарный полип и т.д.) было произведено от 3 до 6 выскабливаний матки в течении 3-6 мксяцев, что, в свою очередь не толькл отсрочило правильную постановку диагноза и как следствие этого, отодвинуло своевременную лечебную специфическую помощь, но и в значительной степени способствовало прогрессированию заболевания в связи с травматизацией уже имеющейся опухоли и выбросом при этом опухолевых клеток в кровеносное русло. Это подтверждает тот факт, что у 32 из этих больных во время далнейшего обследования были выявлены метастазы в отдаленные органы (легкие, печень, почки, мозг и др,). Вследствии запущенности заболевания 21 больная погибла несмотря на проводимое интенсивное лечение. Кроме того, большинству этих женщин не было произведено гистологическое исследование соскоба эндометрия – у 39 (67%) пациенток.

Как показали наблюдения, диагностические ошибки свойственны не только акушерам-гинекологам, но и врачам других категорий: терапевтам и физиотерапевтам, которые не правильно интерпритировав патологию в легких (метастазы) лечили больных по поводу опухоли легкого, почки или слепой кишки, при этом, как оказалось после гистологического исследования, это были метастазы хориокарциномы матки; а также нейрохирургами, удалявшими опухоль-метастаз хориокарциномы в головном мозге при наличии у этой же

больной метастазов в легкие.

Представленная статистика еще раз заставляет напомнить врачам, в основном поликлинической сети, о необходимости повышения онкологической настороженности по отношению к обращающимся к ним пациенткам и о необходимости постоянного совершенствования профессиональной квалификации, при этом не забывая о приемственности и представителями специализированной онкологической службы.

Таблица 12

Ошибочные диагнозы больным хориокарциномой матки при первичном обращении в другие лечебные учреждения

Ошибочный диагноз	**Число больных**	**%**
Дисфункция яичников, воспаление придатков матки	62	33
Беременность, патологическая беременность	36	19,3
Внематочная беременность	24	13
Другие заболевания матки (плацентарный полип, эндометрит, миома и др.)	21	11
Пневмония	15	8
Туберкулез легких	14	7,5
Плеврит	7	3,7
Пневмоторакс	2	1
Опухоль легкого	1	0,5
Опухоль почки	2	1
Опухоль слепой кишки	1	0,5
Опухоль головного мозга	2	1
всего	187	100

Лечение. По мере развития химиотерапии злокачественной опухоли приблизительно в середине 1970-х гг. произошло коренное изменение позиции клиницистов: косплексным лечением хориокарциномы матки ведущую роль ставили отводить лекарственной противоопухолевой терапии. С этого времени в клинике начали широко разрабатываться различные схемы комбинированной терапии опухолей трофобласта. При сотавлении схем и режимов комбинированной химиотерапии учитывали уже известную противоопухолевую актичность каждого препарата при опухолях трофобласта и возможное усиление их действия в комбинации, а также побочные явления, которые они вызывают, чтобы не получать

перекрестной токсичности.

Со второй половины 1970-х гг. приняты две схожие по эффективности терапии для лечения больных с III-IV стадиями хориокарциномы матки:

- схема 1: *метотрексат + дактиномицин + винбластин;*

- схема 2: *метотрексат + даунорубицин + винкристин.*

Эти схемы лечения использовались нами с 2000 по 2014 г. У 121 больной с хориокарциномой матки (стадии III-IV). Удалось значительно повысить выживаемость в этой тяжелой группе больных: из 113 оцененных больных живы 64 (57%). До использования этих схем лечения – в предыдущие десятилетия, когда применялась монохимиотерапия – из 153 больных удалось излечить 61 (40%). Сроки наблюдения – более 3 лет.

Проведя анализ количества операций (гистерэктомии) в эти годы по сравнению с предыдущей пятилеткой, установили, что в первое пятилетие они были сделаны у 100 (60%) из 167 больных, а в последующее – только у 27 (28%) из 98 больных. Снижение этого показателя, позволяющего судить о стремлении к сохранению репродуктивной способности у молодых женщин, достигунто в результате использования разработанных новых средств комбинированной химиотерапии.

С целью предотвращения развития возможной резистентности опухоли и достижения большего терапевтического эффекта было предложено включить в комбинацию 4 химиопрепарата: *метотрексат, дактиномицин, даунорубицин и винкристин.*

Этот достаточно современный режим лечения больных хориокарциномой матки III-IV стадий использовался нами в клинике в последние годы у 39 больных, при этом 3 года пережила 31 (79,5%) больная. Более того, нам удалось впервые излечить одну больную с метастазами во влагалище, легкие и головной мозг, не прибегая к облучению головного мозга.

Следует отметить, что тенденция к снижению количества операций сохранялась. Так, начиная с 2005 г. было произведено только 13 оперативных вмешательств в объеме удаления матки, что составило 15% от числа всех больных хориокарциномой матки, лечившихся в этот период.

В последние годы появляется все больше литературных сообщений, указывающих на высокую эффективность в лечении трофобластических опухолей комбинированных схем полихимиотерапии с включением в эти комбинации препаратов производных платины. Эти исследования побудили нас к разработке и созданию новых эффективных схем лечения с использованием в режимах полихимиотерапии наряду с уже хорошо зарекомендовавшими себя стандартными химиопрепаратами (метотрексат, дактиномицин, винкрис- тин, этопозид) и препаратов производных платины. В первое время мы использовали в комбинациях *цисплатин*, заменив его в последнее время на менее токсичный препарат второго поколения — *карбоплатин.*

В связи с этим мы предложили в качестве 1-й линии химиотерапии для больных с распространенным заболеванием (стадии III—IV) и 2-й линии — для больных с резистентной

формой заболевания (стадии III—IV) использовать комбинацию ЦМДВ (*цисплатин/карбоплатин + метотрексат + + дактиномицин + винкристин*). Кроме того, в качестве 2-й линии химиотерапии для больных с резистентной местнораспространенной формой заболевания (стадия I—II) применена комбинация ЦЭ (*цисплатин/карбоплатин + этопозид).*

При применении 1-й линии лечения у 26 больных с III—IVстадией заболевания был получен наиболее высокий показатель для этой группы больных — полный лечебный эффект достигнут у 21 (81%) больной, все они живы до настоящего времени (табл. 13).

Применяя схему ЦМДВ в качестве 2-й линии химиотерапии у наиболее тяжелого и малоперспективного контингента больных с резистентной формой заболевания, имеющих метастазы в отдаленные органы, мы выявили выраженную эффективность этой комбинации: у 6 (37,5%) из 16 больных нам удалось добиться стойкого лечебного эффекта, в т.ч. и у больных с метастазами опухоли в головной мозг; сроки наблюдения — более 3 лет.

Таблица 13

Результаты лечения больных хориокарциномой матки с метастазами в отдаленные органы и резистентной формой заболевания

Стадия заболевания	**Режим лечения**	**Число больных**	**живы**	**умерли**	**Выживаемость, %**
III-IV	1-я линия ЦМДВ	26	21	5	8,1±10,3
I-II	2-я линия ЦЭ	7	7		100
III-IV	ЦМДВ	16	6	10	37,5±15,6
Всего:		49	34	15	69,5±11,4

Полученные нами результаты лечения больных хориокарциномой матки дают нам основание рекомендовать для применения в практической работе онкологов комбинацию ЦМДВ как современную схему полихимиотерапии влечении трофобластических болезней с запущенными метастатическими формами заболевания, то есть как наиболее эффективную при лечении тяжелого контингента больных с III и IV стадиями заболевания. Кроме того, эта схема в качестве 2-й линии полихимиотерапии является неплохим резервом и в случае возникновения резистентности опухоли к уже проведенной стандартной химиотерапии.

В тех случаях когда у больных с I и II стадиями отмечалась резистентность опухоли к лечению стандартными препаратами, комбинация ЦЭ великолепно зарекомендовала себя в качестве 2-й линии химиотерапии. Используя комбинацию ЦЭ у 7 больных с резистентной местно-распространенной формой заболевания, нам удалось их полностью излечить, не прибегая к оперативному вмешательству (см. табл. 13).

После обнаружения высокой противоопухолевой эффективности цисплатина начались работы по модификации этого препарата с целью снижения нефротоксичности. Наиболее пригодным в отношении среди комплексных соединений платины второго поколения оказался карбоплатин, который существенно отличается по химической структуре от цисплатина.

Дальнейшие исследования показали, что главной отличительной особенностью карбоплатина является практически полное отсутствие нефротоксичности, но в, то же время была обнаружена его значительная миелотоксичность, при этом сохранилась высокая противоопухолевая активность.

Кроме того, была выявлена существенная деталь, отличающая карбоплатин от других противоопухолевых агентов, т.е. выяснилось, что для этого препарата не существует определенной зависимости между дозой, рассчитанной на площадь поверхности тела больного, и миелосупрессивным эффектом. При этом обнаружилась прямая корреляция между токсичностью препарата и площадью под кинетической кривой уменьшения концентрации лекарства крови (AUC).

Таким образом, эффективность и токсичность карбоплатина (табл. 14) определяются не только величиной дозы введенного препарата, но и скоростью его выведения из организма. Поэтому для расчета индивидуальной дозы карбоплатина были предложены формулы, учитывающие AUC у данного больного, которые в свою очередь зависят от величины клиренса креатинина (скорости клубочковой фильтрации) у больного.

Таблица 14

Результаты лечения больных трофобластической опухолью матки с использованием препарата карбоплатин

Стадия заболевания	**Число больных**	**Живы**	**Выживаемость, %**
Вторая линия I-II стадия	11	11	100%
III-IV стадия: 1-я линия	12	11	91%
2-я линия	11	8	70%

В последнее время в арсенале противоопухолевых средств у клиницистов появилось новое комплексное соединение препаратов платины III поколения – оксалиплатин, синтезированный в Японии.

Следует отметить как важное преимущество разработанных нами высокоэффективных схем комбинированной химиотерапии их экономическую доступность, а относительная простота применения позволяет рекомендовать проведение этой химиотерапии в амбулаторных условиях широкой онкологической сети.

При комбинированном лечении 17 больных хориокарциномой матки с метастазами в легкие и головной мозг одновременно мы впервые в отечественной клинической практике излечили 6 больных, облучая метастазы опухоли в головной мозг.

В настоящее время успехами химиотерапии обусловлен решительный пересмотр клиницистами назначения хирургического метода в лечении больных трофобластической болезнью. Показания к оперативному вмешательству при хориокарциноме матки резко сузились и могут иметь место в основном только в экстренных ситуациях, при угрозе жизни больной, что может быть связано с маточным кровотечением или вероятностью возникновения внутрибрюшного кровотечения из распадающегося опухолевого узла в матке.

В заключение, основываясь на анализе большого клинического опыта по лечению больных хориокарциномой матки, мы рекомендуем клиницистам использовать следующие наиболее эффективные схемы химиотерапии, хорошо зарекомендовавшие себя в терапии опухолей трофобласта.

Лечение доброкачественной формы трофобластической болезни – пузырного заноса – в основном сводится к его удалению с помощью *вакуум-аспирации*, после чего проводится динамическое наблюдение не менее 8 недель (исследование ХГ 1 раз в неделю и УЗИ малого таза 1 раз в 2 недели). При отсутствии признаков болезни (ХГ или УЗИ) и восстановлении нормального менструального цикла химиотерапия не показана. Дальнейшее исследование ХГ в сыворотке крови проводят 1 раз в 2 недели в течение 3 месяцев, а далее 1 раз в месяц в течение полугода.

В случае если через 8 недель после эвакуации пузырного заноса не наблюдается нормализации показателей ХГ, менструальный цикл не восстановился, а при УЗИ малого таза определяются патологические очаги в матке, показана химиотерапия (см. схему лечения при I-II стадиях – низкий риск). Кроме того, этому контингенту больных необходимо рентгенологическое исследование грудной клетки с целью исключения метастатического поражения легких.

Без сомнения, абсолютным показанием к проведению химиотерапии является гистологическая верификация заболевания «хориокарцинома матки», которая может быть получена в результате гистологического исследования соскоба матки, в более редких случаях – легких, почки, кишечника и т.д., в зависимости от произведенного оперативного вмещательства, связанного с локализацией опухоли.

Для больных с I-II стадией заболевания (низкий риск).

1. В качестве 1-й линии химиотерапии:
   1 схема: метотрексат – 50 мг внутримышечно, 1, 3, 5 и 7-й день; *кальция фолинат* – 6 мг, внутримышечно, через 30 ч после введения *метотрексата* во 2, 4, 6 и 8-й дни. Повторение курсов химиотерапии – с 14-го дня (от 1-го дня химиотерапии).
   2 схема: метотрексат (по 20 мг/м^2 внутривенно 1 раз в 3 дня до суммарной дозы 150-180 мг + *дактиномицин* (по 500 мкг внутривенно через день до суммарной дозы 3,5-4мг). Курсы лечения повторяются каждые 2 недели.
2. В качестве 2-й линии химиотерапии в случае возникновения резистентности опухоли к предыдущему лечению: *цисплатин* (по 100 мг/м^2 внутривенно капельно, с водной нагрузкой и на фоне противорвотной терапии в 1-день) или ***карбоплатин*** (AUC-4-5) +*этопозид* (по 150 мг внутривенно капельно во 2, 3, 4, 5 и 6-й дни). Курсы лечения повторяются каждые 2 недели.

Для больных с III-IV стадией зпболевания.

Схема ЦМВД: цисплатин (по 100 мг/м^2 внутривенно капельно, с водной нагрузкой и на фоне противорвотной терапии) или ***карбоплатин*** (AUC-4-5) + *метотрексат* (по 20 мг/м^2 внутривенно1 раз в 3 дня до суммарной дозы 180-200 мг) + *дактиномицин* (по 500 мкг внутривенно через день до суммарной дозы 4 мг) + *винкристин* (по 1,5 мг внутривенно 1 раз в неделю до суммарной дозы 4,5 мг).

Курсы лечения повторяются каждые 2-3 недели при нормальных показателях креатинина и нейтрофилов.

Кроме того, для больных с плохим прогнозом заслуживают внимания схемы ЕМА-СО, ЕМА-ЕР и ЕНММАС, широко используемые в клиниках США и Великобритании.

ЕМА-СО

(для больных с плохим прогнозом)

Курс 1

1-й день: *этопозид* – 100мг/м^2 (инфузия за 30 мин) + *метотрексат* – 100 мг/м^2 внутривенно с последующей 12-часовой инфузией *метотрексата* в дозе 200 мг/м^2 + *дактиномицин* 0,5 мг внутривенно.

2-й день: *этопозид* – 100 мг/м^2 (инфузия за 30 мин) + *дактиномицин* – 0,5 мг внутривенно + *кальция фолинат* – 15 мг перорально или внутримышечно каждые 12 ч, 4 дозы, начиная через 24 часа после *метотрексата.*

Курс 2

8-й день: *винкристин* 1 мг/м^2 внутривенно + *циклофосфамид* – 600 мг/м^2 внутривенно (за 30 мин).

Альтернирующие курсы проводятся еженедельно, т.о. лечение проводится в 1, 2, 8, 15, 16, 22-й дни.

В режиме **ЕМА-ЕР** на 8-й день вводится вместо СО: *цисплатин* 75 мг/м^2 и *этопозид* 150 мг/м^2. Повторение курсов с 15-го дня химиотерапии.

ЕНММАС

(альтернативное лечение для больных с плохим прогнозом)

Курс 1. Этопозид - 100 мг/м^2 внутривенно в 200 мл физиологического раствора ежедневно в 1-5-й дни.

Курс 2. Гидроксикарбамид 0,5 г перорально, с повторением каждые 12 ч (всего 2 дозы), в 1-5-й дни + *метотрексат* 50 мг (или 1мг/кг, но не более 70 мг), внутримышечно, каждые 48 ч 4 дозы во 2, 4, 6 и 8-й дни + *кальция Фолинат* 6 мг внутримышечно через 30 ч после каждой дозы *метотрексата* и 75 мг перорально в альтернирующие (неметотексатные) дни.

Курс 3. Дактиномицин 0,5 мг внутривенно с 1-го по 5-й дни.

Курс 4. Винкристин 1 мг/м^{2}твнутривенно + *циклофосфамид* 400 мг/м^2 внутривенно, 1-й и 3-й дни.

Курс проводят с интервалом 10-14 дней в зависимости от токсичности.

При наличии метастазов в головной мозг следует проводить облучение головного мозга по схеме: на весь головной мозг – при разовых дозах 2-3 Гр 5 раз в неделю до суммарной дозы 30 Гр и локальными полями на опухолевый очаг при разовой дозе 2 Гр до СОД 10 Гр. При проведении облучения с целью предотвращения или уменьшения отека головного мозга необходимо проводить дегидратационную терапию.

Следует отметить, что после исчезновения всех проявлений заболевания (достижение полной ремиссии) и при завершении основного индукционного лечения мы считаем целесообразным проведение еще 1-2 курсов однотипной профилактической химиотерапии.

Проведенные исследования позволили нам разработать рекомендации по дальнейшему мониторингу за излеченными больными. Мы установили, что оптимальный срок для наступления желаемой беременности – не менее 1 года после последнего профилактического курса химиотерапиидля пациенток с I-II стадиями заболевания и 1,5 года – с III и IV стадиями заболевания. Кроме того, наши наблюдения показали, что оптимальным вариантом предохранения от нежелательной и несвоевременной беременности для женщин, перенесших

ТББ, является гормональная контрацепция (при этом регулируется и функция яичников, которая была нарушена вследствие перенесенного заболевания и проводимой химиотерапии).

Дальнейшие наблюдения за излеченными в ГУ РОНЦ им. Н.Н.Блохина РАМН больными подтвердили правильность избранного нами исследовательского пути.

После окончания специфического лечения менструальный цикл восстановился через 1-2 месяца у 280 пациенток (90,3%) из 310 женщин, которые не были оперированы, при этом у 142 (50,7%) больных ранее имелись метастазы опухоли в легкие.

В последующем из 280 менструирующих женщин у 221 (71%) наступила беременность в различные сроки после окончания лечения и у 181 (65%), она закончилась благополучными родами, а 52 из них рожали дважды.

Следует отметить, что если со стороны новорожденных процент патологии отмечался такой же, как и в популяции женщин, не страдающих ранее хориокарциномой матки, то патология в родах у наблюдаемых анми пациенток была значительно выше.

На современном уровне развития химиотерапии и онкогинекологиии основным принципом в терапии больных хориокарциномой матки стало не только полное излечение больных, но и сохранение детородной функции пациенток.

ФОНОВЫЕ И ПРЕДРАКОВЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ЖЕНСКОЙ ПОЛОВОЙ СФЕРЫ

В структуре поражений различных отделов половых путей женщин немалый удельный вес составляет патология наружных половых органов (вульвы). Количество больных этой группы неуклонно растет, что вызвано, в первую очередь, увеличением числа инфицированных вирусами папилломы человека (ВПЧ) и простого герпеса.

Также во всем мире отмечается рост числа больных с дистрофическими процессами вульвы. Если раньше эта патология считалась прерогативой женщин климактерического и постменопаузального возраста, то в настоящее она диагностируется у детей и женщин репродуктивного возраста.

Традиционно все патологические состояния наружных половых органов подразделяют на белые и красные.

Белые поражения появляются в результате гиперкератоза, депигментации, отсутствия или относительного уменьшения васкуляризации и их комбинаций. К ним относятся: склеротический лишай, плоскоклеточная гиперплазия, витилиго, лейкодерма, посттрадиционная и постдерматитная депигментация, опрелость, интраэпителиальная неоплазия.

Красные поражения возникают вследствие неопластической васкуляризации, атрофии поверхностных слоев эпителия и вазодилатации: болезнь Педжета, гемангиома, интраэпителиальная неоплазия вульвы, фолликулит, кандидоз, герпетическая инфекция, псориаз, реактивный вульвит, вестибулярный аденит и другие.

Классификация патологии вульвы. На современном этапе отсутствует единая классификация наружных половых органов. В этой связи целесообразно придерживаться последних классификаций Международного общества по изучению патологии вульвы и гистологической классификации женской половой системы, рекомендованной ВОЗ (1994).

1. КЛАССИФИКАЦИЯ ПАТОЛОГИИ ВУЛЬВЫ

(ВОЗ, 1994)

Эпителиальные опухоли:

- плоскоклеточные новообразования (папилломы и полипы, остроконечная кондилома, себорейный кератоз, кератоакантома, плоскоклеточная папиллома преддверия влагалища, плоскоклеточная карцинома);
- железистые поражения вульвы (папиллярная и светлоклеточная гидрааденомы, аденома малой железы преддверия влагалища, карцинома большой железы преддверия, карциномы потовых желез).

Мягкотканые опухоли:

- доброкачественные (липома, фиброма, гемангиомы капиллярные и кавернозные, ангиокератомы, пиогенная гранулема, лимфангиома, лейомиома, нейрофиброма и др.);
- злокачественные (эмбриональная рабдомиосаркома, лейомиосаркома, ангиосаркома, саркома Капоши, липосаркомы).

Опухолеподобные поражения и неопухолевые расстройства:

- эндометриоз;
- децидуальный метаморфоз;
- болезнь Крона;
- киста;
- склеротический лишай;
- плоскоклеточная гиперплазия;
- другие формы дерматитов и дерматозов.

2. КЛАССИФИКАЦИЯ ПАТОЛОГИИ ВУЛЬВЫ.

(Международное общество по изучению патологии вульвы,
Международное общество по гинекологической патологии, 1993).

Доброкачественные поражения вульвы:

- склеротический лишай;
- плоскоклеточная гиперплазия (ранее известная как гиперпластическая дистрофия);
- дерматозы и дерматиты.

Вульварная интраэпителиальная неоплазия (VIN):

1) Плоскоклеточная вульварная интраэпителиальная неоплазия:

-легкая дисплазия (VIN I);
-умеренная дисплазия (VIN II);
-тяжелая дисплазия (VIN III);

2) Неплоскоклеточная вульварная интраэпителиальная неоплазия:

-болезнь Педжета;
-неинвазивная меланома.

Инвазивный рак.

Несмотря на то что фоновые и предраковые заболевания известны врачам-гинекологам давно, этиология и патогенез дистрофических заболеваний вульвы изучены недостаточно полно. Долгое время их относили к предраковым процессам. Первое сообщение о них в литературе появилось еще в 1875г.

Наиболее хорошо изучены и обоснованы гормональная, вирусно-инфекционная (роль вируса папилломы человека и вируса полового герпеса) и нейроэндокринная теории.

К факторам риска развития неопухолевых процессов вульвы относятся:

- постменопаузальный возраст;

- хроническая ВПЧ-инфекция или ВПГ-носительство более 10 лет, а также хронические воспалительные процессы внутренних половых органов;
- наличие дисплазии шейки матки (ЦИН);
- укороченный репродуктивный период (позднее менархе, ранняя менопауза);
- гипоэстрогения;
- диабет, ожирение;
- несоблюдение личной гигиены.

ОСНОВНЫЕ ФОНОВЫЕ ПРОЦЕССЫ:

Склеротический лишай поражает наружные половые органы частично или полностью; нередко патологические изменения окружают преддверие влагалища и захватывают клитор, малые половые губы, внутреннюю поверхность больших половых губ и кожу вокруг ануса (в форме «восьмерки»).

Нередко заболевание начинается исподволь, незаметно для самой больной. Часто оно сопровождается слабой парестезией, проявляющейся легким покалыванием, ощущением «ползающих мурашек».

Визуально отмечается локальная бледность кожных покровов, наличие тонких, белесоватых, морщинистых бляшек (лихенификация), которые в дальнейшем приводят а отеку вульвы и сморщиванию структур вульвы. Позднее кожа утрачивает пигментацию, приобретая мраморно-белую окраску, истончается и атрофируется. Склерозированные ткани становятся ригидными и резко сужают вход во влагалище, может наблюдаться сужение мочеиспускательного канала.

В клинической картине превалируют выраженный зуд, усиливающийся в ночное время, при физической нагрузке и перегревании организма. Причиной зуда являются изменения в нервных реуепторах вульвы и дисфункциональные нарушения в системе ацетилхолин – холинэстераза, постоянное присутствие в тканях мелкоклеточного инфильтрата.

У женщин репродуктивного возраста и в пременопаузе зуд может принимать сексуальную окраску. Длительно существующее подобное состояние приводит к психической зависимости и впоследствии практически не поддается терапии. Нередко отмечается нарушение сна, снижается работоспособность. Больных беспокоят диспареуния, вульводиния.

При исследовании биоптата: эпидермис нормальный; сосочковый слой сглажен; поверхностные слои кожи отечны; имеется гиалинизация в глубоких слоях кожи, как и при гиперпластической дистрофии, наблюдаются признаки хронического воспаления. Отмечается отсутствие подкожно-жировой клетчатки.

Малигнизация наблюдается у 4-8% больных.

Плоскоклеточная гиперплазия, раннее известная как «лейкоплакия» или «гиперпластическая дистрофия», представляет собой неспецифическую гиперплазию эпителия, возникающую в эпидермисе, как неадекватная пролиферативная реакция эпителия вульвы на широкий круг раздражающих факторов. Может наблюдаться в любом возрасте, но чаще в пре- постменопаузе.

Кожа приобретает белую окраску, эпителиальные бляшки утолщаются, иногда покрыты трещинами. Поражения локализуются в области больших половых губ, преддверия входа во влагалище, клитора и складки между большими и малыми половыми губами. Патологические очаги могут быть одиночными или множественными.

Зуд менее выражен, чем при склеротическом лишае, и приносит значительно меньше страданий. Чаще плоскоклеточная гиперплазия протекает бессимптомно.

Микроскопически в дерме имеет место наличие хронического воспалительного клеточного инфильтрата, удлинение и уплощение эпидермальных сосочков, а также признаки акантоза и гиперкератоза; нередко отмечается паракератоз.

Вероятность малигнизации плоскоклеточной гиперплазии – от 5 до 35%.

Смешанная дистрофия – это сочетание плоскоклеточной гиперплазии со склеротическим лишаем.

При смешенной дистрофии риск развития клеточной атипии и прогрессирование ее в инвазивную карциному повышается. Вероятность малигнизации каждого из этих заболеваний относительно мала – до 5%.

Плоскоклеточные вульварные интраэпителиальные неоплазии (VIN). За последнее время были получены данные, свидетельствующие о сходстве механизмов развития предраковых состояний вульвы и шейки матки. Дисплазия вульвы обозначается как вульварная интраэпителиальная неоплазия (VIN). Она подразделяется по степени тяжести на 3 гистологических типа.

VIN 1 соответствует *легкой степени дисплазии*, характеризуется умеренной пролиферацией клеток базального парабазального слоев многослойного плоского эпителия (не более 1/3 всего эпителиального пласта). Морфологические особенности: полиморфизм клеток нижней трети эпителиального пласта (базальный и парабазальный слои), акантоз, выраженный зернистый слой с пара и гиперкератозом. В поверхностных слоях эпителия – койлоцитоз и другие признаки ВПЧ.

VIN 2 соответсвует *умеренной степени дисплазии.* Патологические изменения распространяются до 2/3 многослойного плоского эпителия. Морфологические особенности: изредка уже могут встречаться патологические митозы. Характерен акантоз, выраженный зернистый слой с пара и гиперкератозом.

VIN 3 – тяжелая дисплазия и рак in situ. Поражения захватывают более 2/3 всего эпителиального пласта, выявляется ядерно-клеточный атипизм.

Вульварная интраэпителиальная неоплазия ранее считалась патологией женщин старше 40 лет, однако в последнее время диагностируется у более молодого контингента больных (25-40 лет). Установлена прямая корреляция между наличием ВПЧ 16-го, 18-го типов в тканях вульвы и наличием VIN у молодых женщин.

Основными методами для верификации диагноза являются вульвоскопия (протая и расширенная), цитологическое, гистологическое исследования.

Необходимо отметить, что диагностическая ценность цитологического метода исследования относительно невысока, но возрастает пропорционально степени тяжести процесса.

Риск прогрессии интраэпителиальной неоплазии в инвазивную форму рака у женщин репродуктивного возраста оценивается примерно в 7%.

Диагностика заболеваний вульвы.

- визуальный осмотр с применением лупы;
- вульвоскопия, расширенная вульвоскопия с использованием кольпоскопа и проведением пробы Шиллера, что дает возможность точно определить границы белых участков, поскольку они не окрашиваются йодом;
- выявление ВПЧ методом полимеразной цепной реакции (ПЦР);
- цитологическое исследование;
- биопсия вульвы с гистологическим исследованием материала.

Лечение. Варианты терапии дистрофических заболеваний вульвы чрезвычайно многообразны, что связано с их малой эффективностью, а также рецидивирующим характером заболевания.

Терапия должна быть комплексной, этапно-курсовой и строго индивидуальной. При этом важен дифференцированный подход с учетом клинического течения заболевания, сопутствующей соматической и генитальной патологии, что позволяет назначить адекватное лечение, направленное на снятие психоэмоционального напряжения, чувства зуда, ликвидацию воспалительных изменений и улучшение трофики тканей.

К консервативным методам лечения можно отнести:

- соблюдение щадящей диеты (исключение острой, соленой, пряной пищи);
- применение гормональных средств (кортикостероидный мази, овестин, андрогены) – гормональная терапия не ведет к излечению, а только позволяет устранить симптомы заболевания и добиться временной ремиссии;
- улучшение микроциркуляции и активазации трофических процессов (солкосерил в виде мази, аппликация озонированного масла, лазерная терапия гелийнеоновым лазером);
- прием седативных препаратов (валериана, пустырник, бромиды);
- прием витаминов группы В;
- иммунокорригуирующая терапия (метиулрацил 1 таб. 3 раза в день, тактивин подкожно, тималин внутримышечно, иммунофан 2,0 внутримышечно, миелопид подкожно).

К оперативным методам лечения относятся: криодеструкция, лазерная вапоризация, хирургическая эксцизия очагов поражения.

Следует отметить, что после хирургического лечения отмечается большой процент рецидивов, что заставляет врачей искать новые методы терапии и усовершенствовать уже имеющиеся.

Фоновые и предраковые заболевания шейки матки.

К фоновым заболеваниям шейки матки относят эрозивные процессы.

Врожденные эрозии шейки матки обусловлены эктопией цилиндрического эпителия цервикального канала, которая возникает в раннем периоде онтогенеза вследствие незавершенной дифференцировки цилиндрического и плоского эпителия. Признаков патологической секреции из цервикального канала обычно не наблюдается.

Врожденные эрозии подвергаются обратному развитию без лечения, иногда происходит инфицирование и истинные эрозии приобретают патологический процесс, который характеризуется повреждением и последующей десквамацией многослойного плоского эпителия влагалищной части шейки матки. В результате десквамации образуется раневая поверхность с проявлением воспалительной реакции.

При кольпоскопии выявляются признаки воспаления в подэпителиальной ткани. Истинная эрозия относится к непродолжительным процессам – существует не более 1-2 недель и переходит в следующую стадию заболевания – псевдоэрозию. В связи с этим истинная эрозия наблюдается лечащим врачом редко.

Псевдоэрозия образуется в процессе дальнейшего развития патологического процесса на основе истинной эрозии.

Дефект многослойного эпителия покрывается цилиндрическим эпителием, наползающим на эрозированную поверхность из слизистой оболочки цервикального канала. Источником цилиндрического эпителия могут быть резервные клетки, которые находятся под цилиндрическим эпителием слизистой оболочки цервикального канала и желез. Цилиндрический эпителий разрастается в глубину, образуя ветвящиеся железистые ходы.

Эпителий эрозионных желез выделяет секрет, при скоплении которого образуются кисты.

При развитии множества кист шейка матки утолщается, чему способствуют также изменения, сопутствующие хроническому эндоцервициту и цервициту. Степень гипертрофии шейки матки зависит от числа кистозных элементов и развития соединительной ткани.

По гистологическому типу выделяют:

- фолликулярные (железистые) псевдоэрозии, характеризующиеся развитием железистых ходов и кист;
- железисто-папиллярные псевдоэрозии (папиллярные разрастания стромы, покрытые цилиндрическим эпителием).

Фолликулярные (железистые) псевдоэрозии встречаются чаще папиддярно-железистые.

При длительном течении псевдоэрозий и сопутствующих воспалительных реакций могут возникнуть патологические изменения в слое базальных и парабазальных клеток эпителия, характеризующиеся повышенной пролиферативной активностью, т.е. базально-клеточной гиперреактивностью.

Базально-клеточная гиперреактивность иногда осложняется проявлениями атипии клеток, что служит признаком дисплазии.

При наличии дисплазии, особенно тяжелой формы этого процесса, псевдоэрозия становится предраковым заболеванием.

Псевдоэрозии без признаков дисплазии к предраковым процессам не относятся.

Этиопатогенетические факторы развития заболеваний шейки матки. *Эктогенные причины:*

- травмы шейки матки;
- воспаление гениталий;
- инфекция банальная и вирусная;
- раннее начало половой жизни (в возрасте до 18 лет – в период активной метаплазии) и частая смена половых партнеров;
- перенесенные ранее венерические заболевания;
- последствия перенесенной травмы шейки матки (постабортной, послеродовой) – рубцовая деформация шейки матки, эрозивный эктропион;
- производственные вредности.

Эндогенные (генетические) причины:

- нарушение гормонального гомеостаза, связанные со специфическими функциями женщины;
- нарушение функции желез внутренней секреции (гипофиа, яичников, надпочечников).

К числу предопухолевых процессов относят те псевдоэрозии (папиллярные, фолликулярные, железистые, смешанные), которым свойственны:

- длительность течения;
- стойкость к консервативным методам лечения;
- склонность к рецидивам;
- наличие признаков базально-клеточной гипереактивности, атипии клеток.

Симптомом, подозрительным на развитие малигнизации, служат контактные кровотечения.

Методы диагностики патологических состояний шейки матки достаточно хорошо известны и рассматриваются как скрининговые.

Разработан алгоритм диагностики и лечения больных с патологией шейки матки:

- осмотр шейки матки с помощью зеркал позволяет определить величину, форму шейки матки, форму наружного зева, его деформацию, старые разрывы шейки матки, различные патологические состояния слизистой оболочки шейки матки и нижней трети цервикального канала;

- кольпоскопия дает возможность достоверно выделить группы здоровых и больных женщин;

- цитологическое исследование мазков – материал для исследования берется с трех участков: с экзоцервикса, с участка на границе многослойного плоского и цилиндрического эпителия цервикального канала и из нижней трети эндоцервикса.

Углубленное обследование и предварительное лечение пациенток с патологией шейки матки включает расширенную кольпоскопию с прицельным взятием цитологического мазка с измененных участков шейки матки, а также, по показаниям, прицельную биопсию с гистологическим исследованием биоптата; раздельное диагностическое выскабливание слизистой полости матки и цервикального канала с гистологическим исследованием соскобов; определение гормонального статуса пациентки с последующей гормональной коррекцией; исследование на наличие инфекции, передающейся половым путем (ИППП); бактериальный посев влагалищного содержимого с определением чувствительности микроорганизмов к антибактериальным препаратам с последующим этиотропным лечением.

К прдраковым состояниям относят различного вида лейкоплакии и дисплазии.

Лейкоплакия шейки матки – поражение слизистой оболочки нижнего отдела половых органов, характеризующееся утолщением и разной степенью ороговением покровного эпителия. Утолщение слоя плоского многослойного эпителия происходит за счет герминативных элементов базального слоя, появления кератогиалинового и рогового слоев.

Выделяют простую и бородавчатую формы лейкоплакии.

Гистологически при простой форме лейкоплакии отмечается утолщение многослойного плоского эпителия за счет базального и зернистого слоев, явления паракератоза и гиперкератоза.

При бородавчатой форме происходит утолщение многослойного плоского эпителия за счет пролиферации и расширения базального слоя (базально-клеточная гиперреактивность); характерно беспорядочное расположение базальных клеток с явлениями атипии.

Этиология лейкоплакий недостаточно выяснена. Причиной возникновения их могут быть эндогенные и экзогенные факторы.

Лейкоплакии имеют вид пленок и бляшек белого, серовато-белого цвета, плоские или слегка возвышающиеся над поверхностью окружающей слизистой оболочки. Границы лейкоплакии могут быть четкими, зазубренными или размытыми. Попытки стереть бляшки с помощью марлевых и ватных шариков не удаются. При обработке раствором йода поверхность лейкоплакии остается белой (йод-негативная зона).

Эритроплакия – темно-красное образование округлой или неправильной формы, слегка возвышающееся над поверхностью нормальной слизистой оболочки.

При эритроплакии происходит уплощение и истончение пласта многослойного плоского эпителия за счет атрофии функционального и большей части промежуточного слоев. Гиперкератоз и паракератоз отсутствуют, наблюдаются атипическая гиперплазия базальных и парабазальных клеток.

В подэпителиальной ткани располагаются лимфоидные инфильтраты и сеть расширенных полнокровных сосудов.

Дисплазии – морфологический термин, под которым подразумевают изменения эпителия шейки матки и влагалища различного генеза и биологической потенции. Другие названия дисплазии – «базально-клеточная гиперреактивность» и «цервикальная интроэпителиальная неоплазия» (CIN).

Основу дисплазии составляют процессы пролиферации и структурной перестройки базальных и парабазальных клеток плоского эпителия.

Дисплазии развиваются на фоне незрелой метаплазии многослойного плоского эпителия. В зависимости от степени интенсивности пролиферации, наличия атипии и локализации

процесса различают легкую (Д1), умеренную (Д2) и тяжелую дисплазию (Д3) или CIN I, CIN II и CIN III.

При легкой дисплазии (Д1) нарушение дифференцировки эпителиальных клеток слабо выражено, пролиферация базального слоя умеренная, базальные клетки продолжают сохранять свою обычную структуру. По мере утяжеления процесса происходят более выраженные изменения в дифференциации клеток.

Дисплазия может возникнуть на фоне псевдоэрозии, эрозивного эктропиона, лейкоплакии, кондилом.

Нередко при указанных процессах, включая дисплазию, наблюдается хронический цервицит и, как его следствие, гипертрофия шейки матки.

Дисплазии могут существовать длительное время, возможен их самопроизвольный регресс, особенно после соответствующей терапии воспалительного процесса. Но чаще процесс стабилизируется на более или менее длительный срок или приобретает прогрессирующий характер.

Лечение. Радикальная терапия фоновых и предраковых заболеваний шейки матки включает выбор метода лечения с учетом результатов углубленного обследования, возраста, общего состояния пациенток, их репродуктивной функции, социальных факторов.

В настоящее время в лечении этих заболеваний шейки матки используются радикальные методы лечения (лазеро, крио, электрохирургический, хирургический), которые обеспечивают удаление патологического очага в пределах здоровых тканей.

При лечении рожавших женщин с предраковыми заболеваниями шейки матки (CIN I, II, III), такими как эрозии, без нарушения архитектоники шейки матки, рекомендуется применять лазерную вапоризацию патологических очагов, криодеструкцию, электрокоагуляцию шейки матки, ножевое иссечение шейки матки.

При лечении осложненной эрозии у нерожавших предпочтение следует отдавать лазеро и криохирургическому методам лечения, не вызывающим стеноз, стриктуру цервикального канала.

У рожавших женщин при лечении приобретенной эрозии на фоне деформации шейки матки, эктропиона рекомендуется использовать электроконизацию, криоконизацию, лазерную конизацию шейки матки, ампутацию шейки матки.

При лечении лейкоплакии применяются лазерная вапоризация, ножевое иссечение, криодеструкция участков лейкоплакии. При лечении лейкоплакии шейки матки, возникшей на фоне гипертрофии шейки матки, деформации шейки матки целесообразно проводить хирургическое лечение – пластику шейки матки.

При старых разрывах шейки матки производят пластические операции шейки, ампутацию шейки матки.

Папилломовирусная инфекция.

Папилломовирусная инфекция (ПВИ) – одно из наиболее распространенных вирусных заболеваний, передающихся половым путем (ЗППП). Частота заболевания колеблется от 5 до 87%. Средний возраст женщин, у которых была диагностирована генитальная ПВИ, составил 23,7 лет, то тот возрастной уровень, к которому относятся лица молодого возраста, ведущие активную половую жизнь. Прослеживается корреляция между наличием поражений вирусом папилломы человека половых органов матери и выделением ВПЧ из полости рта и верхних дыхательных у их детей в любом возрасте. Папилломатоз гортани у детей является серьезным заболеванием, т.к. может провоцировать острые приступы удушья.

При этих поражениях были обнаружены ВПЧ 6-го и 11-го типов. Всего к настоящему времени идентифицировать более 120 типов ВПЧ. В зависимости от их биологических свойств выделяют 3 клинические группы вирусов:

1. Вирусы, тропные к коже, у лиц с нормальным иммунным статусом, которые вызывают продуктивную инфекцию:

- ВПЧ 1-го и 4-го типа – внутренняя поверхность стоп;
- ВПЧ 2-го типа – бородавки на тыльной поверхности кожи кисти.

2. Вирусы, тропные к коже, у больных с генетически обусловленными иммуносупрессивными заболеваниями. К ним относятся заболевания, которые наследуются по аутосомно-рецессивному типу. На коже выявлено более 35 типов ВПЧ, из них 5-й и 8-й типы в 90% случаев вызывают малигнизацию.

3. Вирусы, тропные к слизистым оболочкам половых органов, ротовой полости и верхних дыхательных путей:

- низкого онкогенного риска – ВПЧ 6,11,42,43 и 44-го типов;
- среднего онкогенного риска – ВПЧ 31,33,35,51 и 52-го типов;
- высокого онкогенного риска – ВПЧ 16-го и 18-го типов;
- неясного риска – ВПЧ 53,54,55 и 58-го типов.

Инкубационный период ВПЧ колеблется от 3 недель до 8 месяцев (средний срок – 2,8 месяца). В течение этого времени латентная инфекция может вызвать пролиферацию эпителия сосудов базального слоя эпителия. Размножение ВПЧ происходит в ядрах инфицированных клеток. Скопления трансформированных клеток имеют тенденцию к росту без ограничений.

В патогенезе ПВИ половых органов, особенно рецидивирующей, важную роль играют изменения иммунного статуса.

Клинические проявления. Вирус папилломы человека 6,11,16,18,31,33,35-го типов обычно поражает аногенитальную область и связан с широким спектром клинических проявлений ПВИ.

Диагноз можно поставить на основании выявления в цитологическом материале незначительного числа койлоцитов, но морфологическая картина может быть и нормальной. Важно, что около половины ВПЧ, выявленных в области наружных половых органов, относятся к еще неохарактеризованным типам.

Клинически выраженная типичная ПВИ вульвы представлена остроконечными кондиломами – бородавчатыми возвышениями с мягким основанием, не спаянным с окружающими тканями. Кондилома образована многослойным плоским эпителием с признаками гиперкератоза, паракератоза, акантоза, гиперплазией клеток базального и парабазального слоев.

Массивные, быстро прогрессирующие кондиломы трактуются нередко как веррукозный рак, несмотря на то, что гистологически диагноз подтверждается не всегда.

В области наружных половых органов различают 4 типа экзофитных кондилом: микрокондиломы, гиперпластический (папилломатозный), «сидячий» и бородавчатый типы.

Возможны следующие процессы развития остроконечных кондилом:

- самостоятельный регресс кондилом, особенно развившийся во время беременности или при наличии сопутствующей инфекции вышележащих отделов половых путей на фоне этиотропного лечения;
- стабилизация процесса;
- в некоторых случаях – интенсивный рост папиллом, вызывающий необходимость радикального лечения.

Диагностика остроконечных кондилом не представляет трудностей, так как они легко выявляются при осмотре. Типичный признак ПВИ – койлоцитоз. В случаях, когда не происходит отторжение типичных клеток (койлоциты, двух и многоядерные клетки), используют биопсию.

Лечение. В основе терапии ПВИ лежит удаление кондилом, адекватное воздействие на другие инфекционные агенты нижнего отдела половых путей с последующим восстановлением микробиоциноза влагалища и иммунного гомеостаза.

Для удаления кондилом применяется химическая коагуляция, цитостатики, физиохирургические воздействия.

Химические деструктивные методы. «Подофилин» представляет собой смолу, полученную из растений и дающую цитостатический эффект. В амбулаторных применяют 10-25% раствор подофилина, который наносится на патологический участок с интервалом 3-6 дней. Максимальный курс лечения – 5 недель.

«Подофиллотоксин» - активное вещество препарата кондилин. Последний представляет собой 0,5% раствор подофиллотоксина в 96% растворе спирта. Наилучший эффект наблюдают у женщин со свежими высыпаниями.

«Резорцин» (5-10% мазь) для смазывания кондилом. Обработку производят 1-2 раза в день.

«Трихлоруксусная кислота» используется в концентрации 80-90%. Будучи слабым деструктивным химическим препаратом, вызывает локальный коагуляционный некроз. Рекомендуется использовать при слабой выраженности процесса и беременности.

«Солкодерм» представляет собой смесь органических и неорганических кислот. В 1 мл раствора одержится 580,7мг 70% азотной кислоты, 41,1 мг ледяной уксусной кислоты, 57,6 мг дигидрата щавелевой кислоты, 4,8 мг молочной кислоты, нитрат меди. Солкодерм оказывает коагулирующее действие на измененные ткани и используется для лечения экзофитных образований кожи и слизистых оболочек.

Среди **деструктивных методов** наибольшее распространение получили: электрокоагуляция, криотерапия и CO_2 - лазерная вапоризация.

При сочетании ПВИ с рубцовой деформацией шейки матки показано хирургическое лечение: миниконизация, пластика шейки матки с сохранением ее запирательной функции.

С целью повышения эффективности лечения ПВИ рекомендованы:

- «Эпиген» (высокомолекулярный индуктор интерферон природного происхождения) – раствор для спринцевания и подмывания;
- озонотерапия.

При ПВИ уретры показано такое же лечение, как и при аналогичных поражениях вульвы и влагалища. Наиболее эффективным среди них считаются лазерная вапоризация и применение радионожа. При распространении инфекции вглубь мочеиспускательного канала деструктивные методы использовать не рекомендуется из-за высокой вероятности образования синехий. Так как ПВИ – это постоянный источник инфекции, то можно в течение длительного времени проводить ежедневные инстилляции раствора, содержащего 25×10^6 альфа-2-бета-интерферона.

Бородавки аногенитальной области обычно обостряются во время беременности и нередко регрессируют самостоятельно в послеродовом периоде. Тем не менее, рекомендуется активное лечение данного контингента женщин, что обусловлено повышенным риском развития папилломатоза гортани у детей, а также тем, что кондиломы представляют очаг инфекции, увеличивающий опасность внутриутробного инфицирования плода.

Отдельным вопросом остается назначение иммунокорригирующей терапии. Уже доказано, что хирургическое лечение должно сочетаться с иммунотерапией, которое увеличивает процент излечения.

Иммунопрепараты, применяемые локально. Суппозитории «Виферон» представляют собой рекомбинантный интерферон и антиоксиданты в виде витамина Е и С для локального использования. Применяют в дозе 1 млн ЕД 2 раза в день внутривлагалищно в течение 10 дней до деструкции. При необходимости курс лечения можно повторить.

Суппозитории «Генферон» представляют собой интерферон, антиоксидант-таурон и анестезин для локального использования. Применяют по 1 свече 2 раза в день внутривлагалищно в течение 10 дней до деструкции. При необходимости курс лечения можно повторить.

«Иммунофан» - по 1 свече 2 раза в день внутривлагалищно в течение 10 дней до деструкции.

Интерферон человеческий лейкоцитарный вводится в дозе 100-500 тыс. МЕ в основание кондиломы через 1-3 дня курсом 5-6 процедур. Используются разные схемы в зависимости от ситуации.

Системные иммунопрепараты. «Ликопид» - синтетический иммуномодулятор, может применяться по различным схеамам. Наиболее распространенная – по 10 мг 2 раза в день в течение 10 дней.

«Изопринозин» - синтетический иммуномодулятор. Схема лечения: по 2 таблетки 2 раза в день в течение 10 дней.

«Галавит» - синтетический иммуномодулятор, назначается по 0,1 г внутримышечно через день, курс- 5 процедур.

«Иммунофан» - синтетический иммуномодулятор, по 1,0 внутримышечно с интервалом 1-2 дня, курс – 10-15 инъекций.

«Ридостин» - высокомолекулярный индуктор интерферона природного происхождения. Назначается по 1 дозе внутримышечно 1 раз в 2-3 дня, курс 5 процедур.

В настоящее время проводятся активные исследования по созданию терапевтических вакцин, для которых мишень – главным образом, белки ВПЧ. Терапевтическая вакцина призвана помочь иммунной системе разрушить вирус, индуцировать клеточный иммунный ответ, направленный на элиминацию раковых клеток. Вакцина должна быть эффективной при наличии предракового или даже ракового заболевания. Однако пока реальных результатов не получено.

Наибольшие успехи отмечаются в деле создания профилактических вакцин. Более чем в 50 странах мира уже зарегистрирована вакцина «Гардаил», которая эффективна против заболеваний, вызываемых ВПЧ типов 6, 11, 16 и 18: против рака шейки матки, вульвы и влагалища; дисплазий шейки матки, вульвы, влагалища; генитального кондиломатоза. Она уже стала доступной для практического врача во многих странах, в том числе и в Российской Федерации.

Схема введения: вакцина вводится внутримышечно (в дельтовидную мышцу руки) 3 инъекциями с интервалами через 2 и 6 месяцев (0-2-6).

Создание вакцин против ВПЧ открывает новые возможности профилактики заболеваний, которые ассоциированы с данным возбудителем.

Предопухолевые заболевания матки

Гиперплазия и полипы эндометрия. Проблема гиперпластических процессов эндометрия у больных репродуктивного возраста не теряет актуальности как с позиции

профилактики рака эндометрия, так и с позиции восстановления и сохранения репродуктивной функции.

Эндометрий является органом-мишенью для половых гормонов из-за присутствия в нем специфических рецепторов. Сбалансированное гормональное воздействие через цитоплазматические и ядерные рецепторы обеспечивает физиологические циклические превращения слизистой оболочки матки. Нарушение гормонального статуса женщины может приводить к изменению к изменению роста и дифференцировки клеточных элементов эндометрия и повлечь за собой развитие гиперпластических процессов.

Строение стенки полости матки и ее морфофункциональные особенности. Стенка полости матки состоит из слизистой оболочки (эндометрия), мышечной оболочки (миометрия) и серозной оболочки (периметрия).

Морфологическая характеристика эндометрия: слизистая оболочка состоит из функционального и базального слоев и кровеносных сосудов. Функциональный слой эндометрия представлен покровным и железистым
Эпителием; базальный слой – фибробластоподобными клетками;
кровеносные сосуды представляют собой спиралевидные артерии.
Особенностью эндометрия является его чувствительность к действию гормонов эстрадиола и прогестерона. В отличие от базального слоя эндометрия, его функциональный слой ежедневно подтвержден структурно-функциональным изменениям под действием эстрадиола и прогестерона и каждый месяц обновляется.

Фазы менструального цикла:

1) Фолликулярная, или фаза пролиферации эндометрия под действием эстрадиола, которая подразделяется на раннюю (5-7-й день цикла), среднюю (8-10-й день цикла) и позднюю (10-14-й день цикла).
2) Лютеиновая, или фаза секреции, в которой происходит преобладание митотической активности, появляется извитость маточных желез и спиралевидных артерий под действием прогестерона. Лютеиновая фаза подразделяется на раннюю (14-16-й день цикла), среднюю (19-23-й день цикла) и позднюю (24-28-й день цикла);
3) Десквамация, когда происходит снижение уровня прогестерона, усиление коллагеназы.

Гиперплазия эндометрия – это избыточное увеличение толщины и объема пролиферирующего эндометрия с нарушением архитектоники желез.
Существует несколько мнений о возникновении гиперпластических процессов эндометрия, но в основе всех лежит гиперэстрогения.
В **патогенезе развития гиперпластического процесса эндометрия** выделяют несколько факторов:

1) Гормональный фактор:

а) Гиперэстрогения приводит к развитию гиперпластических процессов, в ответ на длительное влияние эстрогенов на эндометрий. Этот процесс является следствием патологии яичников – хроническая ановуляция, атрезии или персистенция фолликула, фолликулярных кист, гиперплазии тека-ткани яичников, стромальной гиперплазии яичников;

б) Гиперплазия коры надпочечников;

в) Нарушение гонадотропной функции гипофиза;

г) Нарушение физиологической секреции тиреоидных гормонов. Тиреотропный гормон является модулятором действия эстрогенов на клеточном уровне, дисбаланс может способствовать прогрессированию нарушений гисто и органогенеза гормональнозависимых структур и формировании гиперпластических процессов эндометрия.

2) Заболевания гепатобилиарной системы, к которым относятся хронические холециститы, гепатиты, дискинезии желчных путей, цирроз. Все эти заболевания

сопровождаются субклинической печеночной недостаточностью и следствие нарушение процесса конъюгации эстрогенов, возникает хроническая гиперэстрогения.

3) Ожирение, при котором происходит повышенная продукция в подкожно-жировой клетчатке за счет превращения андростендиона в эстрон под действием ароматазы, что и приводит к гиперэстрогении.

Таким образом, формирование гиперпластических процессов в эндометрии может быть обусловлено нарушением овуляции любой этиологии, приводящей к развитию абсолютной или относительной гиперэстрогении на фоне недостаточного антиэстрогенного влияния (или его отсутствие) прогестерона. С учетом вышесказанного можно выделить следующие механизмы гиперэстрогении: ановуляция в репродуктивном периоде и пременопаузе, гиперплазия тека-ткани яичников, ожирение и обусловленное им повышенное превращение андростендиона под действием ароматазы в эстрадиол.

Воспалительные процессы органов малого таза. Длительные морфологические и функциональные изменения в слизистой оболочке тела матки, обусловленные воспалительным процессом, приводят к патологической афферентации в структуры центральной нервной системы, регулирующие деятельность гипоталамо-гипофизарной системы. В воспалительно-измененной слизистой оболочке матки нарушена рецепция гормонов даже при сохраненном гормональном гомеостазе. Как известно, причинами инфицирования слизистой оболочки матки с последующей провокацией воспалительного процесса и его хронизации (хронический эндометрит) могут быть септически осложненные роды, родовой травматизм, а также аборты, диагностические выскабливания, гистеросальпингография, т.е. любые внутриматочные вмешательства и кроме того, восходящая инфекция при беспорядочных половых контактах.

Различают гиперплазию функционального и базального слоев. Гиперплазия функционального слоя, или гиперплазия покровного и железистого эпителия, встречается в более молодом возрасте (репродуктивный период и период перименопаузы).

Гиперплазия базального слоя (увеличение М-ЭХО по данным УЗИ органов малого таза) встречается чаще в периоде постменопаузы. Матка подвержена влиянию неспецифических раздражителей, т.к. является органом (в постменопаузе) со сниженной или отсутствующей функцией. При этом неспецифический раздражитель может вызвать формирование как очаговой пролиферации, так и диффузной гиперплазии эпителия и стромы. Тонкий атрофичный эндометрий является хорошей питательной средой . При длительно текущем воспалении развивается фиброз стромы и гиалинизация волокон, что приводит к блокаде выводных протоков желез эпителия, вследствие чего образуется кистозное расширение или кистозная атрофия эндометрия. В гистологическом материале, полученном при выскабливании полости матки, обнаруживаются слизь, обрывки атрофичного эндометрия.

Клинические проявления гиперплазии. Самыми частыми проявлениями гиперплатических процессов эндометрия служат маточные кровотечения (мено-и /или метроррагии). Источниками кровотечения являются участки гиперплазированного эндометрия с выраженными дистрофическими изменениями и очагами некроза, резко расширенными кровеносными сосудами и тромбозом.

При гиперплазии эндометрия могут быть кровотечения:

- дисфункциональные маточные – обусловленные персистирующим фолликулом, следствием чего является абсолютная гиперэстрогения;
- межменструальные кровянистые выделения;
- ювенильные маточные обусловлены атрезией фолликула, следствием чего является относительная гиперэстрогения;
- мажущие выделения до и после менструации.

Диагностические мероприятия при подозрении на гиперплазию эндометрия.

1. *УЗИ органов малого таза (М-ЭХО).* При нормальном менструальном цикле толщина эндометрия зависит от фазы цикла, постепенно возрастая от 3-4 мм в I фазе до 12-15 мм во II фазе цикла. При гиперплазии эндометрия отмечается значительное увеличение этих показателей в обеих фазах.

В постменопаузе ультразвуковые критерии состояния эндометрия имеют возрастные особенности. Так, увеличение срединного М-ЭХА до 5 мм и более становится косвенным признаком гиперпластического процесса даже без клинических проявлений.

Ввиду того что патологические процессы в яичниках могут быть причиной гиперэстрогении, большое значение имеет изучение эхо структуры яичников и их размеров при УЗИ.

В норме яичники у женщины репродуктивного возраста выявляются как овальные образования средней эхогенности с четкими контурами длинной 29 мм, шириной 2,7 мм, переднезадним размером – 15-19 мм. Одностороннее увеличение яичников может свидетельствовать о наличии гормонально-активных структур, тогда как двустороннее увеличение с множеством мелких эхо-негативных включений и гиперэхогенной капсулой (утолщенная белочная оболочка) говорит в пользу поликистозных яичников. В постменопаузе яичники, как и матка, подвергаются инволюции и их визуализация затруднена.

2. *Аспирационная биопсия эндометрия.*
3. *Цитологическое исследование аспирата из полости матки* позволяет определить характер процесс а, но не всегда дает четкое представление о его патоморфологической структуре.
4. *Гистероскопия с выскабливанием стенок полости матки* позволяет более детально изучить состояние эндометрия: окраска эндометрия (в I фазу циклка – розовая, во II – желтовато-розовая), толщина, складчатость эндометрия, сосудистый рисунок; провести четкую тропическую диагностику и проконтролировать результаты гормональной корригирующей терапии.
5. *Гистологическое исследование соскобов полости матки.* Согласно гистологической классификации ВОЗ (1975), гиперпластические процессы эндометрия подразделяют на железистую и железисто-кистозную гиперплазии. (очаговую и диффузную).

Лечение гиперпластических процессов эндометрия предусматривает соблюдение трех основных принципов: остановка кровотечения, восстановление менструальной функции в репродуктивном периоде, профилактика рецидивов заболевания.

Одним из основных методов лечения гиперпластических процессов является выскабливание слизистой оболочки матки с последующей гормонотерапией.

Арсенал гормональных препаратов, используемых для лечения гиперплазий эндометрия, разнообразен.

Эстроген-гестагенные препараты: комбинированный оральный контрацептив (КОК) – «Регулон», «Жанин», «Ярина». Прием осуществляется по контрацептивной схеме в течении 3-6 месяцев. Применение этих препаратов показано девушкам, страдающим ювенильными маточными кровотечениями, женщинам репродуктивного периода.

Гестагены: 17 – ОПК (17 оксипрогестерон капронат) – 250-500 мг ежедневно или 2 раза в неделю в течение 3-6 месяцев. Доза препарата подбирается индивидуально в зависимости от возраста больной. Применяется у женщин репродуктивного периода и периода пременопаузы, а также при рецидивирующей гиперплазии эндометрия.

Дюфастон – по 1 таблетке (10 мг) 2 раза в день в течение 4-6 месяцев. Прием препарата показан девушкам, страдающим ювенильными маточными кровотечениями, женщинам репродуктивного периода и периода перименопаузы.

Антигонадотропины: даназол, данавал – 200-400 мг 2 раза в день непрерывно, минимально 3-6 месяцев.

Агонисты гонадолиберина: золадекс – 3,6 мг каждые 4 недели не менее 6 месяцев.

Антипрогестины: гестринон – 2,5 мг 2 раза в неделю непрерывно в течение 6 месяцев.

Препараты группы антигонадотропинов, агонисты гонадолиберина, антипрогестины используются как самостоятельная терапия гиперпластических процессов и как подготовительный этап в предоперационной подготовке для проведения гистерэктомии или гистерорезекции.

Особого внимания заслуживают гиперпластические процессы эндометрия в **постменопаузальном периоде**, причиной которых бывают патология яичников – стромальная гиперплазия, текаматоз, тека и гранулезоклеточные опухоли или обменно-эндокринные нарушения. Подход к лечению гиперпластических процессов эндометрия в этом возрасте неоднозначны. Если позволяет соматический статус пациентки, то предпочтение отдают оперативному лечению – экстирпации матки с придатками. При тяжелой экстрагенитальной патологии возможно проведение гормональной терапии .

Препаратами выбора для гормонотерапии при гиперпластических процессах эндометрия являются прогестагенные препараты, обладающие контрацептивным и противоопухолевым действием:

-17- ОПК (17- оксипрогестерона капронат) – 500 мг 2-3 раза в неделю в течение 6 месяцев;

- Депо – Провера – 400-600 мг 1 раз в неделю в течение 6 месяцев;
- Провера – 00 мг 2-3 раза в неделю в течение 6 месяцев.

Лечение атипической гиперплазии. Гиперпластические процессы слизистой полости матки подразделяют на фоновые и предраковые.

К предраковым процессам относятся:

- атипическая гиперплазия эндометрия, которая характеризуется структурной перестройкой и более интенсивной пролиферацией желез;
- очаговый аденоматоз:
- аденоматозные полипы эндометрия;
- железистая гиперплазия эндометрия в сочетании с гипоталамическими и нейро-эндокринными нарушениями.

По данным наблюдений морфологический предрак трансформируется в аденокарциному приблизительно в 10%.

Вероятность перехода в рак не только атипической гиперплазии, но и других гиперпластических процессов эндометрия, не относящихся к морфологическому предраку, достаточно высока при определенных условиях. Это могут быть:

- нарушения эндокринной системы (сахарный диабет, метаболический синдром);
- возраст (пре и постменопауза);
- характер течения процесса (рецидивирование).

Женщинам старшей возрастной группы, страдающим рецидивирующей гиперплазии эндометрия и предраковыми состояниями, показано оперативное лечение (гистерэктомия). У женщин репродуктивного возраста при гиперплазии эндометрия необходимо начинать лечение с консервативных мероприятий.

С тех пор как R/W/ Kistner опубликовал серию работ об успешных результатах гормонотерапии больных атипической гиперплазией эндометрия и карциномой *in situ* эндометрии, этот вид лечения привлекает к себе все больше внимания.

Для лечения женщин репродуктивного периода применяют прогестагенные препараты:
- 17 – ОПК (17- оксипрогестерон капронат) – 500 мг 2-3 раза в неделю в течение 6 месяцев;
- Депо – Провера = 400-600 мг 1 раз в неделю в течение 6 месяцев;
- Провера – 500 мг 2-3 раза в неделю в течение 6 месяцев;
- антигонадотропины (даназол, данавал 200-400 мг 2 раза в день непрерывно 6 месяцев);
- агонисты гонадолюберина (бусерелин, золадекс 3,6 мг каждые 4 недели в течение 6 месяцев).

Для лечения женщие в постменопаузальном возрасте используется та же схема, что и при лечении рецидивирующей гиперплазии эндометрия.

После проведения курса гормонотерапии, заключительным этапом является диагностическая гистероскопия с оценкой результатов лечения.

Гистерорезектоскопия (аблация) эндометрия терапевтический эффект, по данным литературы, варьирует в пределах 60-90%, т.е. является альтернативой гормонотерапии и радикальному хирургическому лечению.

Под термином «аблация эндометрия» подразумевается любой вид деструкции эндометрия с полным уничтожением его базального слоя, представленный в условиях электрохирургической гистерорезекции коагуляцией эндометрия на глубины 3-4 мм или петлевой резекцией эндо и миометрия на ту же глубину.

Полипы эндометрия. Если большинство исследователей считают гиперэстрогению непременным условием развития диффузных гиперпластических процессов эндометрия, то о возможной роли гиперэстрогенной стимуляции в возникновении полипов эндометрия высказываются, лишь отдельные исследователи. По мнению другой группы исследователей, полипы являются результатом продуктивного воспаления и возникают из гиперплазированного базального слоя эндометрия.

Классификация полипов эндометрия (по гистологическому типу):
- железистые;
- железисто-фиброзные;
- фиброзные;
- аденоматозные.

Клинические проявления полипа эндометрия выражаются мажущими выделениями до и после менструации, межменструальными кровянистыми выделениями.

Диагностические мероприятия при подозрении на полип эндометрия. УЗИ органов малого таза позволяет визуализировать полипы эндометрия в ивде округлых и удлиненных овальных образований с четким контуром и тонким эхонегативным ободком.

Основная тактика лечения полипов эндометрия – гистероскопия с выскабливанием полости матки.

Оперативное лечение гиперпластических процессов и полипов эндометрия:
- Гистерэктомия. Показания к гистерэктомии: аденоматозный полип у женщин пременопаузального возраста с обменно-эндокринными нарушениями (сахарный диабет, метаболический синдром), аденоматозный полип у женщин в постменопаузе.
- Гистерорезектоскопия. Показания к гистерорезектоскопии: пациентки старше 50 лет с железисто-фиброзными полипами на фоне атрофии или пролиферации эндометрия, с нормальными размерами матки, с низкими уровнями эстрогенов и высокими уровнями гонадотропинов. Гистерорезектоскопия является альтернативным лечением предрака эндометрия.

Таким образом, гиперпластические процессы эндометрия представляют одну из наиболее актуальных проблем в гинекологии. Их следует рассматривать ни как местный процесс, а как реакцию ткани-мишени в ответ на повреждение гормонального гомеостаза. Именно тяжесть последнего определяет выбор метода лечения больных с патологической трансформацией слизистой оболочки тела матки.

ЛИТЕРАТУРА

Основная:

1. Клиническая маммология. Современное состояние проблемы / Пол ред. Е.Б. Камповой-Полевой и С.С. Чистякова - М., 2006. - 511 с.
2. Опухоли женской репродуктивной системы / Под ред. М.И. Давыдова, В.П. Летягина, В.В. Кузнецова. — М.: Медицинское информационное агентство, 2007. — 373 с.
3. Гинекология. Национальное руководство / Под ред. В.И. Кулакова, И.Б. Манухина, Г.М. Савельевой. — М., 2007. —1071с

Дополнительная:

1. Практическая онкогинекология: Избранные лекции / Под ред. А.Ф. Урманчеевой, С.А. Тюляндина, В.М. Мои-сеенко. - СПб.: Центр ТОММ, 2008. - 400 с.
2. Гарин А.М., Базин И.С. Справочное руководство по лекарственной терапии солидных опухолей. — М., 2007. -300 с.
3. Клиническая онкогинекология: Руководство для врачей / Под ред. В.П. Козаченко. — М.: Медицина, 2005. — 373 с.
4. Бошан Я.В. Руководство по онкогинекологии. — 2009.
5. Хмельницкий О. К. Патоморфологическая диагностика гинекологических заболеваний. — СПб., 2004.
6. Новикова Л.А., Григорова Т.М Хорионэпителиома матки: клиника и лечение Л.: Медицина. 1968. - 160 с,
7. Толокнов Б.О., Лактионов К.П., Гарин А.М.. Чекалова М.А., Хориокарцинома матки. — М , 2009.
8. Толокнов Б.О., Михина З.П., Лактионов К.П., Мохова Е.Е. Роль лучевой терапии в комбинированном лечении больных хориокарциномой матки с метастазами в головной мозг//Вопр.онкол. — 1999. — Т. 45. — № 4. — С. 455-457.
9. Толокнов Б.О. Современная комплексная диагностика и лечение больных хориокарциномой матки //Совр. он-кол. - 2100. — Т. 2. — № 2. — С. 49-50.
10. Толокнов Б.О. Современная комплексная диагностика и лечение больных хориокарциномой матки //Совр. он-кол. - 2100. — Т. 2. — № 2. — С. 49-50.
11. Статистика злокачественных новообразований в России и странах СНГ в 2004 г. /

Под ред. М.И. Давыдова и Е.М. Аксель // Вестник РОНЦ им. Н.Н. Блохина РАМН. - М., 2006. - N9 3. - Прил. 1. - Т. 17.

12. Энциклопедия клинической онкологии: Руководство для практикующих врачей/М.И. Давыдов, ГЛ. Вышковский и др. / Под общ. ред. М.И. Давыдова, ГЛ. Вышковского. - М.: РЛС, 2005, 2004.

13. Баженова А.П., Островцев Л.Д., Хаханишвили Т.П. рак молочной железы. — М., 2003.

14. Дымарский Л.Ю. Рак молочной железы. — М., 1980.

15. Летягин В.П. и др. Рак молочной железы. — М., 1996.

16. Корженкова Г.П. Комплексная рентгеносонографическая диагностика заболеваний молочной железы: Атлас. —2009.

17. И. Семинар по клинической маммологии / Под ред. М.И. Давыдова и В.П. Летягина. — М., 2006.

18. Рак молочной железы: Атлас / Под ред. М.И. Давыдова и В.П. Летягина. — М., 2006.

19. Огнерубов Н.А. Мастопатия: психосоматические аспекты. — Воронеж, 2001.

20. Сидоренко ЛН. Мастопатия. — Л., 2001.

21. Сидоренко Л.Н. Мастопатия. — СПб., 2009.

МИНИСТЕРСТВО НАУКИ И ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
Федеральное государственное бюджетное образовательное
учреждение высшего образования
«ЧЕЧЕНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ
АХМАТА АБДУЛХАМИДОВИЧА КАДЫРОВА»

МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ
Кафедра безопасности жизнедеятельности и медицины катастроф

Методические рекомендации для подготовки к занятиям по дисциплине «Основы военной подготовки»

Направление подготовки	Лечебное дело
Код направления подготовки	31.05.01
Профиль подготовки	Врач-лечебник

Грозный, 2025г.

Подготовка к лекциям

Главное в период подготовки к лекционным занятиям - научиться методам самостоятельного умственного труда, сознательно развивать свои творческие способности и овладевать навыками творческой работы. Для этого необходимо строго соблюдать дисциплину учебы и поведения. Четкое планирование своего рабочего времени и отдыха является необходимым условием для успешной самостоятельной работы.

В основу его нужно положить рабочие программы изучаемых в семестре дисциплин. Ежедневной учебной работе студенту следует уделять 9-10 часов своего времени, т.е. при шести часах аудиторных занятий самостоятельной работе необходимо отводить 3-4 часа.

Слушание и запись лекций - сложный вид вузовской аудиторной работы. Внимательное слушание и конспектирование лекций предполагает интенсивную умственную деятельность студента. Краткие записи лекций, их конспектирование помогает усвоить учебный материал. Конспект является полезным тогда, когда записано самое существенное, основное и сделано это самим студентом.

Не надо стремиться записать дословно всю лекцию. Такое «конспектирование» приносит больше вреда, чем пользы. Запись лекций рекомендуется вести по возможности собственными формулировками. Конспект лекции лучше подразделять на пункты, параграфы, соблюдая красную строку. Этому в большой степени будут способствовать пункты плана лекции, предложенные преподавателям. Принципиальные места, определения, формулы и другое следует сопровождать замечаниями «важно», «особо важно», «хорошо запомнить» и т.п.

Целесообразно разработать собственную «маркографию» (значки, символы), сокращения слов. Не лишним будет и изучение основ стенографии. Работая над конспектом лекций, всегда необходимо использовать не только учебник, но и ту литературу, которую дополнительно рекомендовал лектор.

Подготовка к практическим занятиям

Подготовку к каждому практическому занятию каждый студент должен начать с ознакомления с планом практического занятия, который отражает содержание предложенной темы. Тщательное продумывание и изучение вопросов плана основывается на проработке текущего материала лекции, а затем изучения обязательной и дополнительной литературы, рекомендованной к данной теме. На основе индивидуальных предпочтений студенту необходимо самостоятельно выбрать тему доклада по проблеме практического занятия и по возможности подготовить по нему презентацию. Если программой дисциплины предусмотрено выполнение практического задания, то его необходимо выполнить с учетом предложенной инструкции (устно или письменно). Все новые понятия по изучаемой теме необходимо выучить наизусть и внести в глоссарий, который целесообразно вести с самого начала изучения курса.

Результат такой работы должен проявиться в способности студента свободно ответить на теоретические вопросы практического занятия, его выступлении и участии в коллективном обсуждении вопросов изучаемой темы, правильном выполнении практических заданий и контрольных работ.

Структура занятия

В зависимости от содержания и количества отведенного времени на изучение каждой темы практическое занятие может состоять из четырех-пяти частей:

1. Обсуждение теоретических вопросов, определенных программой дисциплины.
2. Доклад и/ или выступление с презентациями по проблеме практического занятия.
3. Обсуждение выступлений по теме - дискуссия.

4. Выполнение практического задания с последующим разбором полученных результатов или обсуждение практического задания, выполненного дома, если это предусмотрено программой.

5. Подведение итогов занятия.

Первая часть - обсуждение теоретических вопросов - проводится в виде фронтальной беседы со всей группой и включает выборочную проверку преподавателем теоретических знаний студентов. Примерная продолжительность — до 15 минут.

Вторая часть — выступление студентов с докладами, которые должны сопровождаться презентациями с целью усиления наглядности восприятия, по одному из вопросов практического занятия. Примерная продолжительность — 20-25 минут.

После докладов следует их обсуждение - дискуссия. В ходе этого этапа практического занятия могут быть заданы уточняющие вопросы к докладчикам. Примерная продолжительность - до 15-20 минут.

Если программой предусмотрено выполнение практического задания в рамках конкретной темы, то преподавателями определяется его содержание и дается время на его выполнение, а затем идет обсуждение результатов. Если практическое задание должно было быть выполнено дома, то на практическом занятии преподаватель проверяет его выполнение (устно или письменно). Примерная продолжительность - 15-20 минут.

Подведением итогов заканчивается практическое занятие. Студентам должны быть объявлены оценки за работу и даны их четкие обоснования. Примерная продолжительность — 5 минут.

Работа с литературными источниками

В процессе подготовки к практическим занятиям, студентам необходимо обратить особое внимание на самостоятельное изучение рекомендованной учебно-методической (а также научной и популярной) литературы. Самостоятельная работа с учебниками, учебными пособиями, научной, справочной и популярной литературой, материалами периодических изданий и Интернета, статистическими данными является наиболее эффективным методом получения знаний, позволяет значительно активизировать процесс овладения информацией, способствует более глубокому усвоению изучаемого материала, формирует у студентов свое отношение к конкретной проблеме.

Более глубокому раскрытию вопросов способствует знакомство с дополнительной литературой, рекомендованной преподавателем по каждой теме практического или практического занятия, что позволяет студентам проявить свою индивидуальность в рамках выступления на данных занятиях, выявить широкий спектр мнений по изучаемой проблеме.

Подготовка презентации и доклада

Для подготовки презентации рекомендуется использовать: PowerPoint, MS Word, Acrobat Reader. Самая простая программа для создания презентаций - Microsoft PowerPoint.

Для подготовки презентации необходимо собрать и обработать начальную информацию. Последовательность подготовки презентации:

1. Четко сформулировать цель презентации: вы хотите свою аудиторию мотивировать, убедить, заразить какой-то идеей или просто формально отчитаться.

2. Определить каков будет формат презентации: живое выступление (тогда, сколько будет его продолжительность) или электронная рассылка (каков будет контекст презентации).

3. Отобрать всю содержательную часть для презентации и выстроить логическую цепочку представления.

4. Определить ключевые моменты в содержании текста и выделить их.

5. Определить виды визуализации (картинки) для отображения их на слайдах в соответствии с логикой, целью и спецификой материала.

6. Подобрать дизайн и форматировать слайды (количество картинок и текста, их расположение, цвет и размер).

7. Проверить визуальное восприятие презентации.

К видам визуализации относятся иллюстрации, образы, диаграммы, таблицы. Иллюстрация - представление реально существующего зрительного ряда. Образы - в отличие от иллюстраций - метафора. Их назначение - вызвать эмоцию и создать отношение к ней, воздействовать на аудиторию. С помощью хорошо продуманных и представляемых образов, информация может надолго остаться в памяти человека. Диаграмма - визуализация количественных и качественных связей. Их используют для убедительной демонстрации данных, для пространственного мышления в дополнение к логическому. Таблица - конкретный, наглядный и точный показ данных. Ее основное назначение - структурировать информацию, что порой облегчает восприятие данных аудиторией.

Практические советы по подготовке презентации

- готовьте отдельно: печатный текст + слайды + раздаточный материал;

- слайды - визуальная подача информации, которая должна содержать минимум текста, максимум изображений, несущих смысловую нагрузку, выглядеть наглядно и просто;

- текстовое содержание презентации - устная речь или чтение, которая должна включать аргументы, факты, доказательства и эмоции;

- обязательная информация для презентации: тема, фамилия и инициалы выступающего; план сообщения; краткие выводы из всего сказанного; список использованных источников;

- раздаточный материал - должен обеспечивать ту же глубину и охват, что и живое выступление: люди больше доверяют тому, что они могут унести с собой, чем исчезающим изображениям, слова и слайды забываются, а раздаточный материал остается постоянным осязаемым напоминанием; раздаточный материал важно раздавать в конце презентации; раздаточный материалы должны отличаться от слайдов, должны быть более информативными.

Тема доклада должна быть согласованна с преподавателем и соответствовать теме учебного занятия. Материалы при его подготовке, должны соответствовать научно-методическим требованиям вуза и быть указаны в докладе. Необходимо соблюдать регламент, оговоренный при получении задания. Иллюстрации должны быть достаточными, но не чрезмерными.

Работа студента над докладом-презентацией включает отрабатку умения самостоятельно обобщать материал и делать выводы в заключении, умения ориентироваться в материале и отвечать на дополнительные вопросы слушателей, отработку навыков ораторства, умения проводить диспут.

Докладчики должны знать и уметь: сообщать новую информацию; использовать технические средства; хорошо ориентироваться в теме всего практического занятия; дискутировать и быстро отвечать на заданные вопросы; четко выполнять установленный регламент (не более 10 минут); иметь представление о композиционной структуре доклада и др.

Структура выступления

Вступление помогает обеспечить успех выступления по любой тематике. Вступление должно содержать: название, сообщение основной идеи, современную оценку предмета изложения, краткое перечисление рассматриваемых вопросов, живую

интересную форму изложения, акцентирование внимания на важных моментах, оригинальность подхода.

Основная часть, в которой выступающий должен глубоко раскрыть суть затронутой темы, обычно строится по принципу отчета. Задача основной части - представить достаточно данных для того, чтобы слушатели заинтересовались темой и захотели ознакомиться с материалами. При этом логическая структура теоретического блока не должны даваться без наглядных пособий, аудио-визуальных и визуальных материалов.

Заключение - ясное, четкое обобщение и краткие выводы, которых всегда ждут слушатели.

МИНИСТЕРСТВО НАУКИ И ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования
«Чеченский государственный университет

имени Ахмата Абдулхамидовича Кадырова»

МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ

Кафедра гуманитарных, естественнонаучных и социальных дисциплин

МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ИЗУЧЕНИЮ УЧЕБНОЙ ДИСЦИПЛИНЫ «ОСНОВЫ РОССИЙСКОЙ ГОСУДАРСТВЕННОСТИ»

Специальность	Лечебное дело
Код специальности	31.05.01
Квалификация выпускника	Врач-лечебник
Форма обучения	Очная

Грозный

Муцалов С.И. Методические рекомендации по изучению учебной дисциплины «Основы российской государственности» / Сост. Муцалов С.И.– Грозный: ФГБОУ ВО «Чеченский государственный университет имени А.А.Кадырова».

Методические рекомендации по изучению учебной дисциплины «Основы российской государственности» рассмотрены и одобрены на заседании кафедры гуманитарных, естественнонаучных и социальных дисциплин, рекомендованы к использованию в учебном процессе (протокол № 9 от «23» мая 2025 г.), составлены в соответствии с требованиями ФГОС ВО по специальности 31.05.01 Лечебное дело (специалитет), утвержденного приказом Минобрнауки России от 27.03.2018 № 219.

© Муцалов С.И.–
© ФГБОУ ВО «Чеченский государственный университет имени А.А.Кадырова»

СОДЕРЖАНИЕ

1. Общие положения..... 4

2. Методические рекомендации по изучению дисциплины в процессе аудиторных занятий.... 4

2.1. Рекомендации по подготовке к лекционным занятиям (теоретический курс)..... 4

2.2. Рекомендации по подготовке к практическим (семинарским) занятиям..... 4

3. Методические рекомендации по выполнению различных форм самостоятельных заданий 4

3.1. Методические рекомендации по работе с литературой..... 5

3.2. Методические рекомендации по подготовке научного доклада..... 5

3.3. Методические рекомендации по подготовке реферата..... 6

1. Общие положения

Методические указания по освоению дисциплины «Основы российской государственности» адресованы студентам очной формы обучения.

Учебным планом по направлению подготовки 31.05.01 «Лечебное дело» предусмотрены следующие виды занятий:

- лекции;
- семинарские занятия;

2. Методические рекомендации по изучению дисциплины в процессе аудиторных занятий.

2.1. Рекомендации по подготовке к лекционным занятиям (теоретический курс)

Изучение дисциплины требует систематического и последовательного накопления знаний.

Студентам необходимо вести конспект прослушанных лекций. Перед очередной лекцией необходимо просмотреть по конспекту материал предыдущей лекции. При затруднениях в восприятии материала следует обратиться к основным литературным источникам. Если разобраться в материале не удалось, то следует обратиться к лектору (по графику его консультаций) или к преподавателю на практических занятиях.

2.2. Рекомендации по подготовке к практическим (семинарским) занятиям

Студентам следует:

- ознакомиться с заданием к занятию; определить примерный объем работы по подготовке к ним; выделить вопросы и задачи, ответы на которые или выполнение и решение без предварительной подготовки не представляется возможным;
- иметь в виду и то, что в библиотеке учебного заведения не всегда имеются в наличии все рекомендованные источники, их необходимо найти заранее.
- приносить с собой рекомендованную преподавателем литературу к конкретному занятию;
- до очередного практического занятия по рекомендованным литературным источникам проработать теоретический материал, соответствующей темы занятия;
- пользоваться техническими средствами обучения и дидактическими материалами, которыми располагает учебное заведение.
- при подготовке к практическим занятиям следует обязательно использовать не только лекции, учебную литературу, но и нормативно-правовые акты и материалы правоприменительной практики;
- теоретический материал следует соотносить с правовыми нормами, так как в них могут быть внесены изменения, дополнения, которые не всегда отражены в учебной литературе;
- при ответах на вопросы и решения задач необходимо внимательно прочитать их текст и попытаться дать аргументированное объяснение с обязательной ссылкой на соответствующую правовую норму;
- в начале занятий задать преподавателю вопросы по материалу, вызвавшему затруднения в его понимании и освоении при решении задач, заданных для самостоятельного решения;
- по ходу семинара давать конкретные, четкие ответы по существу вопросов. Структура ответов может быть различной: либо вначале делается вывод, а затем приводятся аргументы, либо дается развернутая аргументация принятого решения, на основании которой предлагается ответ. Возможны и несколько вариантов ответов, которые должны быть обоснованны.
- на занятии доводить каждую задачу до окончательного решения, демонстрировать понимание проведенного анализа проблемной ситуации, в случае затруднений обращаться к преподавателю.

Студентам, пропустившим занятия (независимо от причин), не имеющие письменного решения задач или не подготовившиеся к данному практическому занятию, рекомендуется не позже чем в 2-недельный срок явиться на консультацию к преподавателю и отчитаться по теме, изучавшейся на занятии. Студенты, не отчитавшиеся по каждой не проработанной ими на занятиях теме к началу зачетной сессии, упускают возможность получить положенные баллы за работу в соответствующем семестре.

3. Методические рекомендации по выполнению различных форм самостоятельных заданий

Самостоятельная работа студентов включает в себя выполнение различного рода заданий, которые ориентированы на более глубокое усвоение материала изучаемой дисциплины. По каждой теме учебной дисциплины студентам предлагается перечень заданий для самостоятельной работы.

К выполнению заданий для самостоятельной работы предъявляются следующие требования: задания должны исполняться самостоятельно и представляться в установленный срок, а также соответствовать установленным требованиям по оформлению.

Студентам следует:
- руководствоваться графиком самостоятельной работы, определенным рабочей программой дисциплины;
- выполнять все плановые задания, выдаваемые преподавателем для самостоятельного выполнения, и разбирать на семинарах и консультациях неясные вопросы;
- использовать при подготовке нормативные документы университета.

3.1. Методические рекомендации по работе с литературой.

Любая форма самостоятельной работы студента (подготовка к семинарскому занятию, написание эссе, курсовой работы, доклада и т.п.) начинается с изучения соответствующей литературы.

К каждой теме учебной дисциплины подобрана основная и дополнительная литература, которая указана в соответствующем разделе рабочей программы.

Основная литература - это учебники и учебные пособия.

Дополнительная литература - это монографии, сборники научных трудов, журнальные и газетные статьи, различные справочники, энциклопедии, интернет ресурсы.

Рекомендации студенту:

выбранную монографию или статью целесообразно внимательно просмотреть. В книгах следует ознакомиться с оглавлением и научно-справочным аппаратом, прочитать аннотацию и предисловие. Целесообразно ее пролистать, рассмотреть иллюстрации, таблицы, диаграммы, приложения. Такое поверхностное ознакомление позволит узнать, какие главы следует читать внимательно, а какие прочитать быстро;

- в книге или журнале, принадлежащие самому студенту, ключевые позиции можно выделять маркером или делать пометки на полях. При работе с Интернет -источником целесообразно также выделять важную информацию;
- если книга или журнал не являются собственностью студента, то целесообразно записывать номера страниц, которые привлекли внимание. Позже следует возвратиться к ним, перечитать или переписать нужную информацию. Физическое действие по записыванию помогает прочно заложить данную информацию в «банк памяти».

Выделяются следующие виды записей при работе с литературой:

Конспект - краткая схематическая запись основного содержания научной работы. Целью является не переписывание произведения, а выявление его логики, системы доказательств, основных выводов. Хороший конспект должен сочетать полноту изложения с краткостью.

Цитата - точное воспроизведение текста. Заключается в кавычки. Точно указывается страница источника.

Тезисы - концентрированное изложение основных положений прочитанного материала.

Аннотация - очень краткое изложение содержания прочитанной работы. Резюме - наиболее общие выводы и положения работы, ее концептуальные итоги.

Записи в той или иной форме не только способствуют пониманию и усвоению изучаемого материала, но и помогают вырабатывать навыки ясного изложения в письменной форме тех или иных теоретических вопросов.

3.2. Методические рекомендации по подготовке научного доклада

Одной из форм самостоятельной работы студента является подготовка научного доклада, для обсуждения его на практическом (семинарском) занятии.

Цель научного доклада - развитие у студентов навыков аналитической работы с научной литературой, анализа дискуссионных научных позиций, аргументации собственных взглядов. Подготовка научных докладов также развивает творческий потенциал студентов.

Научный доклад готовится под руководством преподавателя, который ведет практические (семинарские) занятия.

Рекомендации студенту:

- перед началом работы по написанию научного доклада согласовать с преподавателем тему, структуру, литературу, а также обсудить ключевые вопросы, которые следует раскрыть в докладе;
- представить доклад научному руководителю в письменной форме;
- выступить на семинарском занятии с 5-7-минутной презентацией своего научного доклада, ответить на вопросы студентов группы.

Требования:

- к оформлению научного доклада: шрифт - Times New Roman, размер шрифта -14, межстрочный интервал -1, размер полей – 2 см, отступ в начале абзаца - 1 см, форматирование по ширине);

листы доклада скреплены скоросшивателем. На титульном листе указывается наименование учебного заведения, название кафедры, наименование дисциплины, тема доклада, ФИО студента;
- к структуре доклада - введение (указывается актуальность, цель и задачи), основная часть, выводы автора, список литературы (не менее 5 позиций источников научной литературы (научные статьи и монографии). Объем согласовывается с преподавателем. В конце работы ставится дата ее выполнения и подпись студента, выполнившего работу.
Общая оценка за доклад учитывает содержание доклада, его презентацию, а также ответы на вопросы.

3.3. Методические рекомендации по подготовке реферата

Целью написания рефератов является:
- привитие студентам навыков библиографического поиска необходимой литературы (на бумажных носителях, в электронном виде);
привитие студентам навыков компактного изложения мнения авторов и своего суждения по выбранному вопросу в письменной форме, научно грамотным языком и в хорошем стиле;
- приобретение навыка грамотного оформления ссылок на используемые источники, правильного цитирования авторского текста;
- выявление и развитие у студента интереса к определенной научной и практической проблематике с тем, чтобы исследование ее в дальнейшем продолжалось в подготовке и написании курсовых и дипломной работы и дальнейших научных трудах.
Основные задачи студента при написании реферата:
- с максимальной полнотой использовать литературу по выбранной теме (как рекомендуемую, так и самостоятельно подобранную) для правильного понимания авторской позиции;
- верно (без искажения смысла) передать авторскую позицию в своей работе;
- уяснить для себя и изложить причины своего согласия (несогласия) с тем или иным автором по данной проблеме.
Требования к содержанию:
- материал, использованный в реферате, должен относится строго к выбранной теме;
- необходимо изложить основные аспекты проблемы не только грамотно, но и в соответствии с той или иной логикой (хронологической, тематической, событийной и др.)
- при изложении следует сгруппировать идеи разных авторов по общности точек зрения или по научным школам;
- реферат должен заканчиваться подведением итогов проведенной исследовательской работы: содержать краткий анализ-обоснование преимуществ той точки зрения по рассматриваемому вопросу, с которой Вы солидарны.

Структура реферата.
1. Титульный лист.
На титульном листе указывается наименование учебного заведения, название кафедры, наименование дисциплины, тема реферата, ФИО студента, ФИО и должность проверившего преподавателя;
2. Оглавление.
Оглавление - это план реферата, в котором каждому разделу должен соответствовать номер страницы, на которой он находится.
3. Текст реферата.
Текст реферата делится на три части: введение, основная часть и заключение.
а) Введение - раздел реферата, посвященный постановке проблемы, которая будет рассматриваться и обоснованию выбора темы.
б) Основная часть - это звено работы, в котором последовательно раскрывается выбранная тема. Основная часть может быть представлена как цельным текстом, так и разделена на главы. При необходимости текст реферата может дополняться иллюстрациями, таблицами, графиками, но ими не следует "перегружать" текст.
в) Заключение - данный раздел реферата должен быть представлен в виде выводов, которые готовятся на основе подготовленного текста. Выводы должны быть краткими и четкими. Также в заключении можно обозначить проблемы, которые "высветились" в ходе работы над рефератом, но не были раскрыты в работе.
4. Список источников и литературы.
В данном списке называются как те источники, на которые ссылается студент при подготовке реферата, так и все иные, изученные им в связи с его подготовкой. В работе должно быть

использовано не менее 7 разных источников. Работа, выполненная с использованием материала, содержащегося в одном научном источнике, является явным плагиатом и не принимается. Оформление Списка источников и литературы должно соответствовать требованиям, принятым в университете.

Объем и технические требования, предъявляемые к выполнению реферата.

Объем работы должен быть, как правило, не менее 15 и не более 20 страниц. Работа должна выполняться через одинарный интервал 14 шрифтом, размеры оставляемых полей - 2 см. Страницы должны быть пронумерованы.

При цитировании необходимо соблюдать следующие правила:

- текст цитаты заключается в кавычки и приводится без изменений, без произвольного сокращения цитируемого фрагмента (пропуск слов, предложений или абзацев допускается, если не влечет искажения всего фрагмента, и обозначается многоточием, которое ставится на месте пропуска) и без искажения смысла;
- каждая цитата должна сопровождаться ссылкой на источник, библиографическое описание которого должно приводиться в соответствии с предъявляемыми требованиями.

МИНИСТЕРСТВО НАУКИ И ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования
«Чеченский государственный университет
имени Ахмата Абдулхамидовича Кадырова»
Медицинский институт
Кафедра факультетской хирургии

МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ИЗУЧЕНИЮ УЧЕБНОЙ ДИСЦИПЛИНЫ «Оториноларингология»

Код направления подготовки (специальности)	31.05.01
Направление подготовки (специальности)	Лечебное дело
Квалификация выпускника	Врач- лечебник
Форма обучения	Очная

Грозный 2025

СОДЕРЖАНИЕ

1. Методические основы по организации самостоятельной работы обучающихся.
2. Методические рекомендации для организации и проведения практических занятий.
3. Методические рекомендации по выполнению рефератов.
4. Методические рекомендации по подготовке и созданию презентаций.
5. Организация самостоятельной работы обучающихся при подготовке к текущей, промежуточной аттестациям.
6. Методические материалы по самостоятельной работе обучающегося при прохождении производственной практики

1. Методические основы по организации самостоятельной работы обучающихся

Самостоятельная работа по дисциплинам является обязательным элементом федеральных государственных образовательных стандартов по программам высшего образования.

Самостоятельная работа обучающегося – организационная форма обучения - система педагогических условий, обеспечивающих управление учебной деятельностью обучающихся по освоению знаний и умений в учебной и научной деятельности без посторонней помощи.

Самостоятельная работа обучающихся является специфическим педагогическим средством организации и сопровождения самостоятельной деятельности обучающихся в учебном процессе.

Цели

К целям самостоятельной работы относится:

− формирование способностей у обучающегося к саморазвитию, самосовершенствованию и самореализации;

− развитие исследовательских умений.

− фиксирование и систематизирование полученных теоретических познаний и практического опыта; формирование умений использовать научную, правовую, справочную и специальную литературу;

− развитие познавательных способностей и инициативности обучающихся, ответственность, организованность, стремление к саморазвитию; формирование умения правильно пользоваться полученным ранее материалом, собранным в процессе самостоятельного наблюдения, выполнения заданий различного характера.

Формы самостоятельной работы

При обучении используются следующие виды и формы самостоятельной работы:

− подготовка к практическим занятиям;

− подготовка и написание рефератов; - подготовка докладов на заданные темы рефератов, либо выбранные по заданному направлению;

− изучение и систематизация нормативно-правовых документов, регламентирующих деятельность в сфере обращения лекарственных средств в части организационно-управленческих вопросов с использованием информационно-справочных систем «Консультант Плюс», «Консультант врача», компьютерной сети «Интернет»;

− изучение учебной, научной и методической литературы, материалов периодической литературы с использованием электронных библиотечных систем, официальных статистических данных, научной периодики; - создание презентации;

− подготовка к устному опросу, к дискуссии;

− тестирование;

− решение ситуационных задач;

− подготовка к текущей, промежуточной аттестации и т.д.

Контроль результатов внеаудиторной самостоятельной работы преподаватель осуществляет в начале каждого семинарского/практического занятия.

Контроль результатов аудиторной самостоятельной работы осуществляется в пределах времени, отведенного на практические занятия по дисциплине. В зависимости от сложности познавательной деятельности при изучении дисциплин используется три уровня самостоятельной работы:

− репродуктивная самостоятельная работа, которая включает изучение основной и дополнительной рекомендованной литературы, изучение методических рекомендаций к занятию, решение типовых задач, ситуаций;

− реконструктивная самостоятельная работа включает в себя подготовку к презентациям, сообщениям по заданной теме, решение профессиональных задач, моделирование профессиональной деятельности;

− творческая самостоятельная работа включает анализ, обобщение и систематизацию научных и нормативно-правовых документов, самостоятельное составление ситуаций, задач, проектов, составление выступлений по проблемам профессиональной деятельности. Контроль результатов внеаудиторной самостоятельной работы преподаватель осуществляет на семинарском/практическом занятии.

Самостоятельная работа начинается с изучения рабочей программы дисциплины, отражена в рабочих программах дисциплин.

Для конспектирования лекционного материала, а также выполнения семинарских/практических работ требуются рабочие тетради.

Самостоятельная работа обучающегося подразделяется на аудиторную и внеаудиторную самостоятельную работу

Аудиторная самостоятельная работа по дисциплинам выполняется на учебных занятиях (семинарские или практические) под непосредственным руководством преподавателя и по его заданию.

Основными видами аудиторной самостоятельной работы являются:

− выполнение практических работ;

− работа с нормативно-правовыми документами в области обращения лекарственных средств;

− решение ситуационных/симуляционных задач;

− презентация результатов научно-исследовательской работы по заданным темам

Выполнение практических работ осуществляется на семинарских/практических занятиях в соответствии с графиком учебного процесса и расписанием занятий.

Работа с основной, дополнительной литературой, эмпирическими и статистическими данными, как правило, основана на изучении документов и данных, их обобщении и представлении.

Решение ситуационных задач используется на семинарских/практических занятиях. Проблемная/ситуационная задача должна иметь четкую формулировку, к ней должны быть поставлены вопросы, ответы на которые необходимо найти и обосновать.

Критерии для оценки каждого вида аудиторной самостоятельной работы обучающегося разрабатываются преподавателем для конкретной дисциплины /цикла из предложенного перечня критериев оценки результатов аудиторной самостоятельной работы:

− уровень освоения учебного материала;

− умение использовать теоретические знания при выполнении лабораторных, практических, ситуационных, симуляционных задач;

− сформированность заявленных умений по теме аудиторного занятия;

− обоснованность и четкость изложения ответов;

− оформление материала в соответствии с требованиями, заявленными в задании;

− уровень самостоятельности обучающегося при выполнении аудиторной самостоятельной работы.

Внеаудиторная самостоятельная работа является элементом каждой темы дисциплин.

Планирование времени, необходимого на внеаудиторное самостоятельное изучение дисциплин, обучающие должны осуществлять весь семестр, предусматривая при этом регулярное повторение материала.

Материал, законспектированный на лекциях, необходимо регулярно прорабатывать и дополнять сведениями из других источников литературы, представленных не только в программах дисциплин, но и в периодических профильных научных изданиях, материалах конференций.

При изучении дисциплин сначала необходимо по каждой теме прочитать рекомендованную литературу и составить краткий конспект основных положений, терминов, сведений, требующих запоминания и являющихся основополагающими в этой теме для освоения последующих тем курса. Для расширения знания по дисциплине

рекомендуется использовать Интернет-ресурсы; проводить поиски в различных системах и использовать материалы сайтов, рекомендованных преподавателем.
При выполнении самостоятельной работы по написанию реферата необходимо: прочитать теоретический материал в рекомендованной литературе, периодических изданиях, на Интернет-сайтах; творчески переработать изученный материал и представить его для отчета в форме реферата, проиллюстрировав схемами, диаграммами, фотографиями и рисунками.
Тексты докладов и рефератов должны быть изложены внятно, простым и ясным языком.
Для обеспечения внеаудиторной самостоятельной работы по каждой теме дисциплин/блоку разработаны:
а) перечень основной и дополнительной литературы;
б) вопросы для самоконтроля.
При выполнении внеаудиторной самостоятельной работы обучающийся имеет право обращаться к преподавателю за консультацией с целью уточнения задания, формы контроля выполненного задания.
Контроль результатов внеаудиторной самостоятельной работы отражается в индивидуальном плане после выполнения внеаудиторной самостоятельной работы.
Критерии оценки внеаудиторной работы формируются преподавателем самостоятельно для каждого вида работы. Основными критериями оценки внеаудиторной работы обучающегося выступают:
- уровень освоения материала;
- уровень умения использовать теоретические знания при выполнении заданий, решении ситуационных задач;
- обоснованность и четкость изложения ответов,
- результаты тестирования по шкале оценок;
- уровень умения использовать электронные образовательные ресурсы;
- умение четко формулировать проблему, предложив ее решение, критическая оценка последствий решения;
- уровень умения сформулировать собственную позицию и аргументировать ее.

Качество выполнения внеаудиторной самостоятельной работы оценивается посредством текущего контроля самостоятельной работы обучающегося. Текущий контроль представляет собой форму планомерного контроля качества и объема осваиваемых компетенций в процессе изучения конкретной дисциплины, проводится на семинарских/практических занятиях и во время индивидуальной работы преподавателя с обучающимися.

Шкала оценивания внеаудиторной самостоятельной работы:
Зачтено – задание выполнено полно и правильно, изложено в правильных нормативных формулировках с использованием точного понятийного аппарата, с использованием рекомендованных источников литературы, продемонстрировано умение формулировать проблему, предложены пути ее решения, проведена критическая оценка последствий такого решения, а также умение формулировать собственную позицию и аргументировать ее.
Не зачтено – обучающийся не выполнил задание либо выполнил не в полном объеме, демонстрирует несформированность понятийного аппарата по теме, отсутствие умения формулировать проблему, обобщать материал, не может аргументировать свой ответ.

2. Методические рекомендации для организации и проведения практических занятий

Практическое занятие - вид учебных занятий, при котором в результате предварительной работы над учебным материалом преподавателя и студента, в обстановке их контактной работы в аудитории решаются задачи познавательного и воспитательного характера.

Цель такой формы обучения – углубленное изучение дисциплины, закрепление полученного теоретического материала в форме внеаудиторной самостоятельной работы, овладение методологией научного познания и формирования базовых умений. Немаловажным преимуществом практических занятий является и формирование навыков профессиональной дискуссии.

Задачи практических занятий:

− мотивация к регулярному изучению теоретического учебного материала, основной, дополнительной литературы;

− закрепление теоретических знаний, полученных при прослушивании лекций и во время внеаудиторной самостоятельной работы;

− получение навыков устного и публичного выступления по теоретическим вопросам, включая навыки по свободному оперированию организационными и управленческими понятиями и категориями;

− формирование навыков по универсальным и профессиональным компетенциям;

− возможность преподавателю систематически контролировать как самостоятельную работу студента, так и свою работу.

Практические занятия проводятся по плану.

Каждая тема практического занятия, как правило, включает: цель занятия, перечень основных и дополнительных источников литературы, вопросы к устному обсуждению на занятии, ситуационные задачи и перечень заданий, которые обучающиеся самостоятельно должны решить на практическом занятии.

Каждое практическое занятие посвящено, как правило, изучению нескольких компетенций и включает три основных этапа.

Первый этап - устный опрос по заранее сформулированным вопросам либо представление докладов/презентаций, подготовленных в рамках внеаудиторной самостоятельной работы по заранее сформулированным требованиям. Важнейшей частью этапа, является обсуждение представленных докладов/презентаций. Цель преподавателя – организовать обмен мнениями, дискуссию в группе, скорректировать уровень подготовленности студентов.

Одним из возможных элементов первого этапа является решение ситуационных задач, которые максимально приближены к профессиональной деятельности.

Требования к ответам обучающихся – самостоятельность в подборе фактического материала и аналитическом отношении к нему, умение рассматривать примеры и факты во взаимосвязи и взаимообусловленности, отбирать наиболее существенные из них.

Для оценивания первого (теоретического) этапа занятия используются знания, умения, владения, которые заявлены на каждое занятие:

1) знание учебного материала и владение понятийным аппаратом по теме занятия;

2) умение связывать теорию с практикой;

3) умение иллюстрировать ответ примерами, фактами, данными научных исследований;

4) умение применять теоретические знания при решении ситуационных задач.

Второй этап – аудиторное самостоятельное выполнение семинарских /практических заданий, которые обучающийся выполняет индивидуально либо в группе, если такое предусмотрено заданием.

В процессе выполнения самостоятельной аудиторной работы обучающийся имеет право на получение индивидуальных консультаций у преподавателя.

По окончании выполнения аудиторной самостоятельной работы обучающийся сдает отчет о выполнении самостоятельных лабораторных заданий преподавателю, который оценивается по шкале «зачет/незачет».

Критерии оценивания практического занятия осуществляются по следующим критериям:

1. своевременное выполнение внеаудиторной самостоятельной работы по изучаемой теме;

2. демонстрируемый обучающимся уровень усвоения заявленной к освоению компетенции (знания, умения, навыки);

− хорошее знание и уверенное владение на занятии теоретическим содержанием учебного материала;
− адекватное применение теоретического материала к решению ситуационных задач, заданий для аудиторной самостоятельной работы;
− умение аргументировать свои решения, развернуто отвечать на дополнительные вопросы преподавателя.
3. Соблюдение организационных и дисциплинарных требований, предъявляемых к обучающемуся на семинарских/практических занятиях: аккуратный внешний вид, соблюдение дисциплины на занятиях, полнота и своевременность представления выполненных заданий в полном объеме (не позднее даты окончания занятия и в полном соответствии с предъявляемыми к их содержанию и качеству оформления).
Третий этап – заключительный. Преподаватель дает общую оценку уровня подготовленности обучаемых к практическим занятиям, характеризует активность каждого обучающегося на занятии и озвучивает оценки каждому обучающемуся с их обоснованием.

Шкала оценивания осуществляется по четырехбалльной шкале (таблица 2)

Критерии оценивания лабораторного/практического занятия	Шкала оценок
Полное соответствие работы обучающегося требованиям. Обучающийся демонстрирует уверенные знания, способен творчески решать поставленные задачи, самостоятельно демонстрирует умения, обладает некоторыми навыками. Обучающийся успешно выполнил внеаудиторную самостоятельную работу, демонстрирует глубокое теоретическое знание по изучаемой теме, умение его применять на практике (в установленный срок сдал протоколы занятия/представил и защитил доклады/презентации и др.).	Отлично
Работа обучающегося содержит неполное соответствие требованиям. Обучающийся демонстрирует хорошее знание материала, способен творчески решать поставленные задачи, демонстрирует базовые умения. Обучающийся выполнил внеаудиторную самостоятельную работу, продемонстрировал знание учебного материала, содержатся отдельные пробелы в умении применить полученные теоретические знании к решению ситуационных задач .	Хорошо
Работа обучающегося содержит неполное соответствие требованиям. Обучающийся демонстрирует знание базового материала, способен решать поставленные задачи под руководством преподавателя, освоил базовые умения. Успешно выполнил внеаудиторную самостоятельную работу, продемонстрировал знание учебного материала, но затрудняется интерпретировать его практически.	Удовлетвори тельно
Работа не соответствует требованиям.	Неудовлетво рительно

3. Методические рекомендации по организации и выполнению рефератов
Реферат предусматривает углубленное изучение дисциплины, способствует развитию навыков самостоятельной работы с литературными источниками.
Реферат – краткое изложение в письменном виде содержания научного труда по предоставленной теме. Это самостоятельная научноисследовательская работа, где обучающийся раскрывает суть исследуемой проблемы с элементами анализа по теме реферата. Приводит различные точки зрения, а также собственные взгляды на проблемы темы реферата.

Содержание реферата должно быть логичным, изложение материала носить проблемно-тематический характер.
Объем реферата может колебаться в пределах 15-20 печатных страниц.
Основные разделы: оглавление (план), введение, основное содержание, заключение, список литературы.
Текст реферата должен содержать следующие разделы:
- титульный лист реферата (приложение 2);
- ведение, актуальность темы.
- основной раздел.
- заключение
- список литературных источников

Список литературных источников- библиографическое описание используемых источников литературы, в том числе и интернет-источников, оформленное по ГОСТ 7.1 – 2003; 7.80 – 2000; должен иметь не менее 10 библиографических названий, включая сетевые ресурсы.
Текстовая часть реферата оформляется на листе следующего формата:
- отступ сверху – 2 см;
- отступ слева – 3 см;
- отступ справа – 1,5 см;
- отступ снизу – 2,5 см;
- шрифт текста: Times New Roman, высота шрифта – 14, пробел – 1,5;
- нумерация страниц – снизу листа. На первой странице номер не ставится.

Реферат должен быть выполнен грамотно с соблюдением культуры изложения. Обязательно должны иметься ссылки на используемую литературу, включая периодическую литературу за последние 5 лет.
Критерии оценки реферата:
- актуальность темы исследования;
- соответствие содержания теме;
- глубина проработки материала;
- правильность и полнота разработки темы;
- значимость выводов для дальнейшей практической деятельности;
- правильность и полнота использования литературы;
- соответствие оформления реферата стандарту;
- качество сообщения и ответов на вопросы при защите реферата.

Практическое занятие по защите рефератов может проводиться в качестве «круглого стола» в форме представления докладов, посвященных теме занятия, по следующим этапам:
Этап 1. Каждый обучающийся представляет собственный доклад (обязательно использование презентации) по выбранной теме. Доклад 5-7 минут. Обсуждение доклада, вопросы – 2-3 минуты.
Этап 2. Оценка докладов и презентаций, представленных в группе (таблица 3).

Таблица 3 - Шкала оценки докладов на практическом занятии

Критерии оценки	Шкала оценок
1. Доклад четко выстроен, сопровождается презентацией, отражающей проблематику доклада, имеет четкие выводы, полностью характеризующие работу. Автор отлично ориентируется в материале и отвечает на все вопросы, владеет специальной терминологией. 2. Обучающийся активно участвует в обсуждении докладов других обучающихся из группы	Отлично
1. Доклад структурирован, презентация не отражает в полной мере	Хорошо

содержание доклада, допущены неточности, выводы нечеткие. Автор затрудняется ответить на вопросы, слабо использует специальную терминологию. 2. Обучающийся участвует в обсуждении докладов других обучающихся из группы	
1. Доклад структурирован, содержание не полностью раскрывает цель доклада, отсутствует презентация. 2. Обучающийся пассивен при обсуждении докладов других обучающихся из группы	Удовлетвори тельно
1. Доклад не структурирован/отсутствует, презентация отсутствует. Автор не владеет материалом. 2. Обучающийся не участвует в обсуждении докладов.	Неудовлетво рительно

4. Методические рекомендации по подготовке и созданию презентаций

Создание материалов-презентаций — это вид самостоятельной работы обучающихся по созданию наглядных информационных пособий, выполненных с помощью мультимедийной компьютерной программы PowerPoint.

Этот вид работы требует координации навыков обучающегося по сбору, систематизации, переработке информации, оформления ее в виде подборки материалов, кратко отражающих основные вопросы изучаемой темы, в электронном виде. Создание презентаций расширяет методы и средства обработки и представления учебной информации, формирует у обучающихся навыки работы на компьютере.

Презентации готовятся обучающимся в виде слайдов с использованием программы Microsoft PowerPoint.

Обучающийся при подготовке презентации должен выполнить следующий комплекс взаимосвязанных видов самостоятельной работы:

- изучить материалы темы, выделяя главное и второстепенное;
- установить логическую связь между элементами темы;
- представить характеристику элементов в краткой форме;
- выбрать опорные сигналы для акцентирования главной информации и отобразить в структуре работы;
- оформить презентацию в соответствии с рекомендациями (таблица 4), разместить ее в электронной образованной среде университета, к установленному сроку либо представить на практическое/лабораторное занятие.

Таблица 4 - Методические рекомендации по оформлению презентации

Критерии оценки	Шкала оценок
1. Стиль	1.1 Соблюдайте единый стиль оформления. 1.2 Избегайте стилей, которые будут отвлекать от самой презентации. 1.3 Вспомогательная информация не должны преобладать над основной информацией (текст, рисунки).
2. Фон	Для фона предпочтительнее использовать более холодные тона (синий или зеленый).
3. Использование цвета	3.1 На одном слайде рекомендуется использовать не более трех цветов: один для фона, один для заголовков, один для текста. для фона и текста используйте контрастные цвета. 3.2. Обратите особое внимание на цвет гиперссылок (до и после использования).
4 Текст/ представление информации	4.1 Используйте короткие слова и предложения. 4.2. Минимизируйте количество предлогов, наречий, прилагательных.

	4.3.Заголовки должны привлекать внимание аудитории. 4.4 Предпочтительно горизонтальное расположение информации. 4.5 Наиболее важная информация должна располагаться в центре экрана. Если на слайде располагается картинка, надпись должна располагаться под ней. 4.6 Наибольшая эффективность достигается тогда, когда ключевые пункты отображаются по одному на каждом отдельном слайде.
5.Шрифты	5.1 Для заголовков не менее 24 5.2 Для информации- не менее 18. 5.3Шрифты без засечек легче читать с большого расстояния. 5.4.Нельзя смешивать разные типы шрифтов в одном тексте 5.5.Для выделения информации следует использовать жирный шрифт, курсив или подчеркивание. 5.6 Нельзя злоупотреблять прописными буквами (они читаются хуже строчных букв).
6.Анимационные эффекты	Возможности компьютерной анимации для оформления презентации необходимо использовать умерено, они не должны отвлекать внимание от содержания информации на слайде.

Критерии оценивания презентаций:
- соответствие содержания теме;
- правильная структурированность информации;
- наличие логической связи изложенной информации;
- эстетичность оформления, его соответствие требованиям;
- презентация выполнена и представлена в срок.

Шкала оценивания презентаций разрабатывается преподавателем и доводится до сведения обучающихся вместе с заданием.

Оценка «Отлично»:

презентация отличается целостностью, логичностью и оригинальностью. Оформление логично, эстетично, не противоречит содержанию доклада. Информация структурирована. Иллюстрации презентации соответствуют содержанию, дополняют информацию о раскрываемой проблеме. Текст доклада, сопровождающего презентацию, излагается обучающимся самостоятельно, с незначительной опорой на печатный текст. Ответы на вопросы преподавателя и аудитории четкие, аргументированные, сопровождаются ссылкой на факты и примеры.

Оценка «Хорошо»:

презентация характеризуется целостностью, логической завершенностью, с незначительными недочетами в логике изложения материала. Оформление эстетично, логично, структурировано. Текст доклада излагается с преимущественной опорой на текст. Ответы на дополнительные и уточняющие вопросы не вносят ясности, преимущественно повторяют содержание презентации.

Оценка «Удовлетворительно»:

презентация характеризуется отсутствием единого стиля в оформлении, ввиду чего информация тяжело воспринимается аудиторией. Сведения, излагаемые обучающимся разрозненные, плохо структурированы и аргументированы. Текст доклада преимущественно зачитывается, обучающимся допускаются неточности и ошибки в изложении материала. Ответы на дополнительные вопросы затруднительны.

Оценка «Неудовлетворительно»:

оформление презентации не соответствует заявленным требованиям. Работа характеризуется отсутствием единого стиля. Обучающийся представляет разрозненные сведения, которые слабо коррелируют с заявленной темой исследования, текст доклада

зачитывается, обучающимся часто допускаются ошибки в изложении материала, допускаются ошибки в использовании научной и профессиональной терминологии. Ответы на дополнительные вопросы обучающийся не дает.

5. Организация самостоятельной работы обучающего при подготовке к текущей, промежуточной аттестациям

Текущий контроль осуществляется систематически с целью установления уровня овладения заявленными в рабочей программе дисциплины/практики компетенциями при изучении. В течение года в соответствии с программой дисциплины проводятся текущие аттестации. Форма проведения текущей аттестации (письменное / устное собеседование, тестирование, решение ситуационных задач, защита реферата) определяется руководителем курса и доводится до обучающихся. Вопросы по текущей аттестации доводятся до сведения обучающихся не позднее 3 дней до проведения аттестации.

Подготовка к промежуточной аттестации предполагает систематизацию обучающимся усвоенных в ходе обучения по дисциплинам профессиональных знаний и умений. Программа промежуточной аттестации экзамена имеет обобщающий характер и ориентирует обучающегося в процессе подготовки к нему на актуализацию знаний, умений и навыков, отражающих наиболее существенные компоненты содержания дисциплин, закрепление в профессиональном сознании комплексного и целостного знания.

Подготовка к промежуточной аттестации является формой самостоятельной работы обучающегося. Ее эффективной организации будут способствовать рекомендованные перечни основной и дополнительной литературы, информационных и электронно-образовательных ресурсов, а также список вопросов, которые составляют основу для итогового анализа профессиональной компетентности обучающегося и оценки ее соответствия требованиям ФГОС по компетенциям, закрепленным за дисциплинами. Ориентируясь в перечнях основной и дополнительной литературы, обучающийся может выбрать из них как основополагающие источники, так и те, которые позволят углубить и расширить знания по актуальным проблемам специальностей, систематизировать их и отразить в комплексе.

В ходе подготовки к промежуточной аттестации рекомендуется составлять развернутый план ответа на вопрос программы экзамена, что обеспечит логическую последовательность изложения материала. Продумывая структуру ответа, необходимо: во-первых, уделить внимание раскрытию теоретической сущности явления или понятий, обозначенных в контрольно-измерительном материале, во-вторых, осветить содержание и закономерности рассматриваемых явлений, отразить состояние их изученности в современной медицине. Обучающийся должен продемонстрировать на промежуточной аттестации владение категориальным аппаратом дисциплин, показать умение использовать знания, полученные при изучении дисциплин для анализа современных тенденций в медицине, применять их для решения профессиональных задач врачей по специальностям.

В ходе подготовки к промежуточной аттестации обучающемуся рекомендуется использовать весь набор методов и средств современных информационных технологий для изучения содержания отечественной и зарубежной литературы по дисциплине, анализа и оценки ее текущего состояния и перспектив развития.

При подготовке к промежуточной аттестации рекомендуется активно применять следующие образовательные и профессионально-ориентированные технологии:

– информационные технологии – компьютерные технологии, в том числе доступ в Интернет (для получения учебной и учебно-методической информации, представленной в научных электронных журналах и на сайтах библиотек);

– информационно-коммуникационные технологии.

Оценка знаний, умений и навыков, характеризующая этапы формирования компетенций в рамках изучения дисциплины осуществляется в ходе текущей и промежуточной аттестаций.
Форма проведения текущей/ промежуточной аттестации определяется рабочей программой дисциплины. Оценивание компетенций, вынесенных на промежуточную аттестацию в форме экзамена, осуществляется по четырехбалльной шкале:
оценка «отлично» - 5 баллов
оценка «хорошо» - 4 балла
оценка «удовлетворительно» - 3 балла
оценка «неудовлетворительно» - 2 балла.
При сдаче промежуточной аттестации в форме зачета:
«зачтено» - 3-5 баллов или «не зачтено» - 2 балла.

6. Методические материалы по самостоятельной работе обучающегося при прохождении производственной(клинической) практики

Производственная (клиническая) практика составлена по модулям – дисциплинам и проводится в форме контактной и самостоятельной работы обучающегося.
Контактная работа предусматривает работу руководителя практики с обучающимся в форме индивидуальных/групповых консультаций.
К самостоятельной работе по практикам относятся следующие виды работ обучающегося:
- ознакомление с нормативно-правовым обеспечением практик, включая программы практик;
- изучение законодательной и нормативно-правовой обеспеченности профессиональной деятельности в сфере обращения лекарственных средств в предметной области практики;
- выполнение заданий, заполнение отчета о прохождении практики;
- подготовка к промежуточной аттестации по итогам практики.
По окончании практики обучающийся оформляет отчёт. Материал для составления отчета собирается и накапливается с первого дня практики. Отчет должен содержать самоанализ выполненной работы обучающимся.
Во время прохождения практики необходимо выполнение следующих условий:
- Явиться на установочное собрание, проводимое руководителем практики и получить пакет документов в учебно-методическом отделе.
- В первый день практики прийти на базу к 8 часам утра, и представиться общему руководителю.
- Быть одетым строго по форме и следить за ее чистотой. Иметь сменную обувь.
- Работать строго по графику. Пропущенные дни, даже по уважительной причине, отрабатываются в дополнительное время.
- Ознакомиться с документацией структурных подразделений (поликлиника, стационар, приемный покой, в отделениях - процедурные кабинеты, пост и т.д.).
- Активно участвовать в общественной жизни структурных подразделений, а также в санитарно-просветительной работе.
- Бережно относиться к имуществу лечебно-профилактических учреждений.
- Быть дисциплинированными, спокойными и вежливыми в обращении с товарищами по работе, с больными и их родственниками, в отделениях соблюдать тишину и порядок.
- Ежедневно и аккуратно вести отчет, заполнять листы обязательных манипуляций.
Критерии оценки промежуточной аттестации по производственной (клинической) практике представлены в Таблице 6.

Таблица 6 – Критерии оценки промежуточной аттестации по производственной практике

Критерии оценки	Шкала оценок

Обучающийся предоставил оформленный соответствующим образом, отчет и отзыв с положительной характеристикой руководителя практики; продемонстрировал систематические знания по контролируемым компетенциям; владеет способностью и готовностью применять знания, умения и навыки для решения профессиональных задач на практике; в ответе присутствует четкая структура, логическая последовательность, современная профессиональная терминология; ответ обоснован нормативной документацией и конкретными примерами из производственной практики.	Зачтено
Обучающийся предоставил неполный перечень отчетной документации; демонстрирует полное отсутствие или фрагментарные знания, умения и навыки по контролируемой компетенции и неспособность применять их на практике для решения профессиональных задач; не в состоянии обосновать свой ответ нормативной документацией и примерами из производственной практики; дополнительные и уточняющие вопросы преподавателя не приводят к коррекции ответа	Не зачтено

МИНИСТЕРСТВО НАУКИ И ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования
«Чеченский государственный университет
имени Ахмата Абдулхамидовича Кадырова»
Медицинский институт
Кафедра факультетской хирургии

МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ИЗУЧЕНИЮ УЧЕБНОЙ ДИСЦИПЛИНЫ «Офтальмология»

Код направления подготовки (специальности)	31.05.01
Направление подготовки (специальности)	Лечебное дело
Квалификация выпускника	Врач- лечебник
Форма обучения	Очная

Грозный 2025

СОДЕРЖАНИЕ

1. Методические основы по организации самостоятельной работы обучающихся.
2. Методические рекомендации для организации и проведения практических занятий.
3. Методические рекомендации по выполнению рефератов.
4. Методические рекомендации по подготовке и созданию презентаций.
5. Организация самостоятельной работы обучающихся при подготовке к текущей, промежуточной аттестациям.
6. Методические материалы по самостоятельной работе обучающегося при прохождении производственной практики

1. Методические основы по организации самостоятельной работы обучающихся

Самостоятельная работа по дисциплинам является обязательным элементом федеральных государственных образовательных стандартов по программам высшего образования.

Самостоятельная работа обучающегося – организационная форма обучения - система педагогических условий, обеспечивающих управление учебной деятельностью обучающихся по освоению знаний и умений в учебной и научной деятельности без посторонней помощи.

Самостоятельная работа обучающихся является специфическим педагогическим средством организации и сопровождения самостоятельной деятельности обучающихся в учебном процессе.

Цели

К целям самостоятельной работы относится:

− формирование способностей у обучающегося к саморазвитию, самосовершенствованию и самореализации;

− развитие исследовательских умений.

− фиксирование и систематизирование полученных теоретических познаний и практического опыта; формирование умений использовать научную, правовую, справочную и специальную литературу;

− развитие познавательных способностей и инициативности обучающихся, ответственность, организованность, стремление к саморазвитию; формирование умения правильно пользоваться полученным ранее материалом, собранным в процессе самостоятельного наблюдения, выполнения заданий различного характера.

Формы самостоятельной работы

При обучении используются следующие виды и формы самостоятельной работы:

− подготовка к практическим занятиям;

− подготовка и написание рефератов; - подготовка докладов на заданные темы рефератов, либо выбранные по заданному направлению;

− изучение и систематизация нормативно-правовых документов, регламентирующих деятельность в сфере обращения лекарственных средств в части организационно-управленческих вопросов с использованием информационно-справочных систем «Консультант Плюс», «Консультант врача», компьютерной сети «Интернет»;

− изучение учебной, научной и методической литературы, материалов периодической литературы с использованием электронных библиотечных систем, официальных статистических данных, научной периодики; - создание презентации;

− подготовка к устному опросу, к дискуссии;

− тестирование;

− решение ситуационных задач;

− подготовка к текущей, промежуточной аттестации и т.д.

Контроль результатов внеаудиторной самостоятельной работы преподаватель осуществляет в начале каждого семинарского/практического занятия.

Контроль результатов аудиторной самостоятельной работы осуществляется в пределах времени, отведенного на практические занятия по дисциплине. В зависимости от сложности познавательной деятельности при изучении дисциплин используется три уровня самостоятельной работы:

− репродуктивная самостоятельная работа, которая включает изучение основной и дополнительной рекомендованной литературы, изучение методических рекомендаций к занятию, решение типовых задач, ситуаций;

− реконструктивная самостоятельная работа включает в себя подготовку к презентациям, сообщениям по заданной теме, решение профессиональных задач, моделирование профессиональной деятельности;

− творческая самостоятельная работа включает анализ, обобщение и систематизацию научных и нормативно-правовых документов, самостоятельное составление ситуаций, задач, проектов, составление выступлений по проблемам профессиональной деятельности. Контроль результатов внеаудиторной самостоятельной работы преподаватель осуществляет на семинарском/практическом занятии.

Самостоятельная работа начинается с изучения рабочей программы дисциплины, отражена в рабочих программах дисциплин.

Для конспектирования лекционного материала, а также выполнения семинарских/практических работ требуются рабочие тетради.

Самостоятельная работа обучающегося подразделяется на аудиторную и внеаудиторную самостоятельную работу

Аудиторная самостоятельная работа по дисциплинам выполняется на учебных занятиях (семинарские или практические) под непосредственным руководством преподавателя и по его заданию.

Основными видами аудиторной самостоятельной работы являются:

− выполнение практических работ;

− работа с нормативно-правовыми документами в области обращения лекарственных средств;

− решение ситуационных/симуляционных задач;

− презентация результатов научно-исследовательской работы по заданным темам

Выполнение практических работ осуществляется на семинарских/практических занятиях в соответствии с графиком учебного процесса и расписанием занятий.

Работа с основной, дополнительной литературой, эмпирическими и статистическими данными, как правило, основана на изучении документов и данных, их обобщении и представлении.

Решение ситуационных задач используется на семинарских/практических занятиях. Проблемная/ситуационная задача должна иметь четкую формулировку, к ней должны быть поставлены вопросы, ответы на которые необходимо найти и обосновать.

Критерии для оценки каждого вида аудиторной самостоятельной работы обучающегося разрабатываются преподавателем для конкретной дисциплины /цикла из предложенного перечня критериев оценки результатов аудиторной самостоятельной работы:

− уровень освоения учебного материала;

− умение использовать теоретические знания при выполнении лабораторных, практических, ситуационных, симуляционных задач;

− сформированность заявленных умений по теме аудиторного занятия;

− обоснованность и четкость изложения ответов;

− оформление материала в соответствии с требованиями, заявленными в задании;

− уровень самостоятельности обучающегося при выполнении аудиторной самостоятельной работы.

Внеаудиторная самостоятельная работа является элементом каждой темы дисциплин.

Планирование времени, необходимого на внеаудиторное самостоятельное изучение дисциплин, обучающие должны осуществлять весь семестр, предусматривая при этом регулярное повторение материала.

Материал, законспектированный на лекциях, необходимо регулярно прорабатывать и дополнять сведениями из других источников литературы, представленных не только в программах дисциплин, но и в периодических профильных научных изданиях, материалах конференций.

При изучении дисциплин сначала необходимо по каждой теме прочитать рекомендованную литературу и составить краткий конспект основных положений, терминов, сведений, требующих запоминания и являющихся основополагающими в этой теме для освоения последующих тем курса. Для расширения знания по дисциплине

рекомендуется использовать Интернет-ресурсы; проводить поиски в различных системах и использовать материалы сайтов, рекомендованных преподавателем.
При выполнении самостоятельной работы по написанию реферата необходимо: прочитать теоретический материал в рекомендованной литературе, периодических изданиях, на Интернет-сайтах; творчески переработать изученный материал и представить его для отчета в форме реферата, проиллюстрировав схемами, диаграммами, фотографиями и рисунками.
Тексты докладов и рефератов должны быть изложены внятно, простым и ясным языком.
Для обеспечения внеаудиторной самостоятельной работы по каждой теме дисциплин/блоку разработаны:
а) перечень основной и дополнительной литературы;
б) вопросы для самоконтроля.
При выполнении внеаудиторной самостоятельной работы обучающийся имеет право обращаться к преподавателю за консультацией с целью уточнения задания, формы контроля выполненного задания.
Контроль результатов внеаудиторной самостоятельной работы отражается в индивидуальном плане после выполнения внеаудиторной самостоятельной работы.
Критерии оценки внеаудиторной работы формируются преподавателем самостоятельно для каждого вида работы. Основными критериями оценки внеаудиторной работы обучающегося выступают:
- уровень освоения материала;
- уровень умения использовать теоретические знания при выполнении заданий, решении ситуационных задач;
- обоснованность и четкость изложения ответов,
- результаты тестирования по шкале оценок;
- уровень умения использовать электронные образовательные ресурсы;
- умение четко формулировать проблему, предложив ее решение, критическая оценка последствий решения;
- уровень умения сформулировать собственную позицию и аргументировать ее.

Качество выполнения внеаудиторной самостоятельной работы оценивается посредством текущего контроля самостоятельной работы обучающегося. Текущий контроль представляет собой форму планомерного контроля качества и объема осваиваемых компетенций в процессе изучения конкретной дисциплины, проводится на семинарских/практических занятиях и во время индивидуальной работы преподавателя с обучающимися.

Шкала оценивания внеаудиторной самостоятельной работы:
Зачтено – задание выполнено полно и правильно, изложено в правильных нормативных формулировках с использованием точного понятийного аппарата, с использованием рекомендованных источников литературы, продемонстрировано умение формулировать проблему, предложены пути ее решения, проведена критическая оценка последствий такого решения, а также умение формулировать собственную позицию и аргументировать ее.
Не зачтено – обучающийся не выполнил задание либо выполнил не в полном объеме, демонстрирует несформированность понятийного аппарата по теме, отсутствие умения формулировать проблему, обобщать материал, не может аргументировать свой ответ.

2. Методические рекомендации для организации и проведения практических занятий

Практическое занятие - вид учебных занятий, при котором в результате предварительной работы над учебным материалом преподавателя и студента, в обстановке их контактной работы в аудитории решаются задачи познавательного и воспитательного характера.

Цель такой формы обучения – углубленное изучение дисциплины, закрепление полученного теоретического материала в форме внеаудиторной самостоятельной работы, овладение методологией научного познания и формирования базовых умений. Немаловажным преимуществом практических занятий является и формирование навыков профессиональной дискуссии.

Задачи практических занятий:

− мотивация к регулярному изучению теоретического учебного материала, основной, дополнительной литературы;

− закрепление теоретических знаний, полученных при прослушивании лекций и во время внеаудиторной самостоятельной работы;

− получение навыков устного и публичного выступления по теоретическим вопросам, включая навыки по свободному оперированию организационными и управленческими понятиями и категориями;

− формирование навыков по универсальным и профессиональным компетенциям;

− возможность преподавателю систематически контролировать как самостоятельную работу студента, так и свою работу.

Практические занятия проводятся по плану.

Каждая тема практического занятия, как правило, включает: цель занятия, перечень основных и дополнительных источников литературы, вопросы к устному обсуждению на занятии, ситуационные задачи и перечень заданий, которые обучающиеся самостоятельно должны решить на практическом занятии.

Каждое практическое занятие посвящено, как правило, изучению нескольких компетенций и включает три основных этапа.

Первый этап - устный опрос по заранее сформулированным вопросам либо представление докладов/презентаций, подготовленных в рамках внеаудиторной самостоятельной работы по заранее сформулированным требованиям. Важнейшей частью этапа, является обсуждение представленных докладов/презентаций. Цель преподавателя – организовать обмен мнениями, дискуссию в группе, скорректировать уровень подготовленности студентов.

Одним из возможных элементов первого этапа является решение ситуационных задач, которые максимально приближены к профессиональной деятельности.

Требования к ответам обучающихся – самостоятельность в подборе фактического материала и аналитическом отношении к нему, умение рассматривать примеры и факты во взаимосвязи и взаимообусловленности, отбирать наиболее существенные из них.

Для оценивания первого (теоретического) этапа занятия используются знания, умения, владения, которые заявлены на каждое занятие:

1) знание учебного материала и владение понятийным аппаратом по теме занятия;

2) умение связывать теорию с практикой;

3) умение иллюстрировать ответ примерами, фактами, данными научных исследований;

4) умение применять теоретические знания при решении ситуационных задач.

Второй этап – аудиторное самостоятельное выполнение семинарских /практических заданий, которые обучающийся выполняет индивидуально либо в группе, если такое предусмотрено заданием.

В процессе выполнения самостоятельной аудиторной работы обучающийся имеет право на получение индивидуальных консультаций у преподавателя.

По окончании выполнения аудиторной самостоятельной работы обучающийся сдает отчет о выполнении самостоятельных лабораторных заданий преподавателю, который оценивается по шкале «зачет/незачет».

Критерии оценивания практического занятия осуществляются по следующим критериям:

1. своевременное выполнение внеаудиторной самостоятельной работы по изучаемой теме;

2. демонстрируемый обучающимся уровень усвоения заявленной к освоению компетенции (знания, умения, навыки);

− хорошее знание и уверенное владение на занятии теоретическим содержанием учебного материала;
− адекватное применение теоретического материала к решению ситуационных задач, заданий для аудиторной самостоятельной работы;
− умение аргументировать свои решения, развернуто отвечать на дополнительные вопросы преподавателя.
3. Соблюдение организационных и дисциплинарных требований, предъявляемых к обучающемуся на семинарских/практических занятиях: аккуратный внешний вид, соблюдение дисциплины на занятиях, полнота и своевременность представления выполненных заданий в полном объеме (не позднее даты окончания занятия и в полном соответствии с предъявляемыми к их содержанию и качеству оформления).
Третий этап – заключительный. Преподаватель дает общую оценку уровня подготовленности обучаемых к практическим занятиям, характеризует активность каждого обучающегося на занятии и озвучивает оценки каждому обучающемуся с их обоснованием.

Шкала оценивания осуществляется по четырехбалльной шкале (таблица 2)

Критерии оценивания лабораторного/практического занятия	Шкала оценок
Полное соответствие работы обучающегося требованиям. Обучающийся демонстрирует уверенные знания, способен творчески решать поставленные задачи, самостоятельно демонстрирует умения, обладает некоторыми навыками. Обучающийся успешно выполнил внеаудиторную самостоятельную работу, демонстрирует глубокое теоретическое знание по изучаемой теме, умение его применять на практике (в установленный срок сдал протоколы занятия/представил и защитил доклады/презентации и др.).	Отлично
Работа обучающегося содержит неполное соответствие требованиям. Обучающийся демонстрирует хорошее знание материала, способен творчески решать поставленные задачи, демонстрирует базовые умения. Обучающийся выполнил внеаудиторную самостоятельную работу, продемонстрировал знание учебного материала, содержатся отдельные пробелы в умении применить полученные теоретические знании к решению ситуационных задач .	Хорошо
Работа обучающегося содержит неполное соответствие требованиям. Обучающийся демонстрирует знание базового материала, способен решать поставленные задачи под руководством преподавателя, освоил базовые умения. Успешно выполнил внеаудиторную самостоятельную работу, продемонстрировал знание учебного материала, но затрудняется интерпретировать его практически.	Удовлетвори тельно
Работа не соответствует требованиям.	Неудовлетво рительно

3. Методические рекомендации по организации и выполнению рефератов
Реферат предусматривает углубленное изучение дисциплины, способствует развитию навыков самостоятельной работы с литературными источниками.
Реферат – краткое изложение в письменном виде содержания научного труда по предоставленной теме. Это самостоятельная научноисследовательская работа, где обучающийся раскрывает суть исследуемой проблемы с элементами анализа по теме реферата. Приводит различные точки зрения, а также собственные взгляды на проблемы темы реферата.

Содержание реферата должно быть логичным, изложение материала носить проблемно-тематический характер.
Объем реферата может колебаться в пределах 15-20 печатных страниц.
Основные разделы: оглавление (план), введение, основное содержание, заключение, список литературы.
Текст реферата должен содержать следующие разделы:
- титульный лист реферата (приложение 2);
- ведение, актуальность темы.
- основной раздел.
- заключение
- список литературных источников

Список литературных источников- библиографическое описание используемых источников литературы, в том числе и интернет-источников, оформленное по ГОСТ 7.1 – 2003; 7.80 – 2000; должен иметь не менее 10 библиографических названий, включая сетевые ресурсы.
Текстовая часть реферата оформляется на листе следующего формата:
- отступ сверху – 2 см;
- отступ слева – 3 см;
- отступ справа – 1,5 см;
- отступ снизу – 2,5 см;
- шрифт текста: Times New Roman, высота шрифта – 14, пробел – 1,5;
- нумерация страниц – снизу листа. На первой странице номер не ставится.

Реферат должен быть выполнен грамотно с соблюдением культуры изложения. Обязательно должны иметься ссылки на используемую литературу, включая периодическую литературу за последние 5 лет.
Критерии оценки реферата:
- актуальность темы исследования;
- соответствие содержания теме;
- глубина проработки материала;
- правильность и полнота разработки темы;
- значимость выводов для дальнейшей практической деятельности;
- правильность и полнота использования литературы;
- соответствие оформления реферата стандарту;
- качество сообщения и ответов на вопросы при защите реферата.

Практическое занятие по защите рефератов может проводиться в качестве «круглого стола» в форме представления докладов, посвященных теме занятия, по следующим этапам:
Этап 1. Каждый обучающийся представляет собственный доклад (обязательно использование презентации) по выбранной теме. Доклад 5-7 минут. Обсуждение доклада, вопросы – 2-3 минуты.
Этап 2. Оценка докладов и презентаций, представленных в группе (таблица 3).

Таблица 3 - Шкала оценки докладов на практическом занятии

Критерии оценки	Шкала оценок
1. Доклад четко выстроен, сопровождается презентацией, отражающей проблематику доклада, имеет четкие выводы, полностью характеризующие работу. Автор отлично ориентируется в материале и отвечает на все вопросы, владеет специальной терминологией. 2. Обучающийся активно участвует в обсуждении докладов других обучающихся из группы	Отлично
1. Доклад структурирован, презентация не отражает в полной мере	Хорошо

содержание доклада, допущены неточности, выводы нечеткие. Автор затрудняется ответить на вопросы, слабо использует специальную терминологию. 2. Обучающийся участвует в обсуждении докладов других обучающихся из группы	
1. Доклад структурирован, содержание не полностью раскрывает цель доклада, отсутствует презентация. 2. Обучающийся пассивен при обсуждении докладов других обучающихся из группы	Удовлетвори тельно
1. Доклад не структурирован/отсутствует, презентация отсутствует. Автор не владеет материалом. 2. Обучающийся не участвует в обсуждении докладов.	Неудовлетво рительно

4. Методические рекомендации по подготовке и созданию презентаций

Создание материалов-презентаций — это вид самостоятельной работы обучающихся по созданию наглядных информационных пособий, выполненных с помощью мультимедийной компьютерной программы PowerPoint.

Этот вид работы требует координации навыков обучающегося по сбору, систематизации, переработке информации, оформления ее в виде подборки материалов, кратко отражающих основные вопросы изучаемой темы, в электронном виде. Создание презентаций расширяет методы и средства обработки и представления учебной информации, формирует у обучающихся навыки работы на компьютере.

Презентации готовятся обучающимся в виде слайдов с использованием программы Microsoft PowerPoint.

Обучающийся при подготовке презентации должен выполнить следующий комплекс взаимосвязанных видов самостоятельной работы:

- изучить материалы темы, выделяя главное и второстепенное;
- установить логическую связь между элементами темы;
- представить характеристику элементов в краткой форме;
- выбрать опорные сигналы для акцентирования главной информации и отобразить в структуре работы;
- оформить презентацию в соответствии с рекомендациями (таблица 4), разместить ее в электронной образованной среде университета, к установленному сроку либо представить на практическое/лабораторное занятие.

Таблица 4 - Методические рекомендации по оформлению презентации

Критерии оценки	Шкала оценок
1. Стиль	1.1 Соблюдайте единый стиль оформления. 1.2 Избегайте стилей, которые будут отвлекать от самой презентации. 1.3 Вспомогательная информация не должны преобладать над основной информацией (текст, рисунки).
2. Фон	Для фона предпочтительнее использовать более холодные тона (синий или зеленый).
3. Использование цвета	3.1 На одном слайде рекомендуется использовать не более трех цветов: один для фона, один для заголовков, один для текста. для фона и текста используйте контрастные цвета. 3.2. Обратите особое внимание на цвет гиперссылок (до и после использования).
4 Текст/ представление информации	4.1 Используйте короткие слова и предложения. 4.2. Минимизируйте количество предлогов, наречий, прилагательных.

	4.3.Заголовки должны привлекать внимание аудитории. 4.4 Предпочтительно горизонтальное расположение информации. 4.5 Наиболее важная информация должна располагаться в центре экрана. Если на слайде располагается картинка, надпись должна располагаться под ней. 4.6 Наибольшая эффективность достигается тогда, когда ключевые пункты отображаются по одному на каждом отдельном слайде.
5.Шрифты	5.1 Для заголовков не менее 24 5.2 Для информации- не менее 18. 5.3Шрифты без засечек легче читать с большого расстояния. 5.4.Нельзя смешивать разные типы шрифтов в одном тексте 5.5.Для выделения информации следует использовать жирный шрифт, курсив или подчеркивание. 5.6 Нельзя злоупотреблять прописными буквами (они читаются хуже строчных букв).
6.Анимационные эффекты	Возможности компьютерной анимации для оформления презентации необходимо использовать умерено, они не должны отвлекать внимание от содержания информации на слайде.

Критерии оценивания презентаций:
- соответствие содержания теме;
- правильная структурированность информации;
- наличие логической связи изложенной информации;
- эстетичность оформления, его соответствие требованиям;
- презентация выполнена и представлена в срок.

Шкала оценивания презентаций разрабатывается преподавателем и доводится до сведения обучающихся вместе с заданием.

Оценка «Отлично»:

презентация отличается целостностью, логичностью и оригинальностью. Оформление логично, эстетично, не противоречит содержанию доклада. Информация структурирована. Иллюстрации презентации соответствуют содержанию, дополняют информацию о раскрываемой проблеме. Текст доклада, сопровождающего презентацию, излагается обучающимся самостоятельно, с незначительной опорой на печатный текст. Ответы на вопросы преподавателя и аудитории четкие, аргументированные, сопровождаются ссылкой на факты и примеры.

Оценка «Хорошо»:

презентация характеризуется целостностью, логической завершенностью, с незначительными недочетами в логике изложения материала. Оформление эстетично, логично, структурировано. Текст доклада излагается с преимущественной опорой на текст. Ответы на дополнительные и уточняющие вопросы не вносят ясности, преимущественно повторяют содержание презентации.

Оценка «Удовлетворительно»:

презентация характеризуется отсутствием единого стиля в оформлении, ввиду чего информация тяжело воспринимается аудиторией. Сведения, излагаемые обучающимся разрозненные, плохо структурированы и аргументированы. Текст доклада преимущественно зачитывается, обучающимся допускаются неточности и ошибки в изложении материала. Ответы на дополнительные вопросы затруднительны.

Оценка «Неудовлетворительно»:

оформление презентации не соответствует заявленным требованиям. Работа характеризуется отсутствием единого стиля. Обучающийся представляет разрозненные сведения, которые слабо коррелируют с заявленной темой исследования, текст доклада

зачитывается, обучающимся часто допускаются ошибки в изложении материала, допускаются ошибки в использовании научной и профессиональной терминологии. Ответы на дополнительные вопросы обучающийся не дает.

5. Организация самостоятельной работы обучающего при подготовке к текущей, промежуточной аттестациям

Текущий контроль осуществляется систематически с целью установления уровня овладения заявленными в рабочей программе дисциплины/практики компетенциями при изучении. В течение года в соответствии с программой дисциплины проводятся текущие аттестации. Форма проведения текущей аттестации (письменное / устное собеседование, тестирование, решение ситуационных задач, защита реферата) определяется руководителем курса и доводится до обучающихся. Вопросы по текущей аттестации доводятся до сведения обучающихся не позднее 3 дней до проведения аттестации.

Подготовка к промежуточной аттестации предполагает систематизацию обучающимся усвоенных в ходе обучения по дисциплинам профессиональных знаний и умений. Программа промежуточной аттестации экзамена имеет обобщающий характер и ориентирует обучающегося в процессе подготовки к нему на актуализацию знаний, умений и навыков, отражающих наиболее существенные компоненты содержания дисциплин, закрепление в профессиональном сознании комплексного и целостного знания.

Подготовка к промежуточной аттестации является формой самостоятельной работы обучающегося. Ее эффективной организации будут способствовать рекомендованные перечни основной и дополнительной литературы, информационных и электронно-образовательных ресурсов, а также список вопросов, которые составляют основу для итогового анализа профессиональной компетентности обучающегося и оценки ее соответствия требованиям ФГОС по компетенциям, закрепленным за дисциплинами. Ориентируясь в перечнях основной и дополнительной литературы, обучающийся может выбрать из них как основополагающие источники, так и те, которые позволят углубить и расширить знания по актуальным проблемам специальностей, систематизировать их и отразить в комплексе.

В ходе подготовки к промежуточной аттестации рекомендуется составлять развернутый план ответа на вопрос программы экзамена, что обеспечит логическую последовательность изложения материала. Продумывая структуру ответа, необходимо: во-первых, уделить внимание раскрытию теоретической сущности явления или понятий, обозначенных в контрольно-измерительном материале, во-вторых, осветить содержание и закономерности рассматриваемых явлений, отразить состояние их изученности в современной медицине. Обучающийся должен продемонстрировать на промежуточной аттестации владение категориальным аппаратом дисциплин, показать умение использовать знания, полученные при изучении дисциплин для анализа современных тенденций в медицине, применять их для решения профессиональных задач врачей по специальностям.

В ходе подготовки к промежуточной аттестации обучающемуся рекомендуется использовать весь набор методов и средств современных информационных технологий для изучения содержания отечественной и зарубежной литературы по дисциплине, анализа и оценки ее текущего состояния и перспектив развития.

При подготовке к промежуточной аттестации рекомендуется активно применять следующие образовательные и профессионально-ориентированные технологии:

– информационные технологии – компьютерные технологии, в том числе доступ в Интернет (для получения учебной и учебно-методической информации, представленной в научных электронных журналах и на сайтах библиотек);

– информационно-коммуникационные технологии.

Оценка знаний, умений и навыков, характеризующая этапы формирования компетенций в рамках изучения дисциплины осуществляется в ходе текущей и промежуточной аттестаций.
Форма проведения текущей/ промежуточной аттестации определяется рабочей программой дисциплины. Оценивание компетенций, вынесенных на промежуточную аттестацию в форме экзамена, осуществляется по четырехбалльной шкале:
оценка «отлично» - 5 баллов
оценка «хорошо» - 4 балла
оценка «удовлетворительно» - 3 балла
оценка «неудовлетворительно» - 2 балла.
При сдаче промежуточной аттестации в форме зачета:
«зачтено» - 3-5 баллов или «не зачтено» - 2 балла.

6. Методические материалы по самостоятельной работе обучающегося при прохождении производственной(клинической) практики

Производственная (клиническая) практика составлена по модулям – дисциплинам и проводится в форме контактной и самостоятельной работы обучающегося.
Контактная работа предусматривает работу руководителя практики с обучающимся в форме индивидуальных/групповых консультаций.
К самостоятельной работе по практикам относятся следующие виды работ обучающегося:
- ознакомление с нормативно-правовым обеспечением практик, включая программы практик;
- изучение законодательной и нормативно-правовой обеспеченности профессиональной деятельности в сфере обращения лекарственных средств в предметной области практики;
- выполнение заданий, заполнение отчета о прохождении практики;
- подготовка к промежуточной аттестации по итогам практики.
По окончании практики обучающийся оформляет отчёт. Материал для составления отчета собирается и накапливается с первого дня практики. Отчет должен содержать самоанализ выполненной работы обучающимся.
Во время прохождения практики необходимо выполнение следующих условий:
- Явиться на установочное собрание, проводимое руководителем практики и получить пакет документов в учебно-методическом отделе.
- В первый день практики прийти на базу к 8 часам утра, и представиться общему руководителю.
- Быть одетым строго по форме и следить за ее чистотой. Иметь сменную обувь.
- Работать строго по графику. Пропущенные дни, даже по уважительной причине, отрабатываются в дополнительное время.
- Ознакомиться с документацией структурных подразделений (поликлиника, стационар, приемный покой, в отделениях - процедурные кабинеты, пост и т.д.).
- Активно участвовать в общественной жизни структурных подразделений, а также в санитарно-просветительной работе.
- Бережно относиться к имуществу лечебно-профилактических учреждений.
- Быть дисциплинированными, спокойными и вежливыми в обращении с товарищами по работе, с больными и их родственниками, в отделениях соблюдать тишину и порядок.
- Ежедневно и аккуратно вести отчет, заполнять листы обязательных манипуляций.
Критерии оценки промежуточной аттестации по производственной (клинической) практике представлены в Таблице 6.

Таблица 6 – Критерии оценки промежуточной аттестации по производственной практике

Критерии оценки	Шкала оценок

Обучающийся предоставил оформленный соответствующим образом, отчет и отзыв с положительной характеристикой руководителя практики; продемонстрировал систематические знания по контролируемым компетенциям; владеет способностью и готовностью применять знания, умения и навыки для решения профессиональных задач на практике; в ответе присутствует четкая структура, логическая последовательность, современная профессиональная терминология; ответ обоснован нормативной документацией и конкретными примерами из производственной практики.	Зачтено
Обучающийся предоставил неполный перечень отчетной документации; демонстрирует полное отсутствие или фрагментарные знания, умения и навыки по контролируемой компетенции и неспособность применять их на практике для решения профессиональных задач; не в состоянии обосновать свой ответ нормативной документацией и примерами из производственной практики; дополнительные и уточняющие вопросы преподавателя не приводят к коррекции ответа	Не зачтено

МИНИСТЕРСТВО НАУКИ И ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования
«Чеченский государственный университет
имени Ахмата Абдулхамидовича Кадырова»
Медицинский институт
Кафедра гистологии и патологической анатомии

МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ИЗУЧЕНИЮ УЧЕБНОЙ ДИСЦИПЛИНЫ «Патологическая анатомия, клиническая патологическая анатомия»

Код направления подготовки (специальности)	31.05.01
Направление подготовки (специальности)	Лечебное дело
Квалификация выпускника	Врач- лечебник
Форма обучения	Очная

Грозный

СОДЕРЖАНИЕ

1. Методические основы по организации самостоятельной работы обучающихся.
2. Методические рекомендации для организации и проведения практических занятий.
3. Методические рекомендации по выполнению рефератов.
4. Методические рекомендации по подготовке и созданию презентаций.
5. Организация самостоятельной работы обучающихся при подготовке к текущей, промежуточной аттестациям.
6. Методические материалы по самостоятельной работе обучающегося при прохождении производственной практики

1. Методические основы по организации самостоятельной работы обучающихся

Самостоятельная работа по дисциплинам является обязательным элементом федеральных государственных образовательных стандартов по программам высшего образования.

Самостоятельная работа обучающегося – организационная форма обучения - система педагогических условий, обеспечивающих управление учебной деятельностью обучающихся по освоению знаний и умений в учебной и научной деятельности без посторонней помощи.

Самостоятельная работа обучающихся является специфическим педагогическим средством организации и сопровождения самостоятельной деятельности обучающихся в учебном процессе.

Цели

К целям самостоятельной работы относится:

— формирование способностей у обучающегося к саморазвитию, самосовершенствованию и самореализации;

— развитие исследовательских умений.

— фиксирование и систематизирование полученных теоретических познаний и практического опыта; формирование умений использовать научную, правовую, справочную и специальную литературу;

— развитие познавательных способностей и инициативности обучающихся, ответственность, организованность, стремление к саморазвитию; формирование умения правильно пользоваться полученным ранее материалом, собранным в процессе самостоятельного наблюдения, выполнения заданий различного характера.

Формы самостоятельной работы

При обучении используются следующие виды и формы самостоятельной работы:

— подготовка к практическим занятиям;

— подготовка и написание рефератов; - подготовка докладов на заданные темы рефератов, либо выбранные по заданному направлению;

— изучение и систематизация нормативно-правовых документов, регламентирующих деятельность в сфере обращения лекарственных средств в части организационно-управленческих вопросов с использованием информационно-справочных систем «Консультант Плюс», «Консультант врача», компьютерной сети «Интернет»;

— изучение учебной, научной и методической литературы, материалов периодической литературы с использованием электронных библиотечных систем, официальных статистических данных, научной периодики; - создание презентации;

— подготовка к устному опросу, к дискуссии;

— тестирование;

— решение ситуационных задач;

— подготовка к текущей, промежуточной аттестации и т.д.

Контроль результатов внеаудиторной самостоятельной работы преподаватель осуществляет в начале каждого семинарского/практического занятия.

Контроль результатов аудиторной самостоятельной работы осуществляется в пределах времени, отведенного на практические занятия по дисциплине. В зависимости от сложности познавательной деятельности при изучении дисциплин используется три уровня самостоятельной работы:

— репродуктивная самостоятельная работа, которая включает изучение основной и дополнительной рекомендованной литературы, изучение методических рекомендаций к занятию, решение типовых задач, ситуаций;

— реконструктивная самостоятельная работа включает в себя подготовку к презентациям, сообщениям по заданной теме, решение профессиональных задач, моделирование профессиональной деятельности;

— творческая самостоятельная работа включает анализ, обобщение и систематизацию научных и нормативно-правовых документов, самостоятельное составление ситуаций, задач, проектов, составление выступлений по проблемам профессиональной деятельности.
Контроль результатов внеаудиторной самостоятельной работы преподаватель осуществляет на семинарском/практическом занятии.
Самостоятельная работа начинается с изучения рабочей программы дисциплины, отражена в рабочих программах дисциплин.
Для конспектирования лекционного материала, а также выполнения семинарских/практических работ требуются рабочие тетради.
Самостоятельная работа обучающегося подразделяется на аудиторную и внеаудиторную самостоятельную работу
Аудиторная самостоятельная работа по дисциплинам выполняется на учебных занятиях (семинарские или практические) под непосредственным руководством преподавателя и по его заданию.
Основными видами аудиторной самостоятельной работы являются:
— выполнение практических работ;
— работа с нормативно-правовыми документами в области обращения лекарственных средств;
— решение ситуационных/симуляционных задач;
— презентация результатов научно-исследовательской работы по заданным темам
Выполнение практических работ осуществляется на семинарских/практических занятиях в соответствии с графиком учебного процесса и расписанием занятий.
Работа с основной, дополнительной литературой, эмпирическими и статистическими данными, как правило, основана на изучении документов и данных, их обобщении и представлении.
Решение ситуационных задач используется на семинарских/практических занятиях. Проблемная/ситуационная задача должна иметь четкую формулировку, к ней должны быть поставлены вопросы, ответы на которые необходимо найти и обосновать.
Критерии для оценки каждого вида аудиторной самостоятельной работы обучающегося разрабатываются преподавателем для конкретной дисциплины /цикла из предложенного перечня критериев оценки результатов аудиторной самостоятельной работы:
— уровень освоения учебного материала;
— умение использовать теоретические знания при выполнении лабораторных, практических, ситуационных, симуляционных задач;
— сформированность заявленных умений по теме аудиторного занятия;
— обоснованность и четкость изложения ответов;
— оформление материала в соответствии с требованиями, заявленными в задании;
— уровень самостоятельности обучающегося при выполнении аудиторной самостоятельной работы.
Внеаудиторная самостоятельная работа является элементом каждой темы дисциплин.
Планирование времени, необходимого на внеаудиторное самостоятельное изучение дисциплин, обучающие должны осуществлять весь семестр, предусматривая при этом регулярное повторение материала.
Материал, законспектированный на лекциях, необходимо регулярно прорабатывать и дополнять сведениями из других источников литературы, представленных не только в программах дисциплин, но и в периодических профильных научных изданиях, материалах конференций.
При изучении дисциплин сначала необходимо по каждой теме прочитать рекомендованную литературу и составить краткий конспект основных положений, терминов, сведений, требующих запоминания и являющихся основополагающими в этой теме для освоения последующих тем курса. Для расширения знания по дисциплине

рекомендуется использовать Интернет-ресурсы; проводить поиски в различных системах и использовать материалы сайтов, рекомендованных преподавателем.
При выполнении самостоятельной работы по написанию реферата необходимо: прочитать теоретический материал в рекомендованной литературе, периодических изданиях, на Интернет-сайтах; творчески переработать изученный материал и представить его для отчета в форме реферата, проиллюстрировав схемами, диаграммами, фотографиями и рисунками.
Тексты докладов и рефератов должны быть изложены внятно, простым и ясным языком.
Для обеспечения внеаудиторной самостоятельной работы по каждой теме дисциплин/блоку разработаны:
а) перечень основной и дополнительной литературы;
б) вопросы для самоконтроля.
При выполнении внеаудиторной самостоятельной работы обучающийся имеет право обращаться к преподавателю за консультацией с целью уточнения задания, формы контроля выполненного задания.
Контроль результатов внеаудиторной самостоятельной работы отражается в индивидуальном плане после выполнения внеаудиторной самостоятельной работы.
Критерии оценки внеаудиторной работы формируются преподавателем самостоятельно для каждого вида работы. Основными критериями оценки внеаудиторной работы обучающегося выступают:
- уровень освоения материала;
- уровень умения использовать теоретические знания при выполнении заданий, решении ситуационных задач;
- обоснованность и четкость изложения ответов,
- результаты тестирования по шкале оценок;
- уровень умения использовать электронные образовательные ресурсы;
- умение четко формулировать проблему, предложив ее решение, критическая оценка последствий решения;
- уровень умения сформулировать собственную позицию и аргументировать ее.

Качество выполнения внеаудиторной самостоятельной работы оценивается посредством текущего контроля самостоятельной работы обучающегося. Текущий контроль представляет собой форму планомерного контроля качества и объема осваиваемых компетенций в процессе изучения конкретной дисциплины, проводится на семинарских/практических занятиях и во время индивидуальной работы преподавателя с обучающимися.

Шкала оценивания внеаудиторной самостоятельной работы:
Зачтено – задание выполнено полно и правильно, изложено в правильных нормативных формулировках с использованием точного понятийного аппарата, с использованием рекомендованных источников литературы, продемонстрировано умение формулировать проблему, предложены пути ее решения, проведена критическая оценка последствий такого решения, а также умение формулировать собственную позицию и аргументировать ее.
Не зачтено – обучающийся не выполнил задание либо выполнил не в полном объеме, демонстрирует несформированность понятийного аппарата по теме, отсутствие умения формулировать проблему, обобщать материал, не может аргументировать свой ответ.

2. Методические рекомендации для организации и проведения практических занятий

Практическое занятие - вид учебных занятий, при котором в результате предварительной работы над учебным материалом преподавателя и студента, в обстановке их контактной работы в аудитории решаются задачи познавательного и воспитательного характера.
Цель такой формы обучения – углубленное изучение дисциплины, закрепление полученного теоретического материала в форме внеаудиторной самостоятельной работы, овладение методологией научного познания и формирования базовых умений. Немаловажным преимуществом практических занятий является и формирование навыков профессиональной дискуссии.
Задачи практических занятий:
- мотивация к регулярному изучению теоретического учебного материала, основной, дополнительной литературы;
- закрепление теоретических знаний, полученных при прослушивании лекций и во время внеаудиторной самостоятельной работы;
- получение навыков устного и публичного выступления по теоретическим вопросам, включая навыки по свободному оперированию организационными и управленческими понятиями и категориями;
- формирование навыков по универсальным и профессиональным компетенциям;
- возможность преподавателю систематически контролировать как самостоятельную работу студента, так и свою работу.

Практические занятия проводятся по плану.
Каждая тема практического занятия, как правило, включает: цель занятия, перечень основных и дополнительных источников литературы, вопросы к устному обсуждению на занятии, ситуационные задачи и перечень заданий, которые обучающиеся самостоятельно должны решить на практическом занятии.
Каждое практическое занятие посвящено, как правило, изучению нескольких компетенций и включает три основных этапа.
Первый этап - устный опрос по заранее сформулированным вопросам либо представление докладов/презентаций, подготовленных в рамках внеаудиторной самостоятельной работы по заранее сформулированным требованиям. Важнейшей частью этапа, является обсуждение представленных докладов/презентаций. Цель преподавателя – организовать обмен мнениями, дискуссию в группе, скорректировать уровень подготовленности студентов.
Одним из возможных элементов первого этапа является решение ситуационных задач, которые максимально приближены к профессиональной деятельности.
Требования к ответам обучающихся – самостоятельность в подборе фактического материала и аналитическом отношении к нему, умение рассматривать примеры и факты во взаимосвязи и взаимообусловленности, отбирать наиболее существенные из них.
Для оценивания первого (теоретического) этапа занятия используются знания, умения, владения, которые заявлены на каждое занятие:
1) знание учебного материала и владение понятийным аппаратом по теме занятия;
2) умение связывать теорию с практикой;
3) умение иллюстрировать ответ примерами, фактами, данными научных исследований;
4) умение применять теоретические знания при решении ситуационных задач.

Второй этап – аудиторное самостоятельное выполнение семинарских /практических заданий, которые обучающийся выполняет индивидуально либо в группе, если такое предусмотрено заданием.
В процессе выполнения самостоятельной аудиторной работы обучающийся имеет право на получение индивидуальных консультаций у преподавателя.
По окончании выполнения аудиторной самостоятельной работы обучающийся сдает отчет о выполнении самостоятельных лабораторных заданий преподавателю, который оценивается по шкале «зачет/незачет».
Критерии оценивания практического занятия осуществляются по следующим критериям:

1. своевременное выполнение внеаудиторной самостоятельной работы по изучаемой теме;
2. демонстрируемый обучающимся уровень усвоения заявленной к освоению компетенции (знания, умения, навыки);
— хорошее знание и уверенное владение на занятии теоретическим содержанием учебного материала;
— адекватное применение теоретического материала к решению ситуационных задач, заданий для аудиторной самостоятельной работы;
— умение аргументировать свои решения, развернуто отвечать на дополнительные вопросы преподавателя.
3. Соблюдение организационных и дисциплинарных требований, предъявляемых к обучающемуся на семинарских/практических занятиях: аккуратный внешний вид, соблюдение дисциплины на занятиях, полнота и своевременность представления выполненных заданий в полном объеме (не позднее даты окончания занятия и в полном соответствии с предъявляемыми к их содержанию и качеству оформления).
Третий этап – заключительный. Преподаватель дает общую оценку уровня подготовленности обучаемых к практическим занятиям, характеризует активность каждого обучающегося на занятии и озвучивает оценки каждому обучающемуся с их обоснованием.

Шкала оценивания осуществляется по четырехбалльной шкале (таблица 2)

Критерии оценивания лабораторного/практического занятия	Шкала оценок
Полное соответствие работы обучающегося требованиям. Обучающийся демонстрирует уверенные знания, способен творчески решать поставленные задачи, самостоятельно демонстрирует умения, обладает некоторыми навыками. Обучающийся успешно выполнил внеаудиторную самостоятельную работу, демонстрирует глубокое теоретическое знание по изучаемой теме, умение его применять на практике (в установленный срок сдал протоколы занятия/представил и защитил доклады/презентации и др.).	Отлично
Работа обучающегося содержит неполное соответствие требованиям. Обучающийся демонстрирует хорошее знание материала, способен творчески решать поставленные задачи, демонстрирует базовые умения. Обучающийся выполнил внеаудиторную самостоятельную работу, продемонстрировал знание учебного материала, содержатся отдельные пробелы в умении применить полученные теоретические знании к решению ситуационных задач .	Хорошо
Работа обучающегося содержит неполное соответствие требованиям. Обучающийся демонстрирует знание базового материала, способен решать поставленные задачи под руководством преподавателя, освоил базовые умения. Успешно выполнил внеаудиторную самостоятельную работу, продемонстрировал знание учебного материала, но затрудняется интерпретировать его практически.	Удовлетвори тельно
Работа не соответствует требованиям.	Неудовлетво рительно

3. Методические рекомендации по организации и выполнению рефератов
Реферат предусматривает углубленное изучение дисциплины, способствует развитию навыков самостоятельной работы с литературными источниками.
Реферат – краткое изложение в письменном виде содержания научного труда по предоставленной теме. Это самостоятельная научноисследовательская работа, где

обучающийся раскрывает суть исследуемой проблемы с элементами анализа по теме реферата. Приводит различные точки зрения, а также собственные взгляды на проблемы темы реферата.
Содержание реферата должно быть логичным, изложение материала носить проблемно-тематический характер.
Объем реферата может колебаться в пределах 15-20 печатных страниц.
Основные разделы: оглавление (план), введение, основное содержание, заключение, список литературы.
Текст реферата должен содержать следующие разделы:
— титульный лист реферата (приложение 2);
— ведение, актуальность темы.
— основной раздел.
— заключение
— список литературных источников
Список литературных источников- библиографическое описание используемых источников литературы, в том числе и интернет-источников, оформленное по ГОСТ 7.1 – 2003; 7.80 – 2000; должен иметь не менее 10 библиографических названий, включая сетевые ресурсы.
Текстовая часть реферата оформляется на листе следующего формата:
— отступ сверху – 2 см;
— отступ слева – 3 см;
— отступ справа – 1,5 см;
— отступ снизу – 2,5 см;
— шрифт текста: Times New Roman, высота шрифта – 14, пробел – 1,5;
— нумерация страниц – снизу листа. На первой странице номер не ставится.
Реферат должен быть выполнен грамотно с соблюдением культуры изложения. Обязательно должны иметься ссылки на используемую литературу, включая периодическую литературу за последние 5 лет.
Критерии оценки реферата:
— актуальность темы исследования;
— соответствие содержания теме;
— глубина проработки материала;
— правильность и полнота разработки темы;
— значимость выводов для дальнейшей практической деятельности;
— правильность и полнота использования литературы;
— соответствие оформления реферата стандарту;
— качество сообщения и ответов на вопросы при защите реферата.
Практическое занятие по защите рефератов может проводиться в качестве «круглого стола» в форме представления докладов, посвященных теме занятия, по следующим этапам:
Этап 1. Каждый обучающийся представляет собственный доклад (обязательно использование презентации) по выбранной теме. Доклад 5-7 минут. Обсуждение доклада, вопросы – 2-3 минуты.
Этап 2. Оценка докладов и презентаций, представленных в группе (таблица 3).

Таблица 3 - Шкала оценки докладов на практическом занятии

Критерии оценки	Шкала оценок
1. Доклад четко выстроен, сопровождается презентацией, отражающей проблематику доклада, имеет четкие выводы, полностью характеризующие работу. Автор отлично ориентируется в материале и	Отлично

отвечает на все вопросы, владеет специальной терминологией. 2. Обучающийся активно участвует в обсуждении докладов других обучающихся из группы	
1. Доклад структурирован, презентация не отражает в полной мере содержание доклада, допущены неточности, выводы нечеткие. Автор затрудняется ответить на вопросы, слабо использует специальную терминологию. 2. Обучающийся участвует в обсуждении докладов других обучающихся из группы	Хорошо
1. Доклад структурирован, содержание не полностью раскрывает цель доклада, отсутствует презентация. 2. Обучающийся пассивен при обсуждении докладов других обучающихся из группы	Удовлетвори тельно
1. Доклад не структурирован/отсутствует, презентация отсутствует. Автор не владеет материалом. 2. Обучающийся не участвует в обсуждении докладов.	Неудовлетво рительно

4. Методические рекомендации по подготовке и созданию презентаций

Создание материалов-презентаций — это вид самостоятельной работы обучающихся по созданию наглядных информационных пособий, выполненных с помощью мультимедийной компьютерной программы PowerPoint.

Этот вид работы требует координации навыков обучающегося по сбору, систематизации, переработке информации, оформления ее в виде подборки материалов, кратко отражающих основные вопросы изучаемой темы, в электронном виде. Создание презентаций расширяет методы и средства обработки и представления учебной информации, формирует у обучающихся навыки работы на компьютере.

Презентации готовятся обучающимся в виде слайдов с использованием программы Microsoft PowerPoint.

Обучающийся при подготовке презентации должен выполнить следующий комплекс взаимосвязанных видов самостоятельной работы:

— изучить материалы темы, выделяя главное и второстепенное;

— установить логическую связь между элементами темы;

— представить характеристику элементов в краткой форме;

— выбрать опорные сигналы для акцентирования главной информации и отобразить в структуре работы;

— оформить презентацию в соответствии с рекомендациями (таблица 4), разместить ее в электронной образованной среде университета, к установленному сроку либо представить на практическое/лабораторное занятие.

Таблица 4 - Методические рекомендации по оформлению презентации

Критерии оценки	Шкала оценок
1. Стиль	1.1 Соблюдайте единый стиль оформления. 1.2 Избегайте стилей, которые будут отвлекать от самой презентации. 1.3 Вспомогательная информация не должны преобладать над основной информацией (текст, рисунки).
2. Фон	Для фона предпочтительнее использовать более холодные тона (синий или зеленый).
3. Использование цвета	3.1 На одном слайде рекомендуется использовать не более трех цветов: один для фона, один для заголовков, один для текста. для фона и текста используйте контрастные цвета. 3.2. Обратите особое внимание на цвет гиперссылок (до и после

	использования).
4 Текст/ представление информации	4.1 Используйте короткие слова и предложения. 4.2. Минимизируйте количество предлогов, наречий, прилагательных. 4.3.Заголовки должны привлекать внимание аудитории. 4.4 Предпочтительно горизонтальное расположение информации. 4.5 Наиболее важная информация должна располагаться в центре экрана. Если на слайде располагается картинка, надпись должна располагаться под ней. 4.6 Наибольшая эффективность достигается тогда, когда ключевые пункты отображаются по одному на каждом отдельном слайде.
5.Шрифты	5.1 Для заголовков не менее 24 5.2 Для информации- не менее 18. 5.3Шрифты без засечек легче читать с большого расстояния. 5.4.Нельзя смешивать разные типы шрифтов в одном тексте 5.5.Для выделения информации следует использовать жирный шрифт, курсив или подчеркивание. 5.6 Нельзя злоупотреблять прописными буквами (они читаются хуже строчных букв).
6.Анимационные эффекты	Возможности компьютерной анимации для оформления презентации необходимо использовать умерено, они не должны отвлекать внимание от содержания информации на слайде.

Критерии оценивания презентаций:

— соответствие содержания теме;

— правильная структурированность информации;

— наличие логической связи изложенной информации;

— эстетичность оформления, его соответствие требованиям;

— презентация выполнена и представлена в срок.

Шкала оценивания презентаций разрабатывается преподавателем и доводится до сведения обучающихся вместе с заданием.

Оценка «Отлично»:

презентация отличается целостностью, логичностью и оригинальностью. Оформление логично, эстетично, не противоречит содержанию доклада. Информация структурирована. Иллюстрации презентации соответствуют содержанию, дополняют информацию о раскрываемой проблеме. Текст доклада, сопровождающего презентацию, излагается обучающимся самостоятельно, с незначительной опорой на печатный текст. Ответы на вопросы преподавателя и аудитории четкие, аргументированные, сопровождаются ссылкой на факты и примеры.

Оценка «Хорошо»:

презентация характеризуется целостностью, логической завершенностью, с незначительными недочетами в логике изложения материала. Оформление эстетично, логично, структурировано. Текст доклада излагается с преимущественной опорой на текст. Ответы на дополнительные и уточняющие вопросы не вносят ясности, преимущественно повторяют содержание презентации.

Оценка «Удовлетворительно»:

презентация характеризуется отсутствием единого стиля в оформлении, ввиду чего информация тяжело воспринимается аудиторией. Сведения, излагаемые обучающимся разрозненные, плохо структурированы и аргументированы. Текст доклада

преимущественно зачитывается, обучающимся допускаются неточности и ошибки в изложении материала. Ответы на дополнительные вопросы затруднительны.
Оценка «Неудовлетворительно»:
оформление презентации не соответствует заявленным требованиям. Работа характеризуется отсутствием единого стиля. Обучающийся представляет разрозненные сведения, которые слабо коррелируют с заявленной темой исследования, текст доклада зачитывается, обучающимся часто допускаются ошибки в изложении материала, допускаются ошибки в использовании научной и профессиональной терминологии. Ответы на дополнительные вопросы обучающийся не дает.

5. Организация самостоятельной работы обучающего при подготовке к текущей, промежуточной аттестациям

Текущий контроль осуществляется систематически с целью установления уровня овладения заявленными в рабочей программе дисциплины/практики компетенциями при изучении. В течение года в соответствии с программой дисциплины проводятся текущие аттестации. Форма проведения текущей аттестации (письменное / устное собеседование, тестирование, решение ситуационных задач, защита реферата) определяется руководителем курса и доводится до обучающихся. Вопросы по текущей аттестации доводятся до сведения обучающихся не позднее 3 дней до проведения аттестации.
Подготовка к промежуточной аттестации предполагает систематизацию обучающимся усвоенных в ходе обучения по дисциплинам профессиональных знаний и умений. Программа промежуточной аттестации экзамена имеет обобщающий характер и ориентирует обучающегося в процессе подготовки к нему на актуализацию знаний, умений и навыков, отражающих наиболее существенные компоненты содержания дисциплин, закрепление в профессиональном сознании комплексного и целостного знания.
Подготовка к промежуточной аттестации является формой самостоятельной работы обучающегося. Ее эффективной организации будут способствовать рекомендованные перечни основной и дополнительной литературы, информационных и электронно-образовательных ресурсов, а также список вопросов, которые составляют основу для итогового анализа профессиональной компетентности обучающегося и оценки ее соответствия требованиям ФГОС по компетенциям, закрепленным за дисциплинами. Ориентируясь в перечнях основной и дополнительной литературы, обучающийся может выбрать из них как основополагающие источники, так и те, которые позволят углубить и расширить знания по актуальным проблемам специальностей, систематизировать их и отразить в комплексе.
В ходе подготовки к промежуточной аттестации рекомендуется составлять развернутый план ответа на вопрос программы экзамена, что обеспечит логическую последовательность изложения материала. Продумывая структуру ответа, необходимо: во-первых, уделить внимание раскрытию теоретической сущности явления или понятий, обозначенных в контрольно-измерительном материале, во-вторых, осветить содержание и закономерности рассматриваемых явлений, отразить состояние их изученности в современной медицине. Обучающийся должен продемонстрировать на промежуточной аттестации владение категориальным аппаратом дисциплин, показать умение использовать знания, полученные при изучении дисциплин для анализа современных тенденций в медицине, применять их для решения профессиональных задач врачей по специальностям.
В ходе подготовки к промежуточной аттестации обучающемуся рекомендуется использовать весь набор методов и средств современных информационных технологий для изучения содержания отечественной и зарубежной литературы по дисциплине, анализа и оценки ее текущего состояния и перспектив развития.

При подготовке к промежуточной аттестации рекомендуется активно применять следующие образовательные и профессионально-ориентированные технологии:
– информационные технологии – компьютерные технологии, в том числе доступ в Интернет (для получения учебной и учебно-методической информации, представленной в научных электронных журналах и на сайтах библиотек);
– информационно-коммуникационные технологии.
Оценка знаний, умений и навыков, характеризующая этапы формирования компетенций в рамках изучения дисциплины осуществляется в ходе текущей и промежуточной аттестаций.
Форма проведения текущей/ промежуточной аттестации определяется рабочей программой дисциплины. Оценивание компетенций, вынесенных на промежуточную аттестацию в форме экзамена, осуществляется по четырехбалльной шкале:
оценка «отлично» - 5 баллов
оценка «хорошо» - 4 балла
оценка «удовлетворительно» - 3 балла
оценка «неудовлетворительно» - 2 балла.
При сдаче промежуточной аттестации в форме зачета:
«зачтено» - 3-5 баллов или «не зачтено» - 2 балла.

6. Методические материалы по самостоятельной работе обучающегося при прохождении производственной(клинической) практики

Производственная (клиническая) практика составлена по модулям – дисциплинам и проводится в форме контактной и самостоятельной работы обучающегося.
Контактная работа предусматривает работу руководителя практики с обучающимся в форме индивидуальных/групповых консультаций.
К самостоятельной работе по практикам относятся следующие виды работ обучающегося:
- ознакомление с нормативно-правовым обеспечением практик, включая программы практик;
- изучение законодательной и нормативно-правовой обеспеченности профессиональной деятельности в сфере обращения лекарственных средств в предметной области практики;
- выполнение заданий, заполнение отчета о прохождении практики;
- подготовка к промежуточной аттестации по итогам практики.
По окончании практики обучающийся оформляет отчёт. Материал для составления отчета собирается и накапливается с первого дня практики. Отчет должен содержать самоанализ выполненной работы обучающимся.
Во время прохождения практики необходимо выполнение следующих условий:
- Явиться на установочное собрание, проводимое руководителем практики и получить пакет документов в учебно-методическом отделе.
- В первый день практики прийти на базу к 8 часам утра, и представиться общему руководителю.
- Быть одетым строго по форме и следить за ее чистотой. Иметь сменную обувь.
- Работать строго по графику. Пропущенные дни, даже по уважительной причине, отрабатываются в дополнительное время.
- Ознакомиться с документацией структурных подразделений (поликлиника, стационар, приемный покой, в отделениях - процедурные кабинеты, пост и т.д.).
- Активно участвовать в общественной жизни структурных подразделений, а также в санитарно-просветительной работе.
- Бережно относиться к имуществу лечебно-профилактических учреждений.
- Быть дисциплинированными, спокойными и вежливыми в обращении с товарищами по работе, с больными и их родственниками, в отделениях соблюдать тишину и порядок.

- Ежедневно и аккуратно вести отчет, заполнять листы обязательных манипуляций. Критерии оценки промежуточной аттестации по производственной (клинической) практике представлены в Таблице 6.

Таблица 6 – Критерии оценки промежуточной аттестации по производственной практике

Критерии оценки	Шкала оценок
Обучающийся предоставил оформленный соответствующим образом, отчет и отзыв с положительной характеристикой руководителя практики; продемонстрировал систематические знания по контролируемым компетенциям; владеет способностью и готовностью применять знания, умения и навыки для решения профессиональных задач на практике; в ответе присутствует четкая структура, логическая последовательность, современная профессиональная терминология; ответ обоснован нормативной документацией и конкретными примерами из производственной практики.	Зачтено
Обучающийся предоставил неполный перечень отчетной документации; демонстрирует полное отсутствие или фрагментарные знания, умения и навыки по контролируемой компетенции и неспособность применять их на практике для решения профессиональных задач; не в состоянии обосновать свой ответ нормативной документацией и примерами из производственной практики; дополнительные и уточняющие вопросы преподавателя не приводят к коррекции ответа	Не зачтено

МИНИСТЕРСТВО НАУКИ И ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования
«ЧЕЧЕНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ А.А. КАДЫРОВА»

МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ

Кафедра «Нормальная и патологическая физиология»

МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ
по изучению дисциплины «Патофизиология, клиническая патофизиология»

Специальность	Лечебное дело
Код специальности	31.05.01
Квалификация выпускника	Врач лечебник
Форма обучения	Очная

Грозный, 2025

Хатуев А.Г. Методические рекомендации по изучению учебной дисциплины «Патофизиология, клиническая патофизиология» / Хатуев А.Г. – Грозный: ФГБОУ ВО «Чеченский государственный университет им. А.А. Кадырова», 2025.

Методические рекомендации по изучению учебной дисциплины «Патофизиология, клиническая патофизиология» рассмотрены и одобрены на заседании кафедры нормальной и патологической физиологии, рекомендованы к использованию в учебном процессе (протокол № 9 от 28 мая 2025 г.), составлены в соответствии с требованиями ФГОС ВО по специальности «31.05.01 - Лечебное дело» (специалитет), утвержденного приказом Минобрнауки России от 12.08.2020 № 988.

© Хатуев А.Г., 2025
© ФГБОУ ВО «Чеченский государственный университет им. А.А. Кадырова», 2025.

СОДЕРЖАНИЕ

1. Общие положения 4

2. Методические рекомендации по изучению дисциплины в процессе аудиторных занятий. 4

2.1. Рекомендации по подготовке к лекционным занятиям (теоретический курс) 4

2.2. Рекомендации по подготовке к практическим (семинарским) занятиям ... 4

3. Методические рекомендации по выполнению различных форм самостоятельных заданий 5

3.1. Методические рекомендации по работе с литературой. 5

3.2. Методические рекомендации по подготовке научного доклада 6

3.3. Методические рекомендации по подготовке реферата 7

1. Общие положения

Методические указания по освоению дисциплины «Патофизиология, клиническая патофизиология» адресованы студентам очной формы обучения. Учебным планом по направлению подготовки «31.05.01 - Лечебное дело» предусмотрены следующие виды занятий:

- лекции;
- практические занятия;

2. Методические рекомендации по изучению дисциплины в процессе аудиторных занятий.

2.1. Рекомендации по подготовке к лекционным занятиям (теоретический курс)

Изучение дисциплины требует систематического и последовательного накопления знаний.

Студентам необходимо вести конспект прослушанных лекций. Перед очередной лекцией необходимо просмотреть по конспекту материал предыдущей лекции. При затруднениях в восприятии материала следует обратиться к основным литературным источникам. Если разобраться в материале не удалось, то следует обратиться к лектору (по графику его консультаций) или к преподавателю на практических занятиях.

2.2. Рекомендации по подготовке к практическим (семинарским) занятиям

Студентам следует:

- ознакомиться с заданием к занятию; определить примерный объем работы по подготовке к ним; выделить вопросы и задачи, ответы на которые или выполнение и решение без предварительной подготовки не представляется возможным;
- иметь в виду и то, что в библиотеке учебного заведения не всегда имеются в наличии все рекомендованные источники, их необходимо найти заранее.
- приносить с собой рекомендованную преподавателем литературу к конкретному занятию;
- до очередного практического занятия по рекомендованным литературным источникам проработать теоретический материал, соответствующей темы занятия;
- пользоваться техническими средствами обучения и дидактическими материалами, которыми располагает учебное заведение.
- при подготовке к практическим занятиям следует обязательно использовать не только лекции, учебную литературу, но и нормативно-правовые акты и материалы правоприменительной практики;
- теоретический материал следует соотносить с правовыми нормами, так как в них могут быть внесены изменения, дополнения, которые не всегда отражены в учебной литературе;
- при ответах на вопросы и решения задач необходимо внимательно прочитать их текст и попытаться дать аргументированное объяснение с обязательной ссылкой на соответствующую правовую норму;

- в начале занятий задать преподавателю вопросы по материалу, вызвавшему затруднения в его понимании и освоении при решении задач, заданных для самостоятельного решения;
- по ходу семинара давать конкретные, четкие ответы по существу вопросов. Структура ответов может быть различной: либо вначале делается вывод, а затем приводятся аргументы, либо дается развернутая аргументация принятого решения, на основании которой предлагается ответ. Возможны и несколько вариантов ответов, которые должны быть обоснованы.
- на занятии доводить каждую задачу до окончательного решения, демонстрировать понимание проведенного анализа проблемной ситуации, в случае затруднений обращаться к преподавателю.

Студентам, пропустившим занятия (независимо от причин), не имеющие письменного решения задач или не подготовившиеся к данному практическому занятию, рекомендуется не позже, чем в 2-недельный срок явиться на консультацию к преподавателю и отчитаться по теме, изучавшейся на занятии. Студенты, не отчитавшиеся по каждой не проработанной ими на занятиях теме к началу зачетной сессии, упускают возможность получить положенные баллы за работу в соответствующем семестре.

3. Методические рекомендации по выполнению различных форм самостоятельных заданий

Самостоятельная работа студентов включает в себя выполнение различного рода заданий, которые ориентированы на более глубокое усвоение материала изучаемой дисциплины. По каждой теме учебной дисциплины студентам предлагается перечень заданий для самостоятельной работы.

К выполнению заданий для самостоятельной работы предъявляются следующие требования: задания должны исполняться самостоятельно и представляться в установленный срок, а также соответствовать установленным требованиям по оформлению.

Студентам следует:
- руководствоваться графиком самостоятельной работы, определенным рабочей программой дисциплины;
- выполнять все плановые задания, выдаваемые преподавателем для самостоятельного выполнения, и разбирать на семинарах и консультациях неясные вопросы;
- использовать при подготовке нормативные документы университета.

3.1. Методические рекомендации по работе с литературой.

Любая форма самостоятельной работы студента (подготовка к семинарскому занятию, написание эссе, курсовой работы, доклада и т.п.) начинается с изучения соответствующей литературы.

К каждой теме учебной дисциплины подобрана основная и дополнительная литература, которая указана в соответствующем разделе рабочей программы.

Основная литература - это учебники и учебные пособия.

Дополнительная литература - это монографии, сборники научных трудов, журнальные и газетные статьи, различные справочники, энциклопедии, интернет ресурсы.

Рекомендации студенту:
выбранную монографию или статью целесообразно внимательно просмотреть. В книгах следует ознакомиться с оглавлением и научно-справочным аппаратом, прочитать аннотацию и предисловие. Целесообразно ее пролистать, рассмотреть иллюстрации, таблицы, диаграммы, приложения. Такое поверхностное ознакомление позволит узнать, какие главы следует читать внимательно, а какие прочитать быстро;
- в книге или журнале, принадлежащие самому студенту, ключевые позиции можно выделять маркером или делать пометки на полях. При работе с Интернет -источником целесообразно также выделять важную информацию;
- если книга или журнал не являются собственностью студента, то целесообразно записывать номера страниц, которые привлекли внимание. Позже следует возвратиться к ним, перечитать или переписать нужную информацию. Физическое действие по записыванию помогает прочно заложить данную информацию в «банк памяти».
Выделяются следующие виды записей при работе с литературой:
Конспект - краткая схематическая запись основного содержания научной работы. Целью является не переписывание произведения, а выявление его логики, системы доказательств, основных выводов. Хороший конспект должен сочетать полноту изложения с краткостью.
Цитата - точное воспроизведение текста. Заключается в кавычки. Точно указывается страница источника.
Тезисы - концентрированное изложение основных положений прочитанного материала.
Аннотация - очень краткое изложение содержания прочитанной работы.
Резюме - наиболее общие выводы и положения работы, ее концептуальные итоги.
Записи в той или иной форме не только способствуют пониманию и усвоению изучаемого материала, но и помогают вырабатывать навыки ясного изложения в письменной форме тех или иных теоретических вопросов.

3.2. Методические рекомендации по подготовке научного доклада

Одной из форм самостоятельной работы студента является подготовка научного доклада, для обсуждения его на практическом (семинарском) занятии.
Цель научного доклада - развитие у студентов навыков аналитической работы с научной литературой, анализа дискуссионных научных позиций, аргументации собственных взглядов. Подготовка научных докладов также развивает творческий потенциал студентов.
Научный доклад готовится под руководством преподавателя, который ведет практические (семинарские) занятия.
Рекомендации студенту:
- перед началом работы по написанию научного доклада согласовать с преподавателем тему, структуру, литературу, а также обсудить ключевые вопросы, которые следует раскрыть в докладе;
- представить доклад научному руководителю в письменной форме;

- выступить на семинарском занятии с 5-7-минутной презентацией своего научного доклада, ответить на вопросы студентов группы.

Требования:

- к оформлению научного доклада: шрифт - Times New Roman, размер шрифта -14, межстрочный интервал -1, размер полей – 2 см, отступ в начале абзаца - 1 см, форматирование по ширине); листы доклада скреплены скоросшивателем. На титульном листе указывается наименование учебного заведения, название кафедры, наименование дисциплины, тема доклада, ФИО студента;
- к структуре доклада - введение (указывается актуальность, цель и задачи), основная часть, выводы автора, список литературы (не менее 5 позиций источников научной литературы (научные статьи и монографии). Объем согласовывается с преподавателем. В конце работы ставится дата ее выполнения и подпись студента, выполнившего работу.

Общая оценка за доклад учитывает содержание доклада, его презентацию, а также ответы на вопросы.

3.3. Методические рекомендации по подготовке реферата

Целью написания рефератов является:

- привитие студентам навыков библиографического поиска необходимой литературы (на бумажных носителях, в электронном виде);
- привитие студентам навыков компактного изложения мнения авторов и своего суждения по выбранному вопросу в письменной форме, научно грамотным языком и в хорошем стиле;
- приобретение навыка грамотного оформления ссылок на используемые источники, правильного цитирования авторского текста;
- выявление и развитие у студента интереса к определенной научной и практической проблематике с тем, чтобы исследование ее в дальнейшем продолжалось в подготовке и написании курсовых и дипломной работы и дальнейших научных трудах.

Основные задачи студента при написании реферата:

- с максимальной полнотой использовать литературу по выбранной теме (как рекомендуемую, так и самостоятельно подобранную) для правильного понимания авторской позиции;
- верно (без искажения смысла) передать авторскую позицию в своей работе;
- уяснить для себя и изложить причины своего согласия (несогласия) с тем или иным автором по данной проблеме.

Требования к содержанию:

- материал, использованный в реферате, должен относится строго к выбранной теме;
- необходимо изложить основные аспекты проблемы не только грамотно, но и в соответствии с той или иной логикой (хронологической, тематической, событийной и др.)
- при изложении следует сгруппировать идеи разных авторов по общности точек зрения или по научным школам;
- реферат должен заканчиваться подведением итогов проведенной исследовательской работы: содержать краткий анализ-обоснование

преимуществ той точки зрения по рассматриваемому вопросу, с которой Вы солидарны.

Структура реферата.

1. Титульный лист.

На титульном листе указывается наименование учебного заведения, название кафедры, наименование дисциплины, тема реферата, ФИО студента, ФИО и должность проверившего преподавателя;

2. Оглавление.

Оглавление - это план реферата, в котором каждому разделу должен соответствовать номер страницы, на которой он находится.

3. Текст реферата.

Текст реферата делится на три части: введение, основная часть и заключение.

а) Введение - раздел реферата, посвященный постановке проблемы, которая будет рассматриваться и обоснованию выбора темы.

б) Основная часть - это звено работы, в котором последовательно раскрывается выбранная тема. Основная часть может быть представлена как цельным текстом, так и разделена на главы. При необходимости текст реферата может дополняться иллюстрациями, таблицами, графиками, но ими не следует "перегружать" текст.

в) Заключение - данный раздел реферата должен быть представлен в виде выводов, которые готовятся на основе подготовленного текста. Выводы должны быть краткими и четкими. Также в заключении можно обозначить проблемы, которые "высветились" в ходе работы над рефератом, но не были раскрыты в работе.

4. Список источников и литературы.

В данном списке называются как те источники, на которые ссылается студент при подготовке реферата, так и все иные, изученные им в связи с его подготовкой. В работе должно быть использовано не менее 7 разных источников. Работа, выполненная с использованием материала, содержащегося в одном научном источнике, является явным плагиатом и не принимается. Оформление Списка источников и литературы должно соответствовать требованиям, принятым в университете.

Объем и технические требования, предъявляемые к выполнению реферата.

Объем работы должен быть, как правило, не менее 15 и не более 20 страниц. Работа должна выполняться через одинарный интервал 14 шрифтом, размеры оставляемых полей - 2 см. Страницы должны быть пронумерованы.

При цитировании необходимо соблюдать следующие правила:

- текст цитаты заключается в кавычки и приводится без изменений, без произвольного сокращения цитируемого фрагмента (пропуск слов, предложений или абзацев допускается, если не влечет искажения всего фрагмента, и обозначается многоточием, которое ставится на месте пропуска) и без искажения смысла;
- каждая цитата должна сопровождаться ссылкой на источник, библиографическое описание которого должно приводиться в соответствии с предъявляемыми требованиями.

МИНИСТЕРСТВО НАУКИ И ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования
«Чеченский государственный университет
им.А.А.Кадырова»
_____
МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ
Кафедра «Факультетская и госпитальная педиатрия

УЧЕБНО-МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

по педиатрии

для студентов специальности 31.05.01-Лечебное дело

УЧЕБНО-МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ
для практических занятий по педиатрии
для студентов 4 курса специальности
31.05.01 – Лечебное дело

Занятие №1 по теме:
"ОРГАНИЗАЦИЯ И ПРИНЦИПЫ РАБОТЫ ДЕТСКОЙ БОЛЬНИЦЫ".

I. Научно-методическое обоснование темы.

Студентам лечебного факультета как будущим организаторам здравоохранения необходимы знания по устройству, работе, противоэпидемическому режиму детских стационаров. Знание особенностей анамнеза и объективного исследования детей раннего возраста расширит профессиональный кругозор будущего врача, т.к. многие болезни взрослых имеют свои истоки в детском возрасте.

II. Цель деятельности студентов на занятии:

Студент должен знать:

- структуру детского стационара;
- виды помощи, оказываемые детскими стационарами;
- противоэпидемические мероприятия для предупреждения заноса инфекции и внутрибольничной инфекции;
- показания для госпитализации;
- особенности и значение анамнеза в педиатрии;
- особенности объективного обследования ребенка и дополнительных методов исследования (рентгенография, ЭКГ, ФКГ, УЗИ, лабораторные методы и др.);
- основные правила ухода за здоровым и больным ребенком.

Студент должен уметь:

- составить план противоэпидемических мероприятий по предупреждению заноса инфекции в детскую больницу;
- уметь собрать анамнез у матери и ребенка с учетом возраста;
- дать оценку анамнеза жизни и заболевания;
- осуществлять уход за здоровым ребенком раннего возраста и больным с учетом патологии.

III. Содержание обучения:

1. Детские стационары (виды, особенности устройства, режима).
2. Профилактика заноса инфекции и внутрибольничных инфекций.
3. Госпитализация ребенка (показания, правила оформления).
4. Значение анамнеза в педиатрической практике.
5. Особенности обследования ребенка. Объективное исследование, дополнительные и лабораторные методы исследования в педиатрии.
6. Особенности ухода за больным и здоровым ребенком.

IV. Учебно-материальное обеспечение.

1. Наглядные пособия: таблицы, схемы, мультимедийные презентации, видеофильмы, аудиограммы.
2. Учебная медицинская документация (истории болезни, лабораторные исследования, рентгенограммы).
3. Технические средства обучения.
4. Литература.

V. Список рекомендуемой литературы.

1. Пропедевтика детских болезней [Электронный ресурс] : учебник / Юрьев В. В. и др.; под ред. В. В. Юрьева, М. М. Хомича. - М. ГЭОТАР-Медиа,

2012. Режим доступа: http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970422151.html
2.. Физикальное обследование ребенка [Электронный ресурс] : учеб. пособие / Р.Р. Кильдиярова, Ю.Ф. Лобанов, Т.И. Легонькова - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015. Режим доступа: http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970432433.html
3. Детские болезни. Т. 1. [Электронный ресурс] / Запруднов А.М., Григорьев К.И., Харитонова Л.А. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. Режим доступа: http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970424216.html
4. Детские болезни: учебник: в 2 т. / Запруднов А. М., Григорьев К. И., Харитонова Л. А. - 2-е изд., перераб. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2013. - Т. 1. - 768 с. : ил - ISBN 978-5-9704-2421-6.
5. Детские болезни [Электронный ресурс] : учебник / под ред. Р. Р. Кильдияровой - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015. Режим доступа: http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970429488.html
6. Лабораторные и функциональные исследования в практике педиатра [Электронный ресурс] / Кильдиярова Р.Р. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2012. Режим доступа: http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970419588.html
7. Кильдиярова, Р. Р. Клинические нормы. Педиатрия / Кильдиярова Р. Р. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2019. - 384 с. - ISBN 978-5-9704-5235-6. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970452356.html
8.Лекции по педиатрии.
9.Методические указания для внеаудиторной работы студентов

VI. Перечень вопросов для проверки исходного уровня знаний:

1. Анамнез, его роль в диагностике.
2. Анамнез жизни, значение факторов внешней и внутренней среды в формировании патологического процесса.
3. Анамнез заболевания, его основные правила сбора.

VII. Перечень вопросов для проверки конечного уровня знаний:

1. Особенности сбора анамнеза в педиатрии.
2. Влияние факторов внешней среды на антенатальный и постнатальный периоды развития ребенка.
3. Особенности анамнеза жизни ребенка в различные возрастные периоды (новорожденность, грудной возраст, пубертатный период и др.).
4. Факторы, которые необходимо учитывать при сборе анамнеза у матери и непосредственно у ребенка.
5. Особенности объективного исследования ребенка.
6. Дополнительные методы, применяемые в педиатрии, их особенности.
7. Основные отличия устройства и режима стационаров для взрослых и детей.
8. Какие факторы учитываются при распределении больных детей по палатам?
9. Показания для госпитализации матерей.
10. Противоэпидемические мероприятия по предупреждению заноса инфекции в детскую больницу.

Блок информации

По виду, объему и характеру оказываемой медицинской помощи и системе организации работы детская больница может быть:

а) по профилю – общей, многопрофильной или специализированной;

б) по системе организации – объединенной или необъединенной с поликлиникой;

в) по объему деятельности - различной категорийности (коечкой мощности).

Многопрофильные межрайонные и городские больницы на 300 коек, планируются для оказания медицинской помощи детскому населению одного города или крупных сельских районов по основным и узким клиническим профилям (8-12 специальностям). Многопрофильные – в основном, клинические больницы, имеют в своем составе не менее 10-12 специализированных отделений и оказывают высококвалифицированную медицинскую помощь детям.

Специализированные больницы (туберкулезные, онкологические, инфекционные, психиатрические и другие больницы и диспансеры) оказывают детскому населению медицинскую помощь по соответствующим профилям. Радиус их действия определяется местными органами здравоохранения в зависимости от уровня заболеваемости населения и степени развития сети этих больниц.

ОСОБЕННОСТИ ОРГАНИЗАЦИИ СТАЦИОНАРНОЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ

Отделения детского стационара организуются на 40-60 коек с изолированными секциями на 20-30 коек. Палаты стационара формируются по возрасту и характеру заболеваний. В зависимости от возраста выделяют следующие палаты: для недоношенных, для новорожденных, для детей грудного возраста, для детей младшего возраста, для детей старшего возраста. Нормы на одну койку в детских неинфекционных отделениях составляют 6, в инфекционных – 6,5 $м^2$, в отделениях восстановительного лечения – 7 $м^2$. В отделениях для детей дошкольного и школьного возрастов палаты должны быть небольшие – с числом коек не более четырех. Целесообразно иметь застекленные перегородки между палатами для того, чтобы персонал мог следить за состоянием детей и их поведением. В отделении обязательно выделяются помещения для матерей вблизи палат для грудных детей, а также комнату для сцеживания грудного молока.

Особенностью детского стационара является режим, предусматривающий комплекс не только лечебных, оздоровительных и санитарно-гигиенических, но и воспитательных мероприятий с учетом анатомо-физиологических и возрастных особенностей детского организма.

Занятие №2 по теме:
"ФИЗИЧЕСКОЕ И ПСИХОМОТОРНОЕ РАЗВИТИЕ ДЕТЕЙ"

I. Научно-методическое обоснование темы:

С позиции профилактического направления нашей медицины и введением унифицированных методов всеобщей диспансеризации населения по 5 группам здоровья приобретает особое практическое значение педиатрическая ориентация студентов лечебного факультета. Студенты должны овладеть умением оценить уровень физического, нервно-психического и полового развития пациента любого возраста как важных критериев состояния здоровья. Определить врачебную тактику в конкретном случае. Особенно это важно для врачей, работающих с подростками (подростковые кабинеты поликлиники, врачебные комиссии и т.д.).

II. Цель деятельности студентов на занятии:

Студент должен знать:

- анатомо-физиологические особенности нервной системы детей по периодам жизни;
- морфо-функциональные особенности кожи, подкожной жировой клетчатки, костной и мышечной систем;
- основные этапы и механизмы полового развития детей;
- варианты пубертатного периода;
- периоды жизни детей, анатомо-физиологические особенности возрастной патологии;
- основные показатели нервно-психического развития детей в возрастном аспекте; соматометрические и соматотоскопические критерии физиологического развития и современные требования к их оценке;
- варианты (физиологические и патофизиологические) физического и полового развития подростков.

Студент должен уметь:

- на основе объективного осмотра дать оценку нервно-психическому (интеллектуальному) уровню развития пациента любого возраста (соответствие, отставание, опережение по отношению к паспортному возрасту) по следующим критериям:

- двигательно-статические реакции, органы чувств;
- условные, безусловные рефлексы, развитие речи, памяти, способности к мышлению, неврологический статус (сухожильные рефлексы, менингеальные симптомы).

- провести общий объективный осмотр и определить тип соматической конституции;

- провести основные антропометрические исследования и дать индивидуальную оценку физического развития (уровень, степень гармоничности);
- определить "зубной" возраст (соответствие, отставание, опережение паспортного возраста);
- дать комплексную оценку уровня сомато-биологической зрелости (хороший, удовлетворительный, неудовлетворительный);
- в пубертатном возрасте на основе объективного осмотра дать оценку полового развития по отношению к паспортному возрасту;
- выявить пограничные с нормой патофизиологические признаки, составляющие варианты пубертатного периода, дать им клиническую оценку, определить врачебную тактику;
- определить группу здоровья на основе комплексной оценки результатов объективного осмотра;
- выявить факторы риска по показателям физического, полового развития, определить общую врачебную тактику диспансерного наблюдения.

III. Содержание обучения:

1. Морфо-функциональные особенности ЦНС у детей раннего возраста.
2. Характеристика безусловных реакций.
3. Сроки и динамика развития органов чувств, условных рефлексов.
4. Развитие речи.
5. Основные этапы развития двигательно-статических умений.
6. Критерии оценки нервно-психического развития (психофизиологическая зрелость) детей дошкольного возраста.
7. Критерии оценки психофизиологического состояния школьников.
8. Периоды жизни детей, основная физиологическая характеристика.
9. Главные неврологические показатели.
10. Соматометрические показатели физического развития, методы оценки.
11. Соматоскопические показатели физического развития, методы оценки.
12. Типы соматической конституции.
13. Понятие "зубной" возраст, оценка.
14. Понятие "костный" возраст, оценка.
15. Этапы формирования пола.
16. Показатели полового развития, оценка.
17. Биологический возраст, критерии оценки.
18. Основные критерии состояния здоровья, группы здоровья.
19. Варианты физического развития, диспансерная тактика.
20. Варианты полового развития, клиническая оценка, диспансерная тактика.

IV. Учебно-материальное обеспечение.

5. Наглядные пособия: таблицы, схемы, мультимедийные презентации, видеофильмы, аудиограммы.
6. Учебная медицинская документация (истории болезни, лабораторные исследования, рентгенограммы).
7. Технические средства обучения.
8. Литература.

V. Список литературы:

1. Пропедевтика детских болезней [Электронный ресурс] : учебник / Юрьев В. В. и др.; под ред. В. В. Юрьева, М. М. Хомича. - М. ГЭОТАР-Медиа, 2012. Режим доступа: http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970422151.html

2.. Физикальное обследование ребенка [Электронный ресурс] : учеб. пособие / Р.Р. Кильдиярова, Ю.Ф. Лобанов, Т.И. Легонькова - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015. Режим доступа: http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970432433.html

3. Детские болезни. Т. 1. [Электронный ресурс] / Запруднов А.М., Григорьев К.И., Харитонова Л.А. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. Режим доступа: http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970424216.html

4. Детские болезни: учебник: в 2 т. / Запруднов А. М., Григорьев К. И., Харитонова Л. А. - 2-е изд., перераб. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2013. - Т. 1. - 768 с. : ил - ISBN 978-5-9704-2421-6.
5. Детские болезни [Электронный ресурс] : учебник / под ред. Р. Р. Кильдияровой - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015. Режим доступа: http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970429488.html
6. Лабораторные и функциональные исследования в практике педиатра [Электронный ресурс] / Кильдиярова Р.Р. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2012. Режим доступа: http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970419588.html
7. Кильдиярова, Р. Р. Клинические нормы. Педиатрия / Кильдиярова Р. Р. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2019. - 384 с. - ISBN 978-5-9704-5235-6. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970452356.html
8.Лекции по педиатрии.
9.Методические указания для внеаудиторной работы студентов

VI. Вопросы для самостоятельной подготовки:

1. Что означает термин "физическое развитие"?
2. Какие показатели физического развития оцениваются у детей?
3. Как рассчитываются нормативы показателей физического развития у детей разных возрастных групп?
4. Что такое "акселерация"? Какие факторы влияют на ее темп?
5. Чем акселерация отличается от ускоренного развития, обусловленного перекармливанием?
6. Что такое "зубной" возраст, по каким параметрам оценивается у детей?
7. Какие формулы расчета количества молочных и постоянных зубов Вы знаете?
8. Дайте определение понятию "костный" возраст, по каким критерия оценивается.
9. Перечислите основные показатели полового развития, по каким критериям оцениваются.
10. Что подразумевается под нервно-психическим развитием?
11. По каким параметрам оценивается нервно-психическое развитие?
12. Какие морфо-функциональные особенности ЦНС у детей раннего возраста Вы знаете?
13. Назовите средние сроки и динамику развития органов чувств у детей.
14. Назовите основные этапы формирования речевых навыков.
15. Основные этапы развития двигательно-статических умений.
16. Основные критерии состояния здоровья.
17. Какие группы здоровья Вы знаете?

Блок информации.

ФИЗИЧЕСКОЕ РАЗВИТИЕ ДЕТЕЙ.

Под физическим развитием человека понимается совокупность морфологических и функциональных признаков организма в их взаимосвязи.

Интенсивно протекающие процессы роста и созревания детского организма определяют его особую чувствительность к условиям внешней среды. На физическом развитии детей заметно отражаются особенности климата, жилищно-бытовые условия, режим дня, характер питания, а также перенесенные заболевания. На темпы физического развития влияют также наследственные факторы, тип конституции, интенсивность обмена веществ, эндокринный фон организма, активность ферментов крови и секретов пищеварительных желез.

В связи с этим уровень физического развития принято считать достоверным показателем здоровья.

При оценке физического развития детей учитывают следующие показатели:

1. Морфологические: длина и масса тела, окружность грудной клетки, а у детей до трех лет – окружность головы.
2. Функциональные показатели: жизненная емкость легких, мышечная сила кистей рук и др.
3. Развитие мускулатуры и мышечный тонус, состояние осанки, опорно-двигательного аппарата, развитие подкожно-жирового слоя, тургор тканей.

Длина тела.

Показатель длины тела является наиболее стабильным по сравнению с другими показателями физического развития. Наибольший темп роста отмечается в первые три месяца жизни ребенка (табл. 1).

При правильном развитии ребенка прибавка длины тела за месяц может колебаться от +1 до – 1 см.

За второй год жизни прибавка длины тела составляет 11-12 см, за третий год жизни – 8 см, за четвертый – 6 см. К четырем годам рост ребенка достигает 100 см. В дальнейшем (до 10 лет) для определения прибавки длины тела можно пользоваться формулой: длина тела ребенка P = 100 см + 6(n – 4), где n – число лет, 6 – средняя ежегодная прибавка длины тела, см. Наиболее интенсивный рост наблюдается в 5-7 лет и в период начала полового созревания.

Масса тела.

Это лабильный показатель, который может изменяться под влиянием конституциональных особенностей, нервно-эндокринных и соматических нарушений, он также зависит от экзогенных причин (питание, режим).

Наиболее интенсивная прибавка массы тела ребенка отмечается на первом году жизни и в пубертатном периоде.

Масса тела ребенка к 4 – 4,5 мес. удваивается, к году утраивается. Темп увеличения массы тела у детей после года ослабевает и в среднем составляет 2 кг. ежегодно.

Ожидаемую массу тела ребенка до 10 лет можно рассчитать по формуле:

P = масса тела ребенка в 1 год + 2 кг x (n – 1),

где P – ожидаемая масса, n – число лет.

Массу тела ребенка ***старше 10 лет*** можно определить с помощью формулы И.М. Воронцова: масса тела детей старше 10 лет = возраст x 3 + последняя цифра числа лет.

Таблица 1.

Прибавка длины и массы тела у детей первого года жизни.

Возраст, мес.	**Прибавка длины тела за 1 мес., см.**	**Прибавка длины тела за истекший период, см.**	**Прибавка массы тела за 1 мес., гр.**	**Прибавка массы тела за истекший период, гр.**
1	3	3	600	600
2	3	6	800	1400
3	2,5	8,5	800	2200
4	2,5	11	750	2950
5	2	13	700	3650
6	2	15	650	4300
7	2	17	600	4900
8	2	19	550	5450
9	1,5	20,5	500	5950
10	1,5	22	450	6400
11	1,5	23,5	400	6800
12	1,5	25	350	7150

Окружность головы и грудной клетки.

При рождении *окружность головы* у доношенных детей 33-37,5 см, она не должна превышать окружность грудной клетки больше, чем на 1-2 см. В первые 3-5 месяцев ежемесячная прибавка составляет 1-1,5 см, а затем 0,5-0,7 см. в месяц.

Расчет окружности головы для детей первого года жизни производится по формуле: окр. гол. в **6 мес.** составляет **43** см., за каждый недостающий месяц отнимается по **1,5 см.**, за каждый последующий прибавляется по **0,5 см.**

К году окружность головы увеличивается на 10-12 см. и достигает 46-48 см. Окружность головы ребенка в возрасте 1-3 лет увеличивается на 1 см. в год. С 4 лет окружность головы

ежегодно увеличивается на 0,5 см. К 6 годам она равна 50-51 см., а за все последующие годы увеличивается на 5-6 см.

Окружность грудной клетки у новорожденных 33–35 см. Ежемесячная прибавка на первом году жизни составляет в среднем 1,5–2 см. К году окружность грудной клетки увеличивается на 15-20 см., затем интенсивность нарастания этого показателя снижается, и к дошкольному возрасту окружность грудной клетки в среднем увеличивается на 3 см., а в школьном – на 1-2 см. в год.

Расчет окружности груди для детей первого года жизни производится по формуле: окр. гр. в **6 мес**. составляет **45 см.**, за каждый недостающий месяц отнимается **по 2,0 см.**, за каждый последующий прибавляется по **0,5 см**.

Переднезадний размер грудной клетки у большинства доношенных новорожденных меньше поперечного размера или равен ему. Уже в конце первого года жизни поперечный размер начинает превышать переднезадний и форма грудной клетки начинает приближаться к конфигурации взрослого, т.е. уплощаться.

Для оценки пропорциональности развития ребенка можно использовать некоторые антропометрические индексы.

Индекс Чулицкой: 3 окружности плеча + окружность бедра + окружность голени – длина тела у детей до 1 года равняется 25-20 см., а в 2-3 года – 20 см., в 6-7 лет – 15-10 см.

Индекс Эрисмана: окружность грудной клетки превышает полурост у детей до 1 года на 13,5-10 см., в 2-3 года – на 9-6 см., в 6-7 лет – на 4-2 см., в 8-10 лет – больше на 1 см. или меньше на 3 см.

Индивидуальную оценку физического развития проводят путем сопоставления антропометрических показателей ребенка с нормативами и стандартами, разработанными специально для данного региона с учетом этнической принадлежности ребенка и климатогеографических условий проживания.

Пропорции детского тела

Для суждения о правильности развития ребенка большое значение имеет оценка пропорций детского тела. Отдельные части тела ребенка растут неравномерно, а, следовательно, с возрастом меняются и соотношения между ними: например, за весь период роста длина нижних конечностей увеличивается приблизительно в 5 раз, длина верхних конечностей – в 4 раза, туловища – в 3 раза, а высота головы – только в 2 раза.

Высота головы у новорожденного составляет приблизительно 1/4 общей длины тела, у 2-летнего – 1/5, у 6-летнего – 1/6, у 12-летнего – 1/7 и у взрослого – 1/8.

Для плода, и отчасти для новорожденного, характерно некоторое относительное недоразвитие лицевой части черепа по сравнению с хорошо развитой черепной. Отчетливо выдающийся лобно-носовой валик и некоторое недоразвитие нижней челюсти характерно для лица новорожденного.

Для характеристики физического развития ребенка большое значение имеет правильная оценка особенностей его грудной клетки. Переднезадний размер грудной клетки у большинства доношенных новорожденных меньше поперечного диаметра или равен ему; уже в течение 1-го года жизни, даже у слабых при рождении детей, поперечный диаметр начинает превалировать над переднезадним: первый удваивается к 6 годам, второй – лишь к 14-15 годам.

У доношенного новорожденного ребенка окружность груди на 2-4 см. меньше окружности головы. У очень крепких новорожденных они равны, и сравнительно очень редко окружность груди превышает окружность головы. Уже в течение первого полугодия жизни окружность головы сравнивается с окружностью груди, а в последующие годы окружность груди превышает окружность головы приблизительно на столько сантиметров, сколько лет ребенку.

У детей раннего и дошкольного возрастов имеется постоянное соотношение между периметрами конечностей и грудной клетки: утроенная окружность плеча равна окружности груди; сумма окружностей бедра и голени равняется утроенной окружности плеча и окружности груди. Наличие этих соотношений указывает на нормальную упитанность ребенка и на правильное развитие у него мышечного аппарата.

Половое развитие

Половые различия в показателях физического развития значительно выражены только с наступлением половой зрелости. Период жизни, когда растущий организм достигает биологической половой зрелости, называется пубертатным и характеризуется появлением вторичных половых признаков. Время появления последних зависит от состояния здоровья, питания, климатических условий и генетических особенностей. У девочек внешние проявления признаков полового развития отмечаются в 8 лет, у мальчиков – в 9-10 лет (табл. 2).

Таблица 2.

Сроки появления вторичных половых признаков.

Возраст / годы	**Мальчики**	**Девочки**
10 лет	Ax_0P_0	$Me_0Ma_0Ax_0P_0$
11 лет	Ax_0P_0	$Me_0Ma_0Ax_0P_0$ или выраженность одного - двух показателей в стадии 1 или 2
12 лет	Ax_0P_0	$Me_0Ma_1\ Ax_1P_1 – Ma_2Ax_2P_2$ или выраженность одного - двух показателей в стадии 1 или 2
13 лет	$Ax_0P_0 – Ax_1P_1$ или выраженность одного показателя в стадии 1, а другого 0	$Me_{0\text{-}1}Ma_2Ax_2P_2 – Me_2Ma_3Ax_3P_3$ или выраженность одного - двух показателей в стадии 2 или 3;
14 лет	$Ax_1P_1– Ax_2P_2$ и выраженность одного показателя в стадии 1 а другого 2	$Me_{2\text{-}3}Ma_3Ax_3P_3$ выраженность одного - двух показателей в стадии 2; наличие регулярных месячных
15 лет	Ax_3P_3 или выраженность одного из показателей в стадии 1	$Me_3Ma_3Ax_3P_3$ или выраженность одного из показателей стадии 2
16 лет	$Ax_3P_3 – Ax_3P_4$	$Me_3Ma_3Ax_3P_3$

Условные обозначения развития вторичных половых признаков у девочек:

1. Развитие молочных желез (Ma – mammae):

Ma_0 – детский сосок;

Ma_1 – околососковый кружок выдается над уровнем кожи;

Ma_2 – околососковый кружок больших размеров, вместе с соском образует конус, железа несколько выдается над уровнем кожи;

Ma_3 – железа приподнята, сосок и околососковый кружок сохраняют форму конуса;

Ma_4 – сосок приподнимается над околососковым кружком, железа принимает такие же формы и размеры, как у взрослой женщины.

2. Появление волос на лобке (P – pubis):

P_0 – отсутствие волос;

P_1 – единичные короткие волосы;

P_2 – волосы на центральной части лобка более густые, длинные;

P_3 – волосы длинные, густые, вьющиеся на всем треугольнике лобка;

P_4 – волосы, расположенные на всей области лобка, переходят на бедра, густые, вьющиеся с характерной горизонтальной границей.

3. Развитие волос в подмышечной впадине (A – axillaris):

Ax_0 – отсутствие волос;

Ax_1 – единичные волосы;

Ax_2 – волосы более густые на центральном участке впадины;

Ax_3 – волосы густые, длинные по всей мышечной области.
4. Становление менструальной функции (Me):
Me_0 – отсутствие менструаций;
Me_1 – 1 -2 менструации к моменту осмотра;
Me_2 – нерегулярные менструации;
Me_3 – регулярные менструации;

Условные обозначения развития вторичных половых признаков у мальчиков:

1. Развитие волос на лобке:
P_0 – отсутствие волос;
P_1 – отдельные прямые волоски;
P_2 – более густые курчавые волосы, верхняя граница горизонтальная;
P_3 – густое оволосение на лобке и начинающееся в направлении к пупку;
P_4 – густое оволосение по направлению к пупку и на внутренней поверхности бедер.
2. Развитие волос в подмышечной впадине:
A_0 – отсутствие волос
A_1 – отдельные прямые волоски
A_2 – волосы курчавые, но редкие
A_3 – густое оволосение, волосы курчавые, пигментация передней подмышечной складки.

У мальчиков данные о мутации голоса ($V_{0,1,2}$), развитии оволосения лица ($F_{0,1,2,3}$), развитие кадыка ($L_{0,1,2}$) учитываются в случае отставания или опережения полового развития.

Нервно-психическое развитие

С момента рождения доношенный ребенок имеет ряд врожденных, или безусловных рефлексов. К ним относятся сосание, глотание, мигание, кашель, чихание, акты мочеиспускания, дефекации и некоторые другие. Они осуществляют приспособление организма к окружающей среде и до конца первого года жизни подвергаются существенной эволюции.

Врожденные реакции в форме безусловных рефлексов вполне обеспечивают существование ребенка лишь в первые дни жизни. В дальнейшем основными в жизнедеятельности ребенка являются приобретенные рефлексы, обеспечивающие необходимый уровень взаимодействия организма с внешней средой.

В конце первого и в начале второго месяца жизни у ребенка образуется ряд простых, элементарных условных рефлексов. В конце третьего месяца жизни у него можно выработать уже сложные, дифференцированные рефлексы, указывающие на развитие анализаторной функции коры головного мозга.

Развитие высшей нервной деятельности, т.е. приобретение условных рефлексов, на первом году жизни идет быстрыми темпами. Ребенок значительно легче, чем взрослый, образует условные связи с окружающей средой, и они у ребенка более устойчивы. Сравнительно быстро дети приобретают привычки, навыки поведения, которые в последующем остаются на всю жизнь.

Огромную роль в поведении ребенка играет речь. Формирование речи обусловлено становлением функции сенсорной системы и функциональным созреванием головного мозга.

Важно помнить, что развитие речи является также продуктом и результатом общения ребенка со взрослым, результатом воспитательной активности.

Развитие и воспитание ребенка складывается из определенного распорядка жизни (режим), из привития ему необходимых навыков, создания условий, которые обеспечили бы правильное развитие его движений, речи, способствовали бы правильному физическому развитию, бодрому, жизнерадостному настроению.

В таблице 3 представлены показатели нервно-психического развития детей первого года жизни по месяцам.

Таблица 3.

Возраст, мес.	**Показатели развития**

0	Удерживает в поле зрения движущийся предмет (ступенчатое слежение). К возрасту 1 мес. удерживает в поле зрения неподвижные предмет.
1	Сосредотачивает взгляд на неподвижном предмете. Начинает плавно прослеживать движущийся предмет. Прислушивается к звуку, голосу взрослого. Лежа на животе, пытается поднимать и удерживать голову.
2	Длительно сосредотачивает взгляд на лице взрослого или на неподвижном предмете. Длительно следит за движущейся игрушкой или взрослым. Поворачивает голову при длительном звуке, лежа на животе приподнимается и непродолжительно удерживает голову. Произносит отдельные звуки.
3	Сосредотачивает взгляд в вертикальном положении на лице говорящего с ним взрослого или игрушке; комплекс оживления с ним. Лежит на животе несколько минут, опираясь на предплечья и высоко подняв голову. При поддержке под мышки крепко упирается ногами, согнутыми в тазобедренных суставах. Удерживает голову в вертикальном положении на руках взрослого. Рассматривает и пытается захватить висящую игрушку.
4	Узнает мать, радуется ей. Находит глазами невидимый источник звука. Громко смеется в ответ на обращение. Захватывает висящую игрушку. Придерживает руками грудь матери или бутылочку во время кормления.
5	Отличает близких людей от чужих (по-разному реагирует). Узнает голос матери, различает строгую и ласковую интонацию, обращение к нему. Четко берет игрушку из рук взрослого, удерживает игрушку в руке. Долго лежит на животе, опираясь на ладони выпрямленных рук, переворачивается со спины на живот, ровно устойчиво стоит при поддержке под мышки. Подолгу певуче "гулит". Ест с ложки полугустую пищу.
6	По-разному реагирует на свое и чужое имя. Берет игрушки, находясь в любом положении, и подолгу ими занимается. Переворачивается с живота на спину. Передвигается, переставляя руки и ползая. Произносит отдельные слоги (начало лепета). Хорошо ест с ложки, снимая пищу губами. Пьет из чашки.
7	Игрушкой стучит, размахивает, перекладывает ее. Хорошо ползает (много, быстро). На вопрос "где?" находит взглядом предмет, находящийся постоянно в определенном месте (например, часы, куклу). Подолгу лепечет, повторно произносит одни и те же слоги.
8	Подражает действиям взрослого с игрушками. Сам садится, сидит и ложится. Держась за барьер, сам встает, стоит т опускается. Переступает, держась за барьер. Выполняет заранее разученные простые действия ("ладушки", "дай ручку"). Громко, четко и повторно произносит различные слоги. Ест корочку хлеба, которую сам держит.
9	Плясовые движения под плясовую музыку (если с ребенком занимаются). Действует с предметами по-разному, в зависимости от их свойств (катает, открывает, гремит). Переходит от предмета к предмету, слегка придерживаясь за них руками. Знает свое имя, оборачивается за зов. Сам придерживает чашку из которой пьет. Спокойно относится к высаживанию на горшок.
10	Самостоятельно по просьбе взрослого выполняет разученные действия (открывает, вынимает, вкладывает). Входит на высокую поверхность и сходит с нее. Идет вперед с поддержкой за обе руки. По просьбе «дай» находит среди других игрушек и дает знакомые предметы. Подражает взрослому, повторяет за ним новые слоги, которых нет в его лепете.
	Избирательное отношение к детям. Снимает и одевает кольца с большими отверстиями на стержень. Стоит самостоятельно без опоры. Делает первые самостоятельные шаги. Первые обобщения в понимаемой речи: по просьбе находит любой мяч, куклу. По просьбе взрослого выполняет разученные действия (кормит, водит куклу). Произносит первые слова – обозначения, например: "дай", "мама".
	Узнает на фотографии знакомое лицо. Различает две контрастные формы

11 12	предметов. Протягивает другому ребенку игрушку, сопровождает это смехом или лепетом. Переносит действия разученные с одним предметом на другой. Ходит самостоятельно (без опоры). Понимает названия предметов, действий, имена взрослых, выполняет поручения: принеси, найди, отдай, положи на место. Понимает слово «нельзя». Произносит 5-10 облегченных слов.

Задания для самостоятельной подготовки:

1. Решите ситуационные задачи.
2. Проведите антропометрию ребенка первого года жизни, оцените его физическое развитие.
3. Решите задания тестового контроля.

Ситуационные задачи

Задача №1

Рассчитайте долженствующие параметры физического развития ребенка 5 мес, если при рождении: масса тела – 3500 гр, рост – 50 см, окружность головы – 36 см, окружность груди – 34 см.

Задача №2

Ребенок 3 лет, до 6 раз в год болеет ОРЗ, рост- 95 см, вес – 11 кг. Уровень нервно-психического развития соответствует возрасту. Хронических заболеваний нет

Задание: Определите группу здоровья. Обоснуйте ваше заключение.

Задача №3

Определите возраст ребенка по уровню нервно-психического развития, если он узнает голос матери или близкого человека, различает интонации голоса, четко берет игрушку из рук взрослого, удерживает ее, переворачивается со спины на живот, устойчиво стоит при поддержке, подолгу певуче гулит, ест из ложки густую кашу.

Задача №4

Определите возраст ребенка по уровню нервно-психического развития, если он понимает короткий рассказ взрослого, отвечает на простые вопросы по рассказу, при общении использует трехсловные предложения, подбирает по образцу или просьбе взрослого 3 контрастных цвета, может перешагнуть через предметы, частично надеть подготовленную одежду.

Задача №5

Артур Д., 12 лет. Половая формула $Ах_0$ $Р_0$

Задание: Оцените половое развитие.

Задача №6

Катя Е. 12 лет. Половая формула $Ма_3$ $Ах_3$ $Р_3$ $Ме_2$

Задание: Оцените половое развитие.

Тестовый контроль.

1. Средняя длина тела новорожденного ребенка составляет:
а) 30 см. б) 40 см. в) 45 см. г) 50 см.
2. Средний вес новорожденного составляет:
а) 2500 гр. б) 3500 гр. в) 4500 гр. г) 5000гр.
3. При рождении окружность головы по отношению к окружности груди обычно:
а) меньше б) больше в) такая же
4. Ежемесячная прибавка в росте в втором квартале 1 года жизни составляет:
а) 3 см. б) 1 см. в) 2,5 см. г) 1,5 см.
5. Ежемесячная прибавка массы тела ребенка в первом полугодии жизни составляет около:
а) 1000 гр. б) 200 гр. в) 800 гр. г) 400 гр. д) 300 гр.
6. Ежемесячное увеличение размеров головы в первом полугодии жизни составляет приблизительно:
а) 2,0 см. б) 1,0 см. в) 2,5 см. г) 0,5 см. д) 1,5 см.

7. Ежемесячная прибавка массы тела ребенка во втором полугодии жизни составляет около:
а) 200 гр. б)400 гр. в) 800 гр. г) 300 гр. д) 1000 гр.
8. Ежемесячное увеличение размеров груди во втором полугодии жизни ребенка составляет приблизительно:
а) 0,5 см. б) 2,0 см. в) 1,5 см. г) 1,0 см. д) 2,5 см.
9. По каким параметрам производится оценка физического развития новорожденного ребенка?
а) антропометрическим б) степени зрелости организма
в) состоянию питания в) наличию врожденных пороков
г) все выше перечисленное
10.В каком возрасте в среднем появляются первые молочные зубы?
а) 3 мес. б) 5 мес. в) 8 мес. г) 6 мес. д) 10 мес.
11. В каком возрасте прорезываются постоянные зубы?
а) 1 год б) 3 года в) 6 лет г) 8 лет д) 10 лет
12. По каким признакам оценивается уровень полового развития девочек?
а) рост б) вес в) оволосение подмышечной впадины
г) начало менструаций д) изменение тембра голоса
е) развитие молочной железы ж) все выше перечисленное
13. По каким признакам оценивается уровень полового развития мальчиков?
а) рост б) вес в) оволосение подмышечной впадины
г) развитие кадыка д) изменение тембра голоса
е) оволосение лица ж) все выше перечисленное
14. В каком возрасте ребенок начинает держать головку?
а) с рождения б) с 1 мес. в) с 2 мес. г) с 3 мес. д) с 4 мес.
15. В каком возрасте у девочек начинают развиваться молочные железы?
а) 9 лет б) 10 лет в) 12 лет г) 14 лет д) 16 лет
16. С какого возраста ребенок начинает активно ползать?
а) с 5 мес. б) с 7 мес. в) с 9 мес. г) с 10 мес. д) в год
17. С какого возраста ребенок может самостоятельно переворачиваться со спины на живот?
а) с 2 мес. б) с 3 мес. в) с 5 мес. г) с 7 мес. д) с 9 мес.
18. С какого возраста ребенок самостоятельно стоит и делает первые шаги без поддержки?
а) с 12 мес. б) с 6 мес. в) с 10 мес. г) с 11 мес. д) с 8 мес.
19. В каком возрасте ребенок начинает отличать чужих от своих?
а) с 5 мес. б) с 1 мес. в) с 3 мес. г) с рождения д) с 7 мес.
20. В каком возрасте ребенок начинает пить из чашки?
а) с 3 мес. б) с 4 мес. в) с 5 мес. г) с 6 мес. д) с 8 мес.
21. С какого возраста ребенок начинает произносить отдельные слоги?
а) с 3 мес. б) с 4 мес. в) 5 мес. г) 6 мес. д) 8 мес.
22. В каком возрасте ребенок может самостоятельно одеться и застегнуться?
а) с 1 года б) с 4 лет в) с 2 лет г) с 3 лет д) с 5 лет
23. Как определяется резистентность организма?
а) продолжительности заболеваний б) числу острых заболеваний в год
в) тяжести заболеваний
24. Группа здоровья, к которой можно отнести ребенка перенесшего в течение года два ОРВИ и два обострения хронического тонзиллита:
а) I в) III
б) II г) IV
д) V

Занятие №3 по теме:
"ОБЩИЙ ОСМОТР ЗДОРОВОГО И БОЛЬНОГО РЕБЕНКА. АНАТОМО-ФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ, МЕТОДИКА ИССЛЕДОВАНИЯ И ОЦЕНКА СОСТОЯНИЯ КОЖИ, ПОДКОЖНО-ЖИРОВОЙ КЛЕТЧАТКИ И ЛИМФАТИЧЕСКИХ УЗЛОВ. СЕМИОТИКА НАРУШЕНИЙ".

I. Научно-методическое обоснование темы:

Методикой обследования ребенка должен владеть врач любого профиля, поскольку многие специалисты, особенно узкого профиля, в своей ежедневной практике будут обследовать не только взрослых пациентов, но и детей. Это относится в частности, к врачам дерматологам, гематологам и др. В этом плане очень важно знание морфологических и функциональных особенностей кожи, подкожной клетчатки, лимфатической системы и их влияние на патологию у детей раннего возраста.

II. Цель деятельности студентов на занятии.

Студент должен знать:

- морфологические особенности кожи, подкожной клетчатки, лимфатической, системы у детей раннего возраста;
- особенности функции кожи и лимфатической системы у детей раннего возраста;
- влияние морфофункциональных особенностей кожи, подкожной клетчатки, лимфатической системы на патологию раннего возраста;
- методы инструментальных и лабораторных исследований кожи, подкожной клетчатки, лимфатической, костной, мышечной систем у детей;
- основные симптомы поражения кожи, подкожной клетчатки, лимфатической систем у детей.

Студент должен уметь:

- собрать анамнез жизни, выявляя при этом наличие у ребенка патологии кожи, подкожной клетчатки, лимфатической, костной и мышечной систем;
- провести объективное исследование:

а) кожи;
б) подкожной клетчатки;
в) лимфатической системы;

- при наличии у ребенка патологии со стороны указанных выше систем обратить внимание на нее и дать оценку.

III. Содержание обучения:

1. Морфо-функциональные особенности кожи у детей раннего возраста.
2. Особенности патологии кожи у детей.
3. Особенности подкожной клетчатки, строения и функции лимфатической системы у детей раннего возраста и влияние этих особенностей на патологию.

IV. Учебно-материальное обеспечение.

1. Наглядные пособия: таблицы, схемы, мультимедийные презентации, видеофильмы, аудиограммы.
2. Учебная медицинская документация (истории болезни, лабораторные исследования, рентгенограммы).
3. Технические средства обучения.
4. Литература.

V. Список литературы:

1. Пропедевтика детских болезней [Электронный ресурс] : учебник / Юрьев В. В. и др.; под ред. В. В. Юрьева, М. М. Хомича. - М. ГЭОТАР-Медиа, 2012. Режим доступа: http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970422151.html

2.. Физикальное обследование ребенка [Электронный ресурс] : учеб. пособие / Р.Р. Кильдиярова, Ю.Ф. Лобанов, Т.И. Легонькова - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015. Режим доступа: http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970432433.html

3. Детские болезни. Т. 1. [Электронный ресурс] / Запруднов А.М., Григорьев К.И., Харитонова Л.А. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. Режим доступа: http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970424216.html

4. Детские болезни: учебник: в 2 т. / Запруднов А. М., Григорьев К. И., Харитонова Л. А. - 2-е изд., перераб. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2013. - Т. 1. - 768 с. : ил - ISBN 978-5-9704-2421-6.
5. Детские болезни [Электронный ресурс] : учебник / под ред. Р. Р. Кильдияровой - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015. Режим доступа: http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970429488.html
6. Лабораторные и функциональные исследования в практике педиатра [Электронный ресурс] / Кильдиярова Р.Р. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2012. Режим доступа: http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970419588.html
7. Кильдиярова, Р. Р. Клинические нормы. Педиатрия / Кильдиярова Р. Р. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2019. - 384 с. - ISBN 978-5-9704-5235-6. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970452356.html
8.Лекции по педиатрии.
9.Методические указания для внеаудиторной работы студентов

VI. Перечень вопросов для проверки исходного уровня знаний:

1. Гистологическое строение кожи.
2. Основные функции кожи.
3. Гистологическое строение лимфатических узлов.
4. Функции лимфатических узлов.
5. Семиотика основных поражений кожи, подкожной клетчатки и лимфатических узлов.
6. Методика исследования кожи, подкожной клетчатки и лимфатических узлов.

VII. Перечень вопросов для проверки конечного уровня знаний:

1. По каким признакам можно определить внутриутробный возраст, осматривая кожу новорожденного?
2. Гистологические особенности кожи у детей младшей возрастной группы.
3. Особенности роста волос и ногтей у детей.
4. Когда начинают функционировать сальные и потовые железы?
5. Что такое сыровидная смазка?
6. Какие изменения состояния кожи могут отмечаться у детей в первые дни жизни?
7. Какие элементы сыпи вы знаете?
8. Какова роль бурой жировой ткани в теплопродукции?
9. Как с возрастом изменяется состав жировой ткани и его распределение, половые различия у детей?
10. Как отличить отечность от уплотнения подкожно-жировой ткани. Понятие о склереме и склередеме.
11. Что такое тургор и как он определяется?

Блок информации.

АНАТОМО-ФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ КОЖИ

В коже ребенка, как и у взрослого, различают эпидермис и дерму, между которыми располагается базальная мембрана. Эпидермис состоит из поверхностного тонкого рогового слоя, представленного 2-3 рядами слабо связанных между собой и постоянно слущивающихся эпителиальных клеток, а также базальным слоем, в котором происходит разрастание клеток эпителия, обеспечивающих пополнение ороговевающих элементов. Дерма, или собственно кожа, состоит из сосочковой и ретикулярной частей со слаборазвитой соединительной тканью, эластическими и мышечными элементами. У взрослого человека хорошее развитие соединительной и эластической тканей базальной мембраны обеспечивает тесную связь слоев кожи. В детском возрасте, особенно у новорожденных, базальная мембрана очень нежная и рыхлая, что определяет слабую связь между эпидермисом и дермой.

Кожа новорожденных и детей первого года жизни имеет хорошо развитую сеть капилляров. Сальные железы активно функционируют уже в период внутриутробного развития, обильно выделяя секрет, образующий творожистую смазку, которая покрывает тело ребенка при рождении. Потовые

железы, сформированные к моменту рождения, в течение первых 3-4 мес. функционируют недостаточно и имеют недоразвитые выводящие протоки, закрытые эпителиальными клетками. Дальнейшее созревание структур потовых желез, вегетативной нервной системы и терморегуляционного центра в ЦНС обеспечивает совершенствование процесса потоотделения.

ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ КОЖИ

Функции кожи очень многообразны. Самой важной является ***защитная функция***, оберегающая организм от неблагоприятных внешних воздействий (механических, химических, инфекционных и др.). Защитную функцию выполняет также пигмент меланин, который ограждает организм от избытка ультрафиолетовых лучей. У новорожденных и детей раннего возраста в связи со слабым развитием рогового слоя, низкой активностью местного иммунитета эта функция развита недостаточно, что определяет более легкую ранимость кожи.

Тонкость рогового слоя, наличие хорошо развитой сосудистой системы кожи обеспечивают повышенную ***резорбционную функцию*** кожи. В то же время ***выделительная функция***, связанная с потоотделением, развита не достаточно. На этом основано противопоказание к применению некоторых мазей, кремов, паст, так как вместо терапевтического возможно общетоксическое действие. По этим же причинам опасность проникновения инфекции через неповрежденную кожу у детей раннего возраста гораздо больше, чем у старших детей.

Терморегулирующая функция кожи развита слабо, так как становление центров температурной регуляции происходит только к 3-4 мес., потовые железы функционируют недостаточно. Вследствие этого легко происходит перегревание или переохлаждение ребенка.

Дыхательная функция кожи в сотни раз сильнее, чем у взрослых. Она обеспечена обилием кровеносной капиллярной сети, тонким слоем эпидермиса, своеобразным строением сосудистой стенки, что позволяет довольно легко диффундировать газам через стенку сосуда. Правомерно утверждение: новорожденные "дышат" кожей. Загрязнение кожи выключает ее из процесса дыхания, что отрицательно сказывается на самочувствии здорового ребенка, ухудшает течение заболевания.

Перечисленные функциональные особенности требуют строжайшего соблюдения правил асептики при уходе за кожей, создания оптимального температурного режима, ежедневного купания.

Чувствительная функция. В первый месяц жизни в связи с недостаточным развитием органов зрения и слуха ребенок "узнает" руки матери с помощью тактильного восприятия. Не менее важно и то, что с раздражением кожных покровов связано выявление почти всех рефлексов новорожденного.

Синтетическая функция кожи. Кожа активно участвует в образовании пигмента меланина и антирахитического витамина D под воздействием ультрафиолетового излучения, а также синтезирует ферменты и биологически активные вещества.

МЕТОДИКА ИССЛЕДОВАНИЯ КОЖИ

Оценка состояния кожных покровов включает изучение анамнеза, осмотр, пальпацию. При этом необходимо учитывать, что изолированное поражение кожи у детей практически не встречается, а имеющиеся кожные изменения во многом отражают состояние других органов и систем.

Поэтому тщательное исследование кожи имеет большое практическое значение в диагностике многих заболеваний детского возраста.

ОСМОТР

Обследование кожных покровов начинают с тщательного осмотра кожи волосистой части головы, шеи, затем туловища, естественных складок, паховых и ягодичных областей, конечностей, ладоней, подошв, межпальцевых промежутков. При осмотре обращают внимание:

• на цвет кожи и его равномерность;

• на наличие высыпаний или других патологических признаков (шелушение, рубцы, гиперпигментация, экхимозы), их выраженность, локализацию и распространенность;

• на состояние сосудистой системы кожи – наличие, локализацию и выраженность венозного рисунка.

Высыпания на коже у детей встречаются часто, они разнообразны и имеют большое диагностическое значение. Сыпь условно делится на первичную и вторичную. К первичной относят сыпь, появляющуюся на неизмененной коже. Различают бесполостную сыпь (пятно, папула, узел, волдырь, бугорок) и полостную, заполненную серозным, геморрагическим или гнойным содержимым (пузырек, пузырь, гнойничок). Вторичные высыпания появляются в результате эволюции первичных

элементов (чешуйка, гиперпигментация, депигментация, корка, язва, эрозия, рубец, лихенификация, атрофия).

По количеству различают единичные элементы, необильную и обильную сыпь. Размер элементов определяют в миллиметрах или сантиметрах, измеряя наиболее развитые и преобладающие элементы. Форма элементов может быть округлой, овальной, неправильной, звездчатой и т. д. Отмечают четкость или размытость краев. Особое внимание уделяют цвету сыпи. Воспалительная сыпь имеет красный оттенок – от бледно-розового до синюшно-багрового. Геморрагическая сыпь меняет цвет в процессе эволюции, становясь последовательно синей, фиолетовой, пурпурной, желтой.

Необходимо отметить особенности вторичных элементов сыпи: характер и локализацию шелушения, время отпадения корочек и т. д.

ПАЛЬПАЦИЯ

Пальпируют кожу последовательно сверху вниз теплыми и чистыми руками, с особой осторожностью в участках ее повреждения во избежание неприятных ощущений у ребенка.

Эластичность определяют путем захвата кожи в складку большим и указательным пальцами в местах с наименее выраженным подкожным жировым слоем – на передней поверхности грудной клетки под ребрами, на тыле кисти, в локтевом сгибе. Эластичность кожи считается нормальной, если кожная складка расправляется сразу после отнятия пальцев, не оставляя белой полоски. Постепенное расправление кожной складки или появление на ее месте белой полоски свидетельствует о снижении эластичности кожи.

При исследовании кожи используют также ряд дополнительных приемов, позволяющих судить о состоянии ее сосудистой системы. Для оценки тонуса сосудов кожи, зависящего от характера нейровегетативных реакций ребенка, определяют дермографизм. Для этого кончиком пальца проводят штрихи с небольшим нажимом на коже груди или живота с последующей оценкой ответных реакций (цвет кожи, выраженность, скорость появления и исчезновения дермографизма). В норме дермографизм представлен штрихами розового цвета, держится несколько секунд. Белый дермографизм свидетельствует о преобладании симпатико-тонических реакций; розовый или красный, сохраняющийся несколько дольше – о ваготонии; смешанный (розовый или красный с белым валиком по периферии) – о сосудистой дистонии.

С целью определения состояния стенки сосудов кожи при подозрении на их повышенную ломкость используют симптом жгута и щипка.

СЕМИОТИКА ПОРАЖЕНИЯ КОЖИ

Бледность кожи – одно из часто наблюдающихся при осмотре изменений кожи в детском возрасте. Бледностью кожи в сочетании с бледностью конъюнктив и слизистых оболочек сопровождается тяжелая анемия.

Бледность может появиться и при тяжелых хронических заболеваниях внутренних органов, в частности почек, при некоторых пороках сердца, хронической интоксикации, кровотечениях, гипотиреозе, вегетососудистой дистонии с явлениями сосудистого спазма, при развитии шока из-за перераспределения крови в организме.

Гиперемия как физиологическое состояние может возникать под воздействием высоких и низких температур, при психическом возбуждении, механическом раздражении кожи. Такая гиперемия носит временный характер и обычно ограничивается одной или несколькими областями.

Желтушное окрашивание возникает вследствие повышенной концентрации билирубина в крови и сочетается с иктеричностью слизистых оболочек и склер. Как правило, желтуха является патологическим симптомом, хотя может встречаться и как пограничное состояние при физиологической гипербилирубинемии новорожденных с 3-го по 10-й день жизни. У старших детей самой частой причиной желтухи является вирусный гепатит, реже – другая патология печени (например, врожденные семейные негемолитические желтухи типа Криглера-Найяра, Дубина-Джонса).

Желтуха наблюдается при нарушениях проходимости желчных путей (их атрезия, обтурация паразитами или камнем).

Цианоз (синюшность) появляется при падении содержания оксигемоглобина и повышении восстановленного гемоглобина в капиллярной крови.

Этот симптом, прежде всего, заметен на участках кожи с тонким эпидермисом, малым

количеством пигмента и хорошо развитой капиллярной сетью (ногтевые ложа, губы, мочки ушей, кончик носа, слизистая оболочка полости рта).

Различают тотальный цианоз, захватывающий всю поверхность тела, и региональный, появляющийся на отдельных участках кожи. Тотальный цианоз может быть признаком повышенного содержания в крови ребенка патологических форм гемоглобина, при повреждении ЦНС (нарушение мозгового кровообращения, судороги, асфиксия), нарушениях дыхания (ателектаз, круп, попадание в дыхательные пути инородного тела, пневмоторакс), при пороках сердца.

Региональный цианоз может проявляться посинением носогубного треугольника (при пневмонии, бронхите, бронхиальной астме, других заболеваниях бронхолегочной системы) или акроцианозом. Последний захватывает дистальные участки тела – кончик носа, языка, мочки ушей, губы, кисти и стопы и является признаком сердечно-сосудистой недостаточности, например, при тяжелых кардитах, декомпенсированных пороках сердца.

Сосудистые изменения. При гидроцефалии появляется выраженная венозная сеть на волосистой части головы. При увеличении бронхопульмональных лимфатических узлов расширяются капилляры в зоне VII шейного позвонка (симптом Франка). Выраженный венозный рисунок в виде "головы медузы" образуется в зоне расположения печени при ее циррозе или при застойных явлениях в системе воротной вены. Иногда кожные капилляры образуют так называемые сосудистые звездочки типа "паучка", слегка выступающие над уровнем кожи. Обычно они появляются при хронических заболеваниях печени, циррозе, нередко сочетаются с красными ("печеночными") ладонями и стонами, обусловленными капилляритом. Их иногда нелегко отличить от телеангиэктазий.

АНАТОМО-ФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ П/Ж КЛЕТЧАТКИ

Подкожная клетчатка состоит из отдельных жировых клеток – адипоцитов, расположенных в виде жировых скоплений (отложений). Толщина жировых отложений не во всех местах одинакова. В области лба, носа жировой слой выражен слабо, а на веках и коже мошонки отсутствует вовсе.

Особенно хорошо жировой слой развит на ягодицах и подошвах. Здесь он выполняет механическую функцию, являясь эластической подстилкой. Степень отложения жира зависит от возраста, типа телосложения, упитанности. Жировая клетчатка является хорошим термоизолятором.

Подкожный жировой слой лучше выражен у доношенных новорожденных. У недоношенных детей его тем меньше, чем больше степень недоношенности.

Особенностью подкожной жировой клетчатки плода и новорожденного является бурая жировая ткань. Основной функцией бурой жировой ткани является так называемый несократительный термогенез, т. е. теплопродукция, не связанная с мышечным сокращением. С возрастом способность бурой жировой ткани к теплопродукции снижается. При голодании сначала исчезает белая жировая ткань и только при больших сроках и степени голодания – бурая. Поэтому дети с дистрофией легко замерзают.

Кроме того, у новорожденных и детей грудного возраста в подкожной клетчатке сохраняются участки ткани эмбрионального характера, обладающие как жиронакапливающей, так и кровообразующей функцией.

МЕТОДИКА ИССЛЕДОВАНИЯ

Оценка подкожного жирового слоя дается на основании следующих данных:

ОСМОТР

При осмотре определяют степень развития и правильность распределения подкожного жирового слоя. Обязательно подчеркивают половые различия, так как у мальчиков и девочек подкожный жировой слой распределяется по-разному: у мальчиков – равномерное, у девочек с 5-7 лет, и особенно в период полового созревания, жир скапливается в области бедер, живота, ягодиц, грудной клетки спереди.

ПАЛЬПАЦИЯ

Объективно толщина подкожного жирового слоя для детей первых 3 лет жизни определяется следующим образом:

– на животе – на уровне пупка кнаружи от него (норма 1-2 см);
– на туловище – под ключицей и под лопаткой (норма 1-2 см);

– на конечностях – по задненаружной поверхности плеча (норма 1-2 см) и на внутренней поверхности бедер (норма 3-4 см).

Для детей старше 5-7 лет толщина подкожного жирового слоя определяется по четырем кожным складкам.

– над бицепсом (норма 0,5- см);
– над трицепсом (норма 1 см);
– над осью подвздошной кости (норма 1-2 см);
– над лопаткой – горизонтальная складка (норма 1,5 см).

При пальпации кожной складки следует обратить внимание на консистенцию подкожного жирового слоя. Он может быть дряблым, плотным и упругим.

Тургор мягких тканей обусловлен состоянием подкожной жировой клетчатки и мышц. Он определяется по ощущению сопротивления пальцам исследующего при сдавливании складки из кожи и подлежащих тканей на внутренней поверхности плеча или бедра.

При пальпации обращают внимание на наличие отеков. Отеки наблюдаются как в коже, так и в подкожной жировой клетчатке. Они могут быть общими (генерализованными) и местными (локализованными). Образование отека может быть связано с увеличением количества внеклеточной и внесосудистой жидкости.

СЕМИОТИКА ПОРАЖЕНИЙ ПОДКОЖНОЙ ЖИРОВОЙ КЛЕТЧАТКИ

У новорожденных может быть разлитое уплотнение подкожного жирового слоя в области икр, бедер, ягодиц, живота и лица – склерема. Наряду с уплотнением может наблюдаться и отечность подкожного жирового слоя – склередема.

Ожирение – увеличение массы тела на 10% и более от максимальной нормы по росту за счет жировой ткани.

Чаще всего ожирение развивается под влиянием нескольких предрасполагающих факторов:

– неправильное питание (повышенная энергетическая ценность);
– повышенная усвояемость пищи;
– конституциональная (семейная) склонность к усиленному отложению жира;
– малоподвижность, иногда связанная с другими заболеваниями.

Диэнцефальное или диэнцефально-гипофизарное ожирение развивается после тяжелой черепно-мозговой травмы, энцефалита, менингита, при опухолях в области основания мозга, а также при адипозогенитальной дистрофии. Для диэнцефального ожирения характерно неравномерное распределение подкожного жира на животе в виде "фартука", в области VII шейного позвонка и на груди.

Снижение тургора тканей, избыточная масса тела, повышенная гидрофильность подкожной клетчатки с неравномерным ее распределением возможны и при паратрофии, обусловленной нерациональным вскармливанием или одним из диатезов раннего возраста экссудативно-катаральным или лимфатико-гипопластическим.

Отеки – накопление жидкости в подкожной клетчатке.

Распространенные отеки наблюдаются при отечной форме гемолитической болезни новорожденных.

Общие отеки довольно часто возникают при острых и хронических почечных заболеваниях, при сердечной недостаточности. При заболеваниях почек отеки появляются вначале утром на лице (периорбитально). Массивные отеки бывают при нефротическом синдроме.

Выделяются общие отеки алиментарного происхождения, появляющиеся при недостаточности белковосодержащей пищи (преимущественное питание мучной, углеводистой пищей), при общей дистрофии.

Локализованные отеки возникают вследствие ангионевротических расстройств, типичным проявлением которых бывает отек Квинке. Локализованные отеки характерны для сывороточной болезни, геморрагического васкулита (на конечностях, передней стенке живота, лице) до появления геморрагической сыпи.

Некоторые инфекционные заболевания также сопровождаются локализованными отеками.

Так, при токсической дифтерии отмечается отечность кожи и подкожной жировой клетчатки на шее до ключиц, в редких случаях – на грудной стенке. При эпидемическом паротите обнаруживается массивный тестоватый отек в области околоушных слюнных желез.

Умеренная отечность лица возможна вследствие тяжелых кашлевых пароксизмов при коклюше.

Своеобразный плотный отек кожи и подкожной жировой клетчатки развивается при гипотиреозе. Кожа при этом заболевании становится сухой и утолщенной, в надключичных ямках в виде «подушечек» располагаются муцинозные отеки, ямка при надавливании на передней поверхности голени не образуется.

АФО ЛИМФАТИЧЕСКОЙ СИСТЕМЫ

У новорожденных капсула лимфатических узлов очень тонкая и нежная, трабекулы недостаточно развиты, поэтому пальпация их затруднена. Лимфатические узлы мягкие, утопают в рыхлой подкожной жировой клетчатке. К 1 году лимфатические узлы пальпируются уже у большинства детей. К 12-13 годам лимфатический узел имеет законченное строение с хорошо развитой соединительнотканной капсулой, трабекулами, фолликулами, с более узкими синусами и менее выраженной ретикулярной тканью. В период полового созревания рост узлов останавливается, нередко они частично подвергаются обратному развитию. Максимальное количество лимфатических узлов образуется к 10 годам.

Реакция лимфатических узлов на различные агенты, чаще всего инфекционные, выявляется у детей обычно с 3-го месяца жизни. У детей 1-2 лет барьерная функция лимфатических узлов низкая, чем объясняется частая в этом возрасте генерализация инфекции (развитие сепсиса, менингитов, генерализованных форм туберкулеза и т. д.). Недостаточное развитие лимфоидного аппарата пищеварительного тракта к рождению обусловливает легкую восприимчивость детей, особенно первого года жизни, к кишечным инфекциям, раннюю аллергизацию организма энтеральным путем.

В преддошкольном периоде лимфатические узлы уже могут быть механическим барьером и отвечать на внедрение возбудителей инфекционных болезней воспалительной реакцией. У детей этого возраста часты лимфадениты, в том числе гнойные и казеозные (при туберкулезной инфекции).

К 7-8 годам появляется возможность иммунологического подавления инфекции в лимфатическом узле. У старших детей патогенные микроорганизмы поступают в лимфатические узлы, но не вызывают нагноения или других специфических изменений.

Различают следующие группы периферических лимфатических узлов, доступных пальпации:

1. *Затылочные*
2. *Сосцевидные*
3. *Подчелюстные*
4. *Подбородочные*
5. *Переднешейные*
6. *Заднешейные*
7. *Надключичные*
8. *Подключичные*
9. *Подмышечные*
10. *Торакальные*
11. *Локтевые, или кубитальные*
12. *Паховые*
13. *Подколенные*

МЕТОДИКА ИССЛЕДОВАНИЯ

РАССПРОС

При лимфадените ребенок может пожаловаться на боль в области лимфатических узлов, появление припухлости или покраснения.

ОСМОТР

При осмотре можно обнаружить лишь резко увеличенные поверхностно расположенные лимфатические узлы. При лимфадените выявляют гиперемию кожи и отек подкожной жировой клетчатки над воспаленным и, как правило, болезненным лимфатическим узлом.

ПАЛЬПАЦИЯ

При пальпации лимфатических узлов определяют:

- величину узлов; в норме их диаметр достигает 0,3-0,5 см. Увеличение лимфатических узлов может быть симметричным, распространенным или изолированным и достигать такой степени, что они становятся видимыми при осмотре;
- количество: если в каждой группе пальпируется не более 3 узлов, их считают единичными, более 3 – множественными;
- консистенцию – мягкие, эластичные, плотные. В норме узлы мягкоэластические;
- подвижность – в норме узлы подвижны;
- отношение к коже, подкожной жировой клетчатке и между собой (спаяны или нет). В норме узлы не спаяны;
- чувствительность и болезненность при пальпации: в норме узлы не чувствительны и не безболезненны. Болезненность указывает на острый воспалительный процесс.

Симметричные группы лимфатических узлов, за исключением локтевых, пальпируют одномоментно обеими руками. У здоровых детей обычно пальпируется не более трех групп лимфатических узлов. В норме не пальпируются подбородочные, над- и подключичные, торакальные, кубитальные, подколенные.

Кроме клинического исследования лимфатических узлов, для более точной диагностики их поражения применяют пункцию, биопсию и лимфографию.

СЕМИОТИКА ПОРАЖЕНИЯ ЛИМФАТИЧЕСКИХ УЗЛОВ

У детей часто обнаруживаются изменения лимфатических узлов, как локальные, так и генерализованные. При этом возможны реактивная гиперплазия, возникающая в результате иммунного ответа на инфекцию, и непосредственное участие лимфатических узлов в воспалительном или опухолевом процессе.

Локальное (регионарное) увеличение лимфатических узлов отмечается при гнойных кожных процессах: фолликулите, пиодермии, фурункулезе, множественных милиарных абсцессах, инфицированной ране, гидрадените и т.д.

Генерализованная лимфаденопатия возникает при ряде острых и хронических инфекционных, а также при многих неинфекционных болезнях, что нередко затрудняет дифференциальную диагностику. Так, при инфекционном мононуклеозе обычно в процесс вовлекаются все группы лимфатических узлов, доступных пальпации. Наиболее значительное их увеличение и воспалительные изменения отмечаются в области заднешейной группы, которая видна при осмотре шеи. В результате может наблюдаться лимфостаз, приводящий к одутловатости лица.

Генерализованная лимфаденопатия может быть также одним из проявлений диффузных болезней соединительной ткани, СПИДа.

Генерализованная лимфаденопатия неинфекционной природы также может быть обусловлена различными болезнями.

Лимфогранулематоз, как правило, начинается с вовлечения периферических лимфатических узлов, чаще шейных и подчелюстных. Постепенно лимфатические узлы увеличиваются и сливаются в крупные конгломераты. Консистенция их плотноэластическая, количество увеличено, на ощупь они напоминают «мешок с картофелем», безболезненны. Решающим для диагноза является гистологическое исследование увеличенных лимфатических узлов и обнаружение в них клеток Березовского-Штернберга.

При остром лимфобластном лейкозе все группы лимфатических узлов быстро увеличиваются в размерах, оставаясь сочными, безболезненными. При проведении дифференциального диагноза необходимо учитывать данные анализа крови и динамику состояния лимфатических узлов на фоне проводимого лечения.

Задания для самостоятельной подготовки:

1. Решите ситуационные задачи и тестовые задания.
2. Осмотрите и опишите в рабочей тетради состояние кожи, подкожной клетчатки, лимфатических узлов вашего пациента.

Схема обследования больного.

1. Собрать анамнез жизни ребенка. Выяснить, начиная с периода новорожденности, были ли у ребенка изменения со стороны кожи (опрелость, сыпи, отеки, гнойнички и пр.), подкожной клетчатки (избыточная, пониженная), лимфатических узлов (увеличение размеров).
2. Провести осмотр кожи, обратить внимание на:

- цвет, наличие сыпей, опрелости, влажность, температуру, эластичность;
- состояние подкожно-жировой клетчатки: степень выраженности (складка на животе, на бедре, плече, ниже угла лопатки), равномерность распределения, тургор мягких тканей;
- лимфатические узлы: величина консистенция, подвижность, болезненность;

Данные объективного исследования заносятся в рабочую тетрадь.

Ситуационные задачи

Задача №1

Мальчик 3 мес. Перенес ОРВИ, в течение 10 дней мать не купала ребенка. Утром, пеленая, заметила появление у ребенка сыпи на коже живота, конечностей в виде пузырьков с серозным и гнойным содержимым. Через 2 дня на месте некоторых пузырьков образовались серовато-желтые корки.

Вопросы:

1. С ослаблением какой функции кожи связано появление сыпи?
2. Какие из описанных элементов относятся к первичным и вторичным морфологическим элементам кожи?

Тестовый контроль.

1. Физиологическими особенностями кожи детей раннего возраста являются:
   а) хорошо развита защитная функция
   б) хорошо развита резорбция через кожу
   в) несовершенная регуляция температуры тела через кожу
   г) недостаточно развита выделительная функция
   д) низкая интенсивность дыхания через кожу
   2. Укажите особенности сальных желез у грудных детей:
   а) начинают функционировать после рождения
   б) распространены по всей коже, кроме ладоней и подошв
   в) сконцентрированы на ладонях и подошвах
   г) начинают функционировать внутриутробно

Укажите особенности потовых желез у детей раннего возраста:

а) усиленное потоотделение в подмышечных впадинах, паховых складках
б) начинают функционировать внутриутробно
в) достаточно выраженное функционирование с 3-4 мес.
г) при рождении отсутствуют
д) при рождении количество такое же, как и у взрослых
ж) недоразвитие выводных протоков

Особенности подкожно-жировой клетчатки у грудных детей являются:

а) жировые клетки крупные, не содержат ядра
б) относительная масса подкожной жировой клетчатки больше, чем у взрослых
в) отсутствие бурой жировой ткани
г) жировые клетки мелкие, содержат ядра

У грудных детей легкость повреждение и инфицирования кожи связана с:

а) кислой реакцией кожи
б) незрелостью местного иммунитета
в) толстым, рыхлым роговым слоем
д) склонностью к мацерации

6. Особенностями морфологического строения кожи детей раннего возраста являются:
а) хорошее развитие всех слоев
б) слабое развитие базального слоя
в) хорошее развитие зернистого слоя
г) слабое развитие зернистого слоя
7. Особенности функционирования железистого аппарата кожи детей раннего возраста:
а) недоразвитие потовых и сальных желез
б) хорошее развитие потовых и сальных желез
в) хорошо развиты потовые, недоразвиты сальные железы
г) хорошо развиты сальные, недоразвитие потовых желез
8. Физиологическая желтуха у доношенных новорожденных в среднем:
а) появляется на 1-2, исчезает на 5-7 день жизни
б) появляется на 2-3, исчезает на 7-10 день жизни
в) появляется на 4-5, исчезает на 10-14 день жизни

Занятие №4 по теме:
"АНАТОМО-ФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ КОСТНО-МЫШЕЧНОЙ СИСТЕМЫ И МЕТОДИКА ЕЕ ИССЛЕДОВАНИЯ, ОЦЕНКА СОСТОЯНИЯ ОПОРНО-ДВИГАТЕЛЬНОГО АППАРАТА. СЕМИОТИКА ОСНОВНЫХ ПОРАЖЕНИЙ".

I. Научно-методическое обоснование темы:

Методикой обследования ребенка должен владеть врач любого профиля, поскольку многие специалисты, особенно узкого профиля, в своей ежедневной практике будут обследовать не только взрослых пациентов, но и детей. Это относится в частности, к врачам гематологам, травматологам, ортопедам и др. В этом плане очень важно знание морфологических и функциональных особенностей костно-мышечной системы и ее влияние на патологию у детей раннего возраста.

II. Цель деятельности студентов на занятии.

Студент должен знать:

- морфологические особенности костной и мышечной систем у детей раннего возраста;
- влияние морфофункциональных особенностей костной и мышечной систем на патологию раннего возраста;
- методы инструментальных и лабораторных исследований костной и мышечной систем у детей;
- механизмы регуляции фосфорно-кальциевого обмена у детей;
- основные симптомы поражения костной и мышечной систем у детей.

Студент должен уметь:

- собрать анамнез жизни, выявляя при этом наличие у ребенка патологии кожи, подкожной клетчатки, лимфатической, костной и мышечной систем;
- провести объективное исследование:

а) кожи;
б) подкожной клетчатки;
в) лимфатической системы;
г) костной системы;
д) мышечной системы;

- при наличии у ребенка патологии со стороны указанных выше систем обратить внимание на нее и дать оценку.

III. Содержание обучения:

1. Анатомические особенности в строении черепа, позвоночника, грудной клетки, длинных трубчатых костей и их влияние на патологию у детей.
2. Морфофункциональные особенности строения костной ткани у детей.

IV. Учебно-материальное обеспечение.

1. Наглядные пособия: таблицы, схемы, мультимедийные презентации, видеофильмы, аудиограммы.
2. Учебная медицинская документация (истории болезни, лабораторные исследования, рентгенограммы).
3. Технические средства обучения.
4. Литература.

V. Список литературы:

1. Пропедевтика детских болезней [Электронный ресурс] : учебник / Юрьев В. В. и др.; под ред. В. В. Юрьева, М. М. Хомича. - М. ГЭОТАР-Медиа, 2012. Режим доступа: http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970422151.html
2.. Физикальное обследование ребенка [Электронный ресурс] : учеб. пособие / Р.Р. Кильдиярова, Ю.Ф. Лобанов, Т.И. Легонькова - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015. Режим доступа: http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970432433.html
3. Детские болезни. Т. 1. [Электронный ресурс] / Запруднов А.М., Григорьев К.И., Харитонова Л.А. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. Режим доступа: http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970424216.html
4. Детские болезни: учебник: в 2 т. / Запруднов А. М., Григорьев К. И., Харитонова Л. А. - 2-е изд., перераб. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2013. - Т. 1. - 768 с. : ил - ISBN 978-5-9704-2421-6.
5. Детские болезни [Электронный ресурс] : учебник / под ред. Р. Р. Кильдияровой - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015. Режим доступа: http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970429488.html
6. Лабораторные и функциональные исследования в практике педиатра [Электронный ресурс] / Кильдиярова Р.Р. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2012. Режим доступа: http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970419588.html
7. Кильдиярова, Р. Р. Клинические нормы. Педиатрия / Кильдиярова Р. Р. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2019. - 384 с. - ISBN 978-5-9704-5235-6. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970452356.html
8.Лекции по педиатрии.
9.Методические указания для внеаудиторной работы студентов

VI. Перечень вопросов для проверки исходного уровня знаний:

1. Гистологическое строение костной и мышечной ткани.
2. Семиотика основных поражений костной и мышечной систем.
3. Методика исследования костной и мышечной систем.

VII. Перечень вопросов для проверки конечного уровня знаний:

1. Назовите сроки закрытия родничков и формулу прорезывания зубов у детей.
2. Особенности фосфорно-кальциевого обмена у детей.

Блок информации.

АНАТОМО-ФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ КОСТНОЙ СИСТЕМЫ

К моменту рождения ребенка диафизы трубчатых костей представлены костной тканью, в то время как эпифизы трубчатых костей и губчатые кости в основном состоят еще из хряща. На первом году жизни перемоделируется 50-70% костной ткани. В эпифизах также образуются точки окостенения.

Последовательность их появления достаточно определенная. Совокупность имеющихся у ребенка точек окостенения представляет важную характеристику уровня его биологического развития и называется костным возрастом. Определить приблизительный костный возраст здорового ребенка можно с помощью ядер окостенения, образующихся в запястье в определенной последовательности: к 6 мес. формируется обычно первое ядро, к 1 году – второе, затем каждый год (в среднем) прибавляется по одному ядру.

По мере окостенения диафиза и эпифиза между ними остается хрящевая прослойка – эпифизарная пластинка, клетки которой, усиленно размножаясь, обеспечивают рост кости в длину. У

детей раннего возраста низкая плотность и твердость костной ткани также способствуют возникновению разнообразных деформаций. Твердость костей зависит от степени замещения хрящевой ткани остеоидной и степени ее минерализации.

Прочность и одновременно упругость костей достигается определенным соотношением органических и неорганических веществ, входящих в состав кости. По химическому составу костная ткань ребенка отличается большим содержанием воды и органических веществ, меньшим – минеральных веществ. Волокнистое строение и химический состав кости обусловливают большую эластичность и податливость ее при сдавлении, чем у взрослых. Надкостница у детей более толстая, чем у взрослых, что определяет возможность возникновения перелома по типу "зеленой ветки" – поднадкостничного перелома. У ребенка кровоснабжение кости более интенсивное, чем у взрослых, и осуществляется разветвленной системой диафизарных артерий, а также метафизарными и эпифизарными артериями. К 2 годам развивается единая система внутрикостного кровообращения. Интенсивное кровообращение костной ткани является основой нередкого возникновения у детей гематогенного гнойного остеомиелита в метафизах и эпифизах. В зависимости от особенностей формы, функции и развития кости делят на 4 группы: трубчатые, губчатые, плоские, смешанные.

Функции костей: защитная – кости составляют жесткий каркас для внутренних органов (позвоночный канал, череп, грудная клетка, таз); фиксирующая и опорная – для внутренних органов; опорная – для всего тела и двигательная – для передвижения его в пространстве; обменная (кости содержат 99% кальция, 87% фосфора, 50% магния, 46% натрия); кроветворная.

ОСОБЕННОСТИ СТРОЕНИЯ СКЕЛЕТА РЕБЕНКА

Череп к моменту рождения представлен большим количеством костей, швы (стреловидный, венечный, затылочный) открыты и начинают закрываться только с 3-4 мес. жизни. У доношенных детей боковые роднички закрыты, малый родничок открыт у 25% новорожденных, в основном недоношенных, и закрывается не позднее 4-8 нед. после рождения. Большой родничок, расположенный в месте пересечения венечного и продольного швов, открыт у всех новорожденных, его размеры от 3х3 см. до 1,5х2 см. Время закрытия большого родничка индивидуально, в норме это происходит к 1 году, но возможно и раньше (9-10 мес.), и позднее (1,5 года).

Позвоночник новорожденного лишен физиологических изгибов. Шейный лордоз образуется после того, как ребенок начинает поднимать и держать голову; грудной кифоз в 6-7 мес., когда ребенок самостоятельно садится; поясничный лордоз – в 9-12 мес., когда ребенок уверенно стоит и ходит. Окончательное формирование физиологических изгибов завершается в раннем школьном возрасте. В связи с незавершенностью формирования позвоночника, несовершенством мышечной фиксации, неравномерной тягой мышечных групп под влиянием неправильной позы и неудобной мебели легко возникают сколиозы и развивается патологическая осанка.

Молочные зубы прорезываются после рождения в определенной последовательности: нижние, как правило, раньше, чем верхние. Одноименные зубы на правой и левой половине челюсти появляются одновременно.

Формула для определения числа молочных зубов:

n — 4; где n – возраст ребенка в месяцах.

К 2 годам у ребенка имеются все 20 молочных зубов. В первый период (от прорезывания до 3-3,5 лет) зубы стоят тесно, прикус ортогнатический (верхние зубы прикрывают нижние на одну треть) в связи с недостаточным развитием нижней челюсти. Второй период (от 3 до 6 лет) характеризуется переходом прикуса в прямой, появлением физиологических промежутков между зубами, стертостью зубов.

Смена молочных зубов на постоянные начинается с 5-6 лет. Для ориентировочной оценки постоянных зубов можно использовать формулу:

X = 4n — 20; где X – число постоянных зубов, n – число лет.

Формирование как молочного, так и постоянного прикуса у детей является важным показателем биологического созревания ребенка.

Постоянный прикус в норме должен быть слабоортогнатическим или прямым.

Суставы – подвижные прерывистые соединения костей скелета, характеризующиеся наличием суставных поверхностей, покрытых суставным хрящом, суставной полости и суставной сумки.

Основными элементами сустава являются суставные поверхности костей, покрытые хрящом, суставная капсула и суставная полость. К числу вспомогательных образований относят связки, суставные диски, мениски. В зависимости от числа суставных поверхностей выделяют простые суставы, образованные двумя суставными поверхностями (межфаланговые), и сложные, образованные несколькими костями, имеющими общую суставную капсулу. К моменту рождения суставно-связочный аппарат анатомически сформирован. В дальнейшем происходит минерализация хряща (к 14-16 годам), усложняется рельеф синовиальной оболочки, совершенствуется иннервация сустава.

МЕТОДИКА ИССЛЕДОВАНИЯ КОСТНОЙ СИСТЕМЫ. ЖАЛОБЫ

При заболеваниях опорно-двигательной системы дети и их родители жалуются на боли в костях, суставах, припухлость, отечность суставов, ограничение подвижности.

При сборе анамнеза важно выяснить семейную отягощенность ревматическими заболеваниями, состояние здоровья ребенка накануне настоящего заболевания (связь со стрептококковыми, кишечными или урогенитальными инфекциями), наличие травм.

Следует уточнить длительность болевого синдрома, локализацию болей (кости, суставы), симметричность поражения, характер и интенсивность боли, время и условия ее появления и продолжительность (утренняя скованность, боли ночного характера, при физической нагрузке и т. д.). При деформациях костной системы необходимо выяснить время их появления.

Осмотр выполняют в положении лежа и в движении последовательно сверху вниз: голова, затем туловище (грудная клетка, позвоночник) и конечности.

Череп у здорового ребенка симметричный, округлой формы. У новорожденного может наблюдаться асимметрия, деформация, связанная с прохождением головки ребенка через родовые пути, в виде черепицеобразного нахождения костей черепа друг на друга, вдавления или выпячивания, например при кефалогематоме.

При осмотре головы оценивают форму черепа (округлый, башенный череп, с уплощенным затылком, с наличием лобных и теменных бугров); симметричность; состояние верхней и нижней челюсти, особенности прикуса (ортогнатический, прямой, прогнатический), развитие зубов.

При осмотре грудной клетки определяют ее форму (цилиндрическая, бочкообразная, коническая) и симметричность, обращают внимание на деформацию грудной клетки – килевидную (с выпячиванием грудины), воронкообразную (с западением грудины), наличие гаррисоновой борозды (западение по линии прикрепления диафрагмы) Оценивают эпигастральный угол, позволяющий определить конституциональный тип.

При осмотре позвоночника обращают внимание на симметричность расположения лопаток, гребней подвздошных костей, объем и симметричность мышц спины, наличие физиологических изгибов и их выраженность, наличие боковых изгибов позвоночника (сколиоз).

Задания для самостоятельной подготовки:

1. Решите ситуационные задачи и тестовые задания.
2. Осмотрите и опишите в рабочей тетради состояние костно-мышечной системы вашего пациента.

Схема обследования больного.

1. Собрать анамнез жизни ребенка. Выяснить, начиная с периода новорожденности, были ли у ребенка изменения со стороны костной системы (при наличии деформаций, когда появились), когда закрылся родничок, возраст прорезывания зубов.
2. Провести осмотр, обратить внимание на:

- мышечную систему: степень развития, тонус мышц;
- костную систему: форма и размер головы, размеры родничков, плотность краев, выбухание или западение, размягчение костей черепа; количество зубов, их состояние; размер и форма грудной клетки, наличие деформаций (четок, гаррисоновой борозды и др.).

Осмотреть и пропальпировать длинные трубчатые кости (наличие четок, браслеток, искривлений).

Данные объективного исследования заносятся в рабочую тетрадь.

Ситуационные задачи

Задача №1

Ребенок 5 мес. при исследовании костно-мышечной системы отмечается голова с выраженными лобными и теменными буграми, большой родничок 2,5 х 2 см., края его податливы, скошенность и облысение затылка, ассиметрия лица, участки размягчения затылочной кости, запавшая переносица, высокий свод неба, грудная клетка килевидной формы. Мышечная гипотония.

Вопросы:

1. Как вы оцениваете состояние костно-мышечной системы ребенка?
2. При нарушении обмена каких веществ могут возникнуть подобные аномалии?

Задача №2

Ребенок 2,5 лет. При осмотре обращает на себя внимание увеличение размеров головы с выступающими лобными и теменными буграми и "олимпийским" лбом. Грудная клетка сдавлена с боков, пальпируются реберные "четки". Нижние конечности О – образно искривлены. Психомоторное развитие по возрасту.

Вопросы:

1. Чем, по вашему мнению, можно объяснить изменения костной системы у ребенка?
2. Какие изменения в биохимическом исследовании крови вы ожидаете?

Задача №3

Грудной ребенок. При осмотре имеет 6 зубов – 2 нижних и 4 верхних резца.

Вопросы:

1. Укажите возраст ребенка, используя данные "зубного" возраста.
2. Какова формула подсчета количества молочных зубов?

Тестовый контроль.

1. Большой родничок у детей закрывается в возрасте
а) 6 мес.
б) 1-2 мес.
в) 12-18 мес.
г) к рождению
д) 8 мес.
2. Малый родничок у доношенных детей закрывается в возрасте:
а) 6 мес.
б) 1 мес.
в) 12-18 мес.
г) к рождению
д) 8 мес.
3. Закрытие швов черепа у доношенных детей происходит к:
а) 1 мес.
б) 2-3 мес.
в) 3-4 мес.
г) 4-6 мес.

Прорезывание молочных зубов заканчивается к возрасту:
а) 1-1,5 года
б) 1,5-2 года
в) 2-2,5 года
г) 2,5-3 года

Количество молочных зубов у ребенка рассчитывается по формуле (n – возраст
месяцах)
а) n – 2
б) n – 4
в) n – 6

Первые постоянные зубы появляются в возрасте:

а) 4 – 5 лет

б) 5 – 6 лет

в) 7 – 8 лет

У новорожденного ребенка состояние мышц характеризуется:

а) мышечной гипотонией

б) преобладанием тонуса мышц-сгибателей конечностей

в) преобладанием тонуса мышц-разгибателей конечностей

г) во время сна мышцы расслабляются

Занятие №5 по теме:
"АНАТОМО-ФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ СИСТЕМЫ ДЫХАНИЯ И КРОВООБРАЩЕНИЯ".

I. Научно-методическое обоснование темы:

В разные периоды детства органы дыхания и кровообращения имеют существенные различия в функционировании и анатомическом строении, обуславливающие особенности и тяжесть клинического течения бронхолегочных и сердечно-сосудистых заболеваний у детей и создающие предпосылки развития осложнений. Знание этих особенностей, навыки объективного исследования ребенка позволят будущему врачу выявить даже незначительные отклонения от нормы и поставить диагноз на ранних этапах развития болезни, помогут в проведении патогенетической терапии и организации профилактических мероприятий.

II. Цель деятельности студентов на занятии.

Студент должен знать:

- анатомо-физиологические особенности дыхательной системы (носа, придаточных пазух, глотки, гортани, трахеи, бронхов, легких) у детей;
- методы объективного, клинико-лабораторного и инструментального исследования детей с бронхолегочной патологией;
- анатомо-физиологические особенности сердечно-сосудистой системы;
- дифференциально-диагностические критерии функциональных и органических шумов;
- особенности ЭКГ и артериального давления у детей разного возраста.

Студент должен уметь:

- собрать анамнез у ребенка с заболеванием дыхательной системы;
- провести перкуссию и аускультацию легких у детей различных возрастов;
- на основании объективного обследования выделить симптоматику, характерную для синдрома крупа, бронхиальной обструкции, пневмонии, плеврита;
- дать оценку дополнительным методам исследования ЭКГ, ЖЕЛ, спирографии, рентгеноскопии и рентгенографии;
- собрать анамнез у ребенка с заболеванием сердечно-сосудистой системы;
- на основании анатомо-физиологических особенностей органов кровообращения сделать клинические выводы о состоянии органов кровообращения;
- при общем осмотре отметить признаки поражения сердечно-сосудистой системы;
- произвести пальпацию, перкуссию, аускультацию сердца и крупных сосудов, дать оценку полученным данным;
- определить и оценить пульс, АД, функциональные пробы, данные рентгенографии, ЭКГ, ФКГ, ЭхоКГ.

III. Содержание обучения:

1. Анатомо-физиологические особенности органов дыхания и кровообращения у плода.
2. Анатомо-физиологические особенности органов дыхания и кровообращения у детей разного возраста.
3. Методика обследования и семиотика поражения органов дыхания и кровообращения у детей.

4. Анатомо-физиологические особенности дыхательной и сердечно-сосудистой системы у детей, предрасполагающие к развитию заболеваний органов дыхания и кровообращения.
5. Физиологические константы дыхательной и сердечно-сосудистой систем в возрастном аспекте.
6. Дифференциальные признаки органических и функциональных шумов сердца.
7. Характеристика дополнительных методов исследования в детской пульмонологии и кардиологии.

IV. Учебно-материальное обеспечение.

1. Наглядные пособия: таблицы, схемы, мультимедийные презентации, видеофильмы, аудиограммы.
2. Учебная медицинская документация (истории болезни, лабораторные исследования, рентгенограммы).
3. Технические средства обучения.
4. Литература.

V. Список литературы:

1. Пропедевтика детских болезней [Электронный ресурс] : учебник / Юрьев В. В. и др.; под ред. В. В. Юрьева, М. М. Хомича. - М. ГЭОТАР-Медиа, 2012. Режим доступа: http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970422151.html
2.. Физикальное обследование ребенка [Электронный ресурс] : учеб. пособие / Р.Р. Кильдиярова, Ю.Ф. Лобанов, Т.И. Легонькова - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015. Режим доступа: http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970432433.html
3. Детские болезни. Т. 1. [Электронный ресурс] / Запруднов А.М., Григорьев К.И., Харитонова Л.А. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. Режим доступа: http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970424216.html
4. Детские болезни: учебник: в 2 т. / Запруднов А. М., Григорьев К. И., Харитонова Л. А. - 2-е изд., перераб. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2013. - Т. 1. - 768 с. : ил - ISBN 978-5-9704-2421-6.
5. Детские болезни [Электронный ресурс] : учебник / под ред. Р. Р. Кильдияровой - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015. Режим доступа: http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970429488.html
6. Лабораторные и функциональные исследования в практике педиатра [Электронный ресурс] / Кильдиярова Р.Р. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2012. Режим доступа: http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970419588.html
7. Кильдиярова, Р. Р. Клинические нормы. Педиатрия / Кильдиярова Р. Р. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2019. - 384 с. - ISBN 978-5-9704-5235-6. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970452356.html
8.Лекции по педиатрии.
9.Методические указания для внеаудиторной работы студентов

VI. Перечень вопросов для проверки исходного уровня знаний:

1. Перечислите основные отделы дыхательной системы и их функции.
2. Какие типы дыхания Вы знаете?
3. Какие жалобы характерны для заболеваний дыхательной системы?
4. Какие критерии оценки степени дыхательной недостаточности Вы знаете?
5. Какие типы одышки Вы знаете? При каких заболеваниях они встречаются?
6. Опишите аускультативную характеристику дыхательных шумов в норме и при патологии.
7. Какие дополнительные методы исследования используются при патологии органов дыхания?
8. Какие отделы сердечно-сосудистой системы Вы знаете?
9. Назовите основные функции миокарда?
10. Что такое "автоматизм"? Какие структуры сердца отвечают за эту функцию?
11. Виды острой сосудистой недостаточности.
12. Какие клинические симптомы свидетельствуют о левожелудочковой недостаточности?
13. Какие патологические симптомы возникают при правожелудочковой недостаточности?
14. Дайте характеристику функциональным и патологическим шумам в сердце.
15. Какие методы дополнительного исследования сердечно-сосудистой системы Вы знаете?

VII. Перечень вопросов для проверки конечного уровня знаний:

1. Назовите анатомо-физиологические особенности органов дыхания у детей.
2. Какие особенности дыхательной системы у детей предрасполагают к развитию патологии?
3. Назовите границы нижнего края легких у детей.
4. Какова частота дыханий в минуту у детей различного возраста? Чем объясняется частое дыхание у детей младшего возраста?
5. Назовите особенности проявления дыхательной недостаточности у детей младшего возраста.
6. Какие особенности обследования дыхательной системы у детей (пальпация, перкуссия, аускультация) Вы знаете?
7. Назовите особенности кровообращения плода.
8. Как изменяется функционирование системы кровообращения с момента рождения ребенка? Какое это имеет значение?
9. Назовите особенности сосудистой системы у детей.
10. Назовите границы относительной сердечной тупости у детей? При каких патологических состояниях они могут изменяться?
11. Как рассчитываются средние значения систолического и диастолического АД у детей?
12. Назовите особенности ЭКГ у детей.

Блок информации

АНАТОМО-ФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ

Носовые структуры способствуют согреванию, механическому очищению воздуха ресничками, разрушению микроорганизмов, которые входят в контакт с иммунологическими компонентами защиты слизистой оболочки. У детей раннего возраста носовые ходы узкие, нижний носовой ход формируется к 4 годам, раковины толстые. Слизистая оболочка нежная, богато васкуляризована, поэтому даже небольшой отек ее при развитии ринита затрудняет дыхание через нос и сосание материнской груди.

Придаточные (добавочные) пазухи носа к рождению недостаточно развиты; частично сформированы гайморовы, этмоидальная (решетчатая) и сфеноидальная пазухи, но они имеют очень малые размеры. Лобная пазуха отсутствует. Эти особенности определяют редкость синуситов у детей раннего возраста. Полностью все пазухи развиваются к 15 годам.

Глотка у новорожденного сравнительно узкая. Лимфоидное кольцо развито слабо. После 1 года небные миндалины выходят за пределы дужек, однако крипты в них развиты слабо, в связи с чем, ангины у детей раннего возраста наблюдаются редко.

Гортань у детей имеет воронкообразную форму, относительно узкая, ее хрящи нежны и податливы. Голосовые связки короче, чем у взрослых, что определяет высокий тембр детского голоса. Слизистая оболочка богато васкуляризована, что определяет склонность к отеку; в связи с этим у детей (первых 2-3 лет жизни) часто возникает стеноз гортани (стенозирующий ларингит, круп), сопровождающийся осиплостью голоса или афонией.

Грудная клетка новорожденного бочкообразная или цилиндрическая. Постепенно переднезадний размер ее уменьшается. Внутренняя поверхность грудной клетки покрыта париетальной плеврой, которая плотно примыкает к ребрам и передней поверхности диафрагмы, а затем переходит на средостение. Каждое легкое заключено в отдельный висцеральный плевральный мешок. У детей по сравнению со взрослыми ребра соединены с позвоночником в более горизонтальном положении (почти под прямым углом). Грудная клетка новорожденного постоянно находится как бы в состоянии вдоха, что в сочетании со слабостью дыхательной мускулатуры *объясняет малые экскурсии грудной клетки* и *поверхностный характер дыхания*. Дыхание у детей в основном диафрагмальное. Растяжимость легочной ткани уменьшается с возрастом в связи с развитием эластических структур, поэтому вентиляция становится более эффективной. Растяжимость – это способность грудной стенки и легких расширяться при увеличении объема воздуха.

Растяжимость определяют два главных фактора: альвеолярное поверхностное натяжение, которое зависит главным образом от сурфактанта, и эластичность.

Трахея состоит из 14-20 хрящевых полуколец, соединенных сзади у детей фиброзной перепонкой. Мягкость хрящей трахеи, слабое развитие эластической ткани и большая подвижность могут приводить к ее щелевидному спадению и возникновению шумного храпящего дыхания (стридор).

Бронхиальное дерево к рождению уже сформировано. Основу бронхов также составляют хрящевые полукольца, соединенные фиброзной перепонкой. Трахея разделяется на правый и левый главные бронхи. Правый главный бронх является как бы продолжением трахеи, поэтому при аспирации инородное тело чаще попадает в этот бронх.

Слизистая оболочка малых бронхов и бронхиол нежная, богата кровеносными сосудами, покрыта тонким слоем слизи, выстлана цилиндрическим многорядным эпителием. Слизистая оболочка крупных бронхов выстлана реснитчатым эпителием, обеспечивающим эвакуацию слизи, частичек пыли и бактерий, попавших в легкие с воздухом.

У новорожденных дыхательные пути содержат очень мало гладкой мускулатуры, но у детей 4-5 мес. мышечная ткань уже достаточно развита. Из-за недоразвитости мышечной и эластической тканей у детей раннего возраста явления спазма бронхов менее выражены, а бронхиальная обструкция связана в основном с отеком слизистой оболочки и продукцией вязкого секрета.

Легкие у детей, как и у взрослых, имеют сегментарное строение. Через многочисленные альвеолярные структуры происходит обмен газов между вдыхаемым воздухом и кровотоком. Число альвеол быстро увеличивается с возрастом за счет их формирования из саккулюсов ("мешочков"). Легкие у детей первых 2 лет жизни богаты соединительной тканью, обильно кровоснабжаются, эластическая ткань развита слабо, вследствие чего они менее воздушны и более полнокровны, чем у взрослых. Эти факторы предрасполагают к обструкции и развитию ателектазов. Легкость развития ателектазов обусловлена также недостаточным количеством сурфактанта, что может быть одной из причин нерасправления легких у недоношенных детей.

Сегментарное строение легких хорошо выражено уже у новорожденных. Каждый сегмент имеет самостоятельную вентиляцию, концевую артерию и отграничен от других сегментов межсегментарными перегородками из эластической соединительной ткани.

МЕТОДИКА ИССЛЕДОВАНИЯ

АНАМНЕЗ. Необходимо выяснить следующее:

Есть ли у ребенка затруднение носового дыхания; каков характер выделений из носа; есть ли кашель, каков его характер; в какое время суток преимущественно ребенок кашляет; если кашель с мокротой, каков ее характер; нет ли болей в груди, животе, боках; какими заболеваниями органов дыхания ребенок болел ранее; не было ли контакта с больными острыми инфекционными заболеваниями, больными туберкулезом.

Важен также аллергологический и семейный анамнез обследуемого.

ОСМОТР

Начинают с общего осмотра, оценки состояния сознания, положения больного в постели, поведения ребенка. Весьма важно оценить цвет кожных покровов, окраску носогубного треугольника. Обязателен тщательный осмотр полости носа. Если вход в нос закрыт выделениями или корками, необходимо удалить их ватным тампоном.

Зев осматривают в конце обследования. У детей первого года жизни миндалины обычно не выходят за передние дужки. В дошкольном возрасте наблюдается обычно гиперплазия лимфоидной ткани, миндалины при осмотре выходят за передние дужки, плотные и по цвету не отличаются от слизистой оболочки зева.

При осмотре грудной клетки обращают внимание на ее форму, участие мускулатуры в дыхании, синхронность участия в дыхании обеих половин грудной клетки.

Нормальная частота дыхания в 1 мин.

Новорожденный	40-60
Ребенок 1 года	30-35
5-6 лет	20-25

10 лет	18-20
Взрослый	16-18

Ритм дыхания у детей отличается значительной изменчивостью Неустойчивость ритма и короткие (до 5 сек.) остановки дыхания (апноэ) могут наблюдаться и у доношенных новорожденных. В возрасте до 2 лет, но главным образом в течение первых месяцев жизни, ритм дыхания может быть неправильным, особенно во время сна.

При осмотре обращают внимание на тип дыхания. У детей раннего возраста наблюдается брюшной тип дыхания. У мальчиков он сохраняется и дальше, у девочек с 5-6-летнего возраста тип дыхания становится грудным. Голосовое дрожание также определяется руками, лежащими на симметричных участках грудной клетки. У детей раннего возраста голосовое дрожание исследуют во время крика или плача.

При перкуссии здоровых легких определяется ясный легочный звук. Справа в нижележащих отделах из-за близости печени он короче, слева из-за близости желудка принимает тимпанический оттенок (так называемое пространство Траубе).

Верхняя граница легких, т. е. высота стояния верхушек, у детей дошкольного возраста, не определяется, так как верхушки легких у них не выходят за ключицу. *Определение высоты стояния верхушек легких у старших детей*. Верхняя граница легких спереди находится на расстоянии 2-4 см. выше ключицы (от середины). В норме высота стояния верхушек сзади определяется на уровне остистого отростка VII шейного позвонка.

Подвижность (экскурсия) нижнего края легких. Перкуторно находят нижнюю границу легких по средней подмышечной или задней подмышечной линии на вдохе и выдохе.

Нижние границы легких

Линия тела	Справа	Слева
Среднеключичная	VI ребро	Образует выемку для сердца на уровне VI ребра
Передняя подмышечная	VII ребро	VII ребро
Средняя подмышечная	VIII- IX ребро	VII – IX ребро
Задняя подмышечная	IX ребро	IX ребро
Лопаточная	X ребро	X ребро
Паравертебральная	На уровне остистого отростка XI грудного позвонка	

АУСКУЛЬТАЦИЯ.

Положение выслушиваемого ребенка такое же, как и при перкуссии. Выслушивают симметричные участки обоих легких.

У новорожденных и детей в возрасте 3-6 мес. прослушивается несколько ослабленное везикулярное дыхание, с 6 мес. до 5-7 лет – пуэрильное. В последнем случае дыхательный шум более громкий и продолжительный в обе фазы дыхания. У детей старше 7 лет дыхание постепенно приобретает характер везикулярного. При этом выдох слышен еще достаточно хорошо перед тем, как почти исчезнуть при везикулярном дыхании.

ИССЛЕДОВАНИЯ ПРИ БОЛЕЗНЯХ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ

Рентгено- и радиологические методы: рентгенография легких, томография (обычно используется для детального исследования корня легких), рентгенография придаточных пазух носа, бронхография (введение контрастного вещества в бронхи), легочная артериография и аортография (оценивается состояние легочного кровообращения), радиологическое сканирование легких.

Эндоскопические методы. Ларингоскопия (исследование голосовой щели): у детей раннего возраста проводят под наркозом, у детей более старшего возраста применяют непрямую (с помощью зеркала) ларингоскопию. Бронхоскопию у детей первых 3-4 лет выполняют жестким бронхоскопом под общим наркозом; у более старших детей возможно проведение фибробронхоскопии при местной анестезии слизистой оболочки носоглотки.

Микробиологические методы. Исследуют мазки из зева и носа, бронхиальный секрет. При необходимости проводят плевральную пункцию, бактериологическое и бактериоскопическое исследование плевральной жидкости.

Аллергологическая диагностика. Выполняют кожные (аппликационные, скарификационные), внутрикожные и провокационные пробы с аллергенами. Определяют общий IgE и специфические IgE и IgG_4 к различным аллергенам.

Исследование функции внешнего дыхания. Выполняют спирографию, с помощью которой определяют жизненную емкость легких (ЖЕЛ), общую емкость легких, резервный объем вдоха, резервный объем выдоха, функциональную остаточную емкость, остаточный объем, скорость потока воздуха на выдохе или вдохе (ФЖЕЛ, $ОФВ_1$, МСВ 25, 50, 75% от ЖЕЛ).

Газы крови. Определяют парциальное напряжение O_2 (pO_2 и углекислого газа (pCO_2, pH в смешанной капиллярной крови. Мониторинг газов крови неинвазивным путем обеспечивается транскутантным длительным чрескожным измерением насыщения крови кислородом (SaO_2).

СЕМИОТИКА ПОРАЖЕНИЯ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ

Вынужденное положение характерно для приступа бронхиальной астмы. Ребенок сидит, опираясь руками о край кровати с приподнятыми плечами. Возбуждение, двигательное беспокойство развивается при стенозирующем ларинготрахеите (синдроме крупа), приступе бронхиальной астмы.

Важным симптомом затруднения дыхания является напряжение крыльев носа, ноздрей, указывающее на напряженную работу дыхательного аппарата.

Диагностическое значение имеют выделения из носа: прозрачные, слизистые обычно наблюдаются при острых катарах (грипп, ринит); слизисто гнойные с примесью крови (сукровичные выделения) характерны для дифтерии, сифилиса. Присутствие пленки на носовой перегородке позволяет поставить диагноз дифтерии до бактериологического исследования. Кровянистые выделения из одной ноздри бывают при попадании в нос инородного тела (косточки, зерна, пуговицы и т. д.).

У старших детей дыхание через рот, особенно по ночам, встречается при аденоидных вегетациях в носоглотке. На это же указывает и храп по ночам. При аденоидных вегетациях формируется аденоидный тип лица: лицо бледное, одутловатое, с приоткрытым ртом, приподнятой верхней губой и вздернутым носом.

Цвет кожных покровов отражает степень выраженности дыхательной недостаточности. Чем меньше напряжение кислорода, тем более выражен и распространен цианоз. Цианоз пальцев рук, акроцианоз, "барабанные палочки" (утолщение концевых фаланг пальцев рук) указывают на застойные явления в малом круге кровообращения, хроническую гипоксию. Этот симптом характерен для детей, страдающих хроническими заболеваниями легких.

Кашель. Грубый лающий кашель возникает при катаральных состояниях гортани и трахеи, при крупе. При бронхитах характер кашля меняется в зависимости от стадии болезни: мучительный сухой кашель, усиливающийся при разговоре и крике ребенка, нередко мешающий ему спать, наблюдается в начальных стадиях бронхита, а также при трахеофарингитах. При разрешении бронхита кашель становится влажным, начинает выделяться мокрота. Дети первых лет жизни, а иногда и старшего возраста мокроту заглатывают. При значительном увеличении бронхиальных лимфатических узлов кашель приобретает своеобразный битональный характер – спастический кашель, имеющий грубый основной тон и музыкальный, высокий второй тон. Мучительный сухой кашель встречается при фарингитах и назофарингитах.

При некоторых легочных заболеваниях изменяется форма грудной клетки. Например, при тяжелых обструктивных заболеваниях (астма, муковисцидоз) возникает, так называемая, бочкообразная форма грудной клетки. При экссудативном плеврите на стороне поражения отмечает выбухание грудной клетки, а при хронической пневмонии – западение.

При плевритах, ателектазах легкого, хронической пневмонии односторонней локализации можно заметить, что одна из половин грудной клетки (на стороне поражения) отстает при дыхании.

Изменение частоты дыхания: учащение его – тахипноэ (более 10% от средневозрастной нормы) у здоровых детей возникает при волнении, физических упражнениях и т. д.; у больных, более выраженное тахипноэ наблюдается при обширных поражениях дыхательной и сердечно-сосудистой

систем, болезнях крови (анемии), лихорадочных заболеваниях (за счет раздражения дыхательного центра), при болевых ощущениях, дистресс синдроме.

Урежение дыхания (брадипноэ) у детей встречается очень редко и указывает на истощение дыхательного центра. Своеобразные нарушения дыхательного ритма известны как чейн-стоксово и биотовское дыхание. Оба типа характеризуются прерывистостью дыхательных движений. Такие типы дыхания отмечаются у детей при тяжелых и далеко зашедших формах менингитов и энцефалитов, при внутричерепных кровоизлияниях и др.

При поражении органов дыхания у детей меняется соотношение между частотой дыхания и пульсом. У здоровых детей на первом году жизни на одно дыхание приходится 3-3,5 удара пульса, у детей старше года – 3,5-4 удара.

При поражении легких (пневмонии) это соотношение изменяется и становится 1:2, 1:3, так как дыхание учащается в большей, а пульс – в меньшей степени.

Одышка характеризуется затруднением либо вдоха, либо выдоха, т. е. является инспираторной или экспираторной и субъективно представляет собой ощущение нехватки воздуха. ***Инспираторная одышка*** наблюдается при обструкции верхних дыхательных путей (круп, инородное тело, кисты и опухоли, врожденное сужение гортани, трахеи, бронхов, заглоточный абсцесс и т. д.). ***Экспираторная одышка*** характеризуется затрудненным выдохом и активным участием в нем мышц брюшного пресса (наблюдается при бронхиальной астме, астматическом бронхите и бронхиолите, при препятствиях для прохождения воздуха, расположенных ниже трахеи, например в крупных бронхах). ***Смешанная одышка*** – экспираторно-инспираторная проявляется вздутием грудной клетки и втяжением уступчивых мест этой области. Она свойственна бронхиолиту и пневмонии.

Усиление голосового дрожания связано с уплотнением легочной ткани (плотные тела проводят звук лучше), при наличии полостей в легких (укорочено расстояние от голосовой щели). Голосовое дрожание ослабляется при закупорке бронха (ателектаз легкого), при оттеснении бронхов от стенки грудной клетки (экссудат, пневмоторакс, опухоль плевры).

Укорочение перкуторного звука может быть обусловлено уменьшением воздушности ткани легкого. Тимпанический оттенок звука появляется при возникновении в легких содержащих воздух полостей. Коробочный звук появляется в том случае, если эластичность легочной ткани ослаблена, а ее воздушность повышена (эмфизема легких).

Бронхиальное дыхание чаще всего указывает на наличие воспалительной инфильтрации легочной ткани (лобарная пневмония, бронхопневмония, туберкулезные инфильтративные процессы и т. д.); выслушивается оно часто над плевральным экссудатом в области сдавленного им легкого.

Причины ослабленного дыхания: сильное сужение гортани, парез дыхательных мышц, инородное тело, образование ателектаза или сдавление бронха, значительный бронхоспазм, синдром обструкции, вызванный отеком и скоплением слизи в просвете бронхов, экссудативный плеврит, пневмоторакс.

Усиленное дыхание возможно при сужении мелких или мельчайших бронхов, при их воспалении или спазме – приступе астмы, бронхиолите, при лихорадочных заболеваниях.

Патологические процессы в легких сопровождаются хрипами различного характера.

Сухие хрипы. Различают свистящие (дискантовые, высокие) и басовые (низкие, более музыкальные). Первые чаще бывают при сужении бронхов, особенно мелких; вторые образуются от колебания густой мокроты, особенно в крупных бронхах, дающих резонанс.

Влажные хрипы возникают при прохождении воздуха через жидкость. В зависимости от калибра бронха, где образуются хрипы, они бывают мелкопузырчатыми, среднепузырчатыми и крупнопузырчатыми. Их важно подразделить на звонкие и незвонкие. Звонкие прослушиваются при уплотнении легочной ткани, лежащей рядом с бронхитом, что наблюдается при пневмониях. Они могут возникнуть также в полостях (каверны, бронхоэктазы). Незвонкие хрипы встречаются при бронхиолите, бронхитах, отеке легких, ателектазах.

Следует отличать от хрипов *крепитацию*, которая образуется при разлипании терминальных отделов бронхиол. Локально определяемая крепитация свидетельствует о пневмоническом очаге.

Шум трения плевры возникает при трении висцерального и париетального листков плевры и выслушивается только при воспалении плевры.

КРОВООБРАЩЕНИЕ НОВОРОЖДЕННОГО

При рождении происходит перестройка кровообращения:

- прекращается плацентарное кровообращение;
- закрываются основные фетальные сосудистые коммуникации (венозный и артериальный протоки, овальное окно);
- в полном объеме включается сосудистое русло малого круга кровообращения с высоким сопротивлением и склонностью к вазоконстрикции;
- из-за увеличения потребности в кислороде нарастают сердечный выброс и системное сосудистое давление.

С началом легочного дыхания кровоток через легкие возрастает примерно в 5 раз. Ко 2-му месяцу жизни в 5-10 раз снижается сосудистое сопротивление в малом круге кровообращения. Давление в аорте у новорожденных составляет в среднем 75/50 мм. рт. ст. Через легкие проходит весь объем сердечного выброса, в то время как во внутриутробном периоде – только 10%.

Примерно в 3 мес. происходит функциональное закрытие овального отверстия имеющимся клапаном, а затем приращение клапана к его краям. Так формируется целостная межпредсердная перегородка. Анатомическое закрытие овального окна происходит к концу первого года жизни. Но примерно у 50% детей и 10-25% взрослых обнаруживается отверстие в межпредсердной перегородке, пропускающее тонкий зонд и не имеющее какого-либо значения для гемодинамики.

С момента первого вдоха артериальный проток, благодаря сокращению гладких мышц его стенки, функционально закрывается (у здорового новорожденного к 10-15-му часу жизни), позже (у 90% детей примерно к 2 мес.) происходит его анатомическое закрытие. Прекращается кровоток и по венозному протоку, который постепенно облитерируется. Раздельно начинают функционировать малый и большой круги кровообращения.

Нарушение в процессе нормального закрытия артериального протока приводит к формированию порока, известного под названием открытого артериального (боталлова) протока.

АНАТОМИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ СЕРДЦА И СОСУДОВ

Сердце у новорожденного относительно велико и составляет 0,8% от массы тела, что несколько больше аналогичного соотношения у взрослых (0,4%). Правый и левый желудочки примерно равны. Толщина их стенок около 5 мм. Предсердия и магистральные сосуды имеют несколько большие размеры по сравнению с желудочками.

Отделы сердца с возрастом увеличиваются неравномерно: более интенсивно до 2 лет растут предсердия, с 2 до 10 лет – все сердце в целом, после 10 лет увеличиваются преимущественно желудочки.

До 6 лет форма сердца обычно шарообразная, после 6 лет приближается к овальной, свойственной взрослым. Объем сердца относительно объема грудной клетки значительно больше. До 2-3 лет сердце расположено горизонтально на приподнятой диафрагме: к передней грудной стенке прилежит правый желудочек, формирующий в основном верхушечный сердечный толчок.

Одновременно происходит тканевая дифференцировка. Миокард у новорожденного представляет собой недифференцированный синцитий. Мышечные волокна очень тонкие, слабо отграничены друг от друга. Соединительная и эластическая ткань слабо развиты. В первые 2 года жизни происходят интенсивный рост и дифференцировка миокарда: увеличиваются толщина и количество мышечных волокон, уменьшается число ядер мышечных клеток при значительном увеличении их размеров. Иннервация сердца осуществляется через поверхностные и глубокие сплетения, образованные волокнами блуждающего нерва и шейных симпатических узлов, контактирующих с ганглиями синусового и предсердно-желудочкового узлов. Ветви блуждающего нерва заканчивают свое развитие и миелинизируются к 3-4 годам. До этого возраста сердечная деятельность регулируется в основном симпатической нервной системой, с чем частично связана физиологическая тахикардия у детей первых 2 лет жизни.

Частота сердечных сокращений в разные возрастные периоды

Возраст	ЧСС в 1 мин
Новорожденный	140-160
1 год	120
5 лет	100
10 лет	80-85
15 лет	70-80

Под влиянием блуждающего нерва урежается сердечный ритм и могут появиться синусовая аритмия (типа дыхательной) и отдельные "вагусные импульсы" – резко удлиненные интервалы между сердечными сокращениями. Такие функции миокарда, как автоматизм, возбудимость, проводимость, сократимость, осуществляются так же, как у взрослых.

Коронарные сосуды до 2 лет распределяются по рассыпному типу, с 2 до 6 лет – по смешанному, после 6 лет – по взрослому, магистральному типу.

Обильная васкуляризация и рыхлая клетчатка, окружающая сосуды, создают предрасположенность к воспалительным и дистрофическим изменениям миокарда.

Склероз и инфаркт миокарда в раннем возрасте встречаются очень редко.

Главный ствол легочной артерии к моменту рождения относительно короткий и делится на две примерно равные ветви, что создает у некоторых детей перепады давления между сосудами (до 8-15 мм. рт. ст.) и может быть причиной появления характерного систолического шума периферического стеноза легочной артерии.

Кровеносные сосуды новорожденных тонкостенные, мышечные и эластические волокна в них развиты недостаточно. Стенки артерий более эластичны, поэтому периферическое сопротивление, артериальное давление и скорость кровотока у здоровых детей первых лет жизни меньше, чем у взрослых.

С возрастом у детей растет систолическое АД, диастолическое имеет только тенденцию к повышению.

Расчет артериального давления для детей старше 1 года осуществляется по формуле:

Систолическое АД = **90 + 2n**
Диастолическое АД = **60 + n**;
где n – возраст ребенка в годах.

Просвет артерий относительно широк и приблизительно одинаков с просветом вен. В связи с тем, что вены растут быстрее артерий, к 16 годам их просвет становится вдвое шире, чем просвет артерий.

К 12 годам структура сосудов такая же, как у взрослых. Дифференцировка артериальной и венозной сети проявляется развитием коллатеральных сосудов, возникновением клапанного аппарата в венах, увеличением числа и длины капилляров. Капилляры у детей хорошо развиты, широкие, их число достигает 6-8 в линейном поле зрения. Они имеют неправильную форму (короткие, извитые), проницаемость их у детей выше, чем у взрослых.

МЕТОДИКА ИССЛЕДОВАНИЯ

АНАМНЕЗ

При сборе анамнеза следует выявить жалобы больного, выяснить, когда они возникли, что провоцировало их появление. Чаще всего встречаются: одышка в покое или при движениях, цианоз губ, ногтей, общий синеватый оттенок кожи в покое или при физической нагрузке, отеки ног, поясницы, лица, сердцебиение (субъективное ощущение сердечных толчков или "замирания" сердца).

При наличии жалоб на боли в области сердца необходимо уточнить их локализацию, время и частоту возникновения, продолжительность, интенсивность, иррадиацию, провоцирующие факторы, индивидуальные проявления, чем они снимаются.

ОБЩИЙ ОСМОТР

При общем осмотре определяют наличие или отсутствие сознания, тяжесть состояния и положение больного.

Положение больного при сердечной недостаточности вынужденное, при выраженной – на правом боку с высоким изголовьем, при резко выраженной – полусидя или сидя с опущенными ногами. При острой сосудистой недостаточности больные обычно лежат с низким изголовьем и избегают движений. Тяжесть состояния определяется наличием одышки, цианоза и видимых отеков, уровнем артериального давления. Одышка может проявляться как учащением дыхания (тахипноэ), так и участием в дыхании вспомогательной мускулатуры. По своему характеру сердечная одышка является экспираторной или смешанной, усиливается в положении лежа и ослабляется в положении сидя (ортопноэ). Иногда одышка имеет вид приступов, сопровождающихся появлением цианоза. Она свидетельствует о декомпенсации.

При осмотре кожных покровов можно выявить бледность кожи или цианоз, цианоз может возникать при физической нагрузке или сохраняться постоянно. При осмотре шеи у здорового ребенка, пульсация сонных артерий кнутри от грудино-ключично-сосцевидной мышцы в вертикальном положении, обычно не видна или видна слабо. При наличии патологии кнаружи от грудино-ключично-сосцевидной мышцы можно увидеть набухание и пульсацию шейных вен. Можно выявить также патологическую пульсацию в области эпигастрия, надчревной области и в правом подреберье.

На нижних конечностях могут быть заметны пастозность или отеки, которые возникают при недостаточности кровообращения. Вначале отеки появляются к вечеру, а к утру исчезают. Затем, если отеки нарастают, они могут появиться на туловище, пояснице, лице и в полостях. Сердечные отеки перемещаются под влиянием силы тяжести, они более выражены на той стороне тела, где лежит больной.

Осмотр области сердца. При осмотре можно увидеть верхушечный или сердечный толчок, а также "сердечный горб". При патологических состояниях верхушечный толчок может смещаться в вертикальном и горизонтальном положениях.

Сердечный толчок – это разлитая пульсация всей сердечной области, которая возникает только при патологических ситуациях.

ПАЛЬПАЦИЯ

При пальпации области сердца можно определить верхушечный толчок. Он локализован: у детей до 2 лет – четвертое межреберье кнаружи от среднеключичной линии; от 2 до 7 лет – пятое межреберье кнаружи от среднеключичной линии; после 7 лет – пятое межреберье по среднеключичной линии или кнутри от нее. Ширина верхушечного толчка зависит от величины занимаемой им площади (в норме у взрослых 1,5-2 см). Если он меньше, его называют ограниченным, если больше – разлитым. У детей толчок описывают как разлитой, если он пальпируется в двух и более межреберьях. Величина (высота) верхушечного толчка. Различают умеренный (норма), высокий и низкий верхушечный толчок.

При пальпации области сердца у некоторых больных с тяжелой патологией сердца можно выявить дрожание передней трудной стенки, которое называется кошачьим мурлыканьем.

Пальпаторно исследуют пульс на лучевой, сонной, височной, бедренной, подколенной, задней большеберцовой, артериях, на артерии тыла стопы – на границе дистальной и средней трети стопы. Пульс прощупывают на обеих руках и ногах и сравнивают. На бедренных артериях пульс сильнее, чем на руках. У детей грудного возраста на ногах в норме пульс слабее.

Ритмичность. Ритм может быть правильным или неправильным. В норме у детей пульс бывает очень лабильным. Аритмия максимально выражена в возрасте 4-12 лет, чаще всего связана с дыханием (на выдохе пульс урежается). Дыхательная аритмия устраняется при задержке дыхания. В раннем возрасте на одно дыхательное движение приходится 3-3,5 сердечных сокращения, в старшем – 4.

Необходимо сравнить частоту пульса с числом сердечных сокращений по данным аускультации. Дефицит пульса – такое состояние, при котором не все пульсовые волны достигают лучевой артерии.

ПЕРКУССИЯ

При перкуссии сердца определяют его размеры, конфигурацию и положение, а также ширину сосудистого пучка.

АУСКУЛЬТАЦИЯ сердца дает представление о тонах и шумах (звуковых феноменах, возникающих во время работы сердца). Ее следует выполнять в положении больного лежа, сидя, стоя, при

необходимости на левом боку, до и после физической нагрузки, при обычном дыхании и его задержке. Над всей областью сердца можно выслушать два тона: I тон – систолический, обусловливается напряжением и дрожанием клапанов и мышцы сердца в период систолы, а также дрожанием стенок сосудов в начале фазы изгнания крови; II тон – диастолический, обусловлен захлопыванием, напряжением и вибрацией клапанов и дрожанием внутренних структур сердца в период диастолы.

Аускультацию проводят в местах наилучшего выслушивания звуковых феноменов, возникающих в области клапанов, в следующем порядке:

1-я точка – верхушка сердца, область верхушечного толчка – место выслушивания митрального клапана;

2-я точка – второе межреберье справа от грудины – место выслушивания клапана аорты;

3-я точка – второе межреберье слева от грудины – место выслушивания клапана легочной артерии;

4-я точка – у основания мечевидного отростка справа – место выслушивания трехстворчатого клапана;

5-я точка (точка Боткина) – место прикрепления III-IV ребер слева от грудины – место выслушивания аортального и митрального клапанов.

Тоны I и II различаются по звучности: у взрослых на верхушке лучше слышен I тон, а на основании сердца, над клапанами аорты и легочной артерии – II тон. В том случае, если II тон звучнее над аортой, чем над легочной артерией, считают, что это – акцент II тона над аортой, а если, напротив, II тон звучнее над легочной артерией, чем над аортой, это расценивают как акцент II тона над легочной артерией.

У здоровых детей тоны сердца ясные. Умеренно ослабленные тоны называются приглушенными, резко ослабленные – глухими. Соотношение звучности тонов с возрастом меняется. У новорожденных в течение первых 2-3-х дней на верхушке и в 5-й точке II тон громче I тона, затем они выравниваются по звучности, а с 3 мес. преобладает I тон. На основании сердца в периоде новорожденности лучше слышен I тон, затем звучность тонов сравнивается, а с полутора лет снова преобладает II тон. Добавочные III и IV тоны возникают в результате растяжения расслабленной стенки желудочков, под влиянием быстрого поступления в их полость первой порции крови из предсердий в начале диастолы (II тон) и в момент систолы предсердий (IV тон). Тихий III тон может выслушиваться у детей в области верхушки сердца, по тембру он мягкий, глуховатый. Очень слабый звук, выслушиваемый в диастолу при аускультации, представляет собой IV тон.

При аускультации можно обнаружить сердечные шумы, которые отличаются от тонов большей длительностью звучания, менее четким началом и периодом затихания. Шумы находятся в определенном соотношении с фазами сердечного цикла. Шумы часто выслушиваются у детей, даже у совершенно здоровых, при этом они более звучные и отчетливые.

Шумы различают по интенсивности (громкости), тембру (грубый, жесткий, дующий, нежный, мягкий, музыкальный, скребущий), продолжительности (короткий или длинный), локализации (точки или зоны максимальной слышимости), по связи с систолой, диастолой или с тонами, по области преимущественного проведения, по отношению к перемене положения тела и физической нагрузке.

Систолические шумы возникают в сердце и крупных сосудах в фазу сокращения (систолу) и выслушиваются между первым и вторым тоном.

Диастолические шумы возникают в фазу диастолы и выслушиваются во время большой паузы между вторым и первым тоном.

Интенсивность шумов может быть очень разной. Громкость зависит от скорости кровотока и условий проведения звука на грудную стенку. Наиболее громкие шумы выслушиваются при небольших пороках с сохраненной сократительной способностью миокарда у худых детей. Интенсивность шума зависит от величины ударного объема: чем он больше, тем сильнее шум.

Выделяют две группы шумов: внутрисердечные и внесердечные. Внутрисердечные делят на органические, обусловленные дефектами клапанов или перегородок сердца, и неорганические (функциональные), при которых пороков сердца нет.

Органические шумы возникают при наличии анатомических особенностей стенок, отверстий или клапанов сердца. Они возникают при врожденных или приобретенных пороках, воспалении эндокарда и перикарда, поражении миокарда. Функциональные шумы выслушиваются более чем у

50% детей после 2 лет.

Функциональным шумам присущи следующие свойства:

- они практически всегда являются систолическими;
- непродолжительны, редко занимают всю систолу, обычно слышны в середине систолы;
- по характеру могут быть мягкими или "музыкальными";
- выслушиваются на ограниченном участке;
- не проводятся на другие точки;
- непостоянны, зависят от положения тела (лучше выслушиваются в положении лежа), фазы дыхания (исчезают или резко ослабляются на глубине вдоха), физической нагрузки (меняют интенсивность и тембр).

Из внесердечных шумов наиболее часто встречаются шумы при анемии, обусловленные изменением реологических свойств крови.

Артериальное давление измеряют на руках и ногах ребенка, разница должна составлять 15-20 мм. рт. ст.

Важное значение для диагностики заболеваний сердца имеет ЭКГ, которая у детей разного возраста имеет ряд особенностей. Для объективной оценки шумов используют фонокардиографию (ФКГ), поликардиографию, эхокардиографию (ЭхоКГ), допплерографию. Последняя, как и реовазография, позволяет судить о состоянии сосудов.

СЕМИОТИКА ПОРАЖЕНИЯ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ

Цианоз. Тотальный цианоз кожи и видимых слизистых оболочек у детей обычно наблюдается при врожденном пороке сердца синего типа. Цианоз с вишнево-красным оттенком характерен для стеноза легочной артерии или неревматического кардита с малой полостью левого желудочка. Акроцианоз часто наблюдается при митральном пороке. "Митральная бабочка" отмечается при митральном стенозе.

Бледность кожи и слизистых оболочек обычно наблюдается при аортальных пороках сердца или инфекционном эндокардите.

Сердцебиение чаще отмечается при "несердечной" патологии: вегетососудистой дистонии, анемии, тиреотоксикозе, гиперкортицизме, желудочно-кишечных заболеваниях, лихорадочных состояниях, инфекционных болезнях, а также при эмоциональных стрессах, высоком стоянии диафрагмы.

Ощущение "перебоев" наблюдается при экстрасистолии, которая может иметь нейрогенную природу или быть обусловлена органическим поражением сердца.

Боли в сердце могут возникнуть при нарушении коронарного кровообращения, в частности при аномальном отхождении левой коронарной артерии от легочной артерии, при кардитах, перикардитах, а также при отсутствии изменений в сердце у эмоционально лабильных детей. Боли в области сердца могут возникать рефлекторно при язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки, холецистите, диафрагмальной грыже, добавочном ребре, плечелопаточном периартериите и др.

Одышка возникает при застойных явлениях в малом круге кровообращения, из-за нарушения оттока крови из легочных вен в левое предсердие при митральном стенозе, кардите с уменьшением полости левого желудочка, слипчивом перикардите, недостаточности митрального клапана. Одышка может быть также обусловлена правожелудочковой недостаточностью при остром или хроническом легочном сердце, эмболией легочной артерии и др.

Общие сердечные отеки указывают на правожелудочковую недостаточность. Локальные отеки одной голени или бедра свидетельствуют о тромбофлебите.

Пульсацию сонных артерий "пляску каротид" можно увидеть при недостаточности клапанов аорты. Это обычно сопровождается непроизвольным киванием головой (симптом Мюссе).

Набухание и пульсации шейных вен отмечаются при сдавлении, облитерации или тромбировании верхней полой вены, что сопровождается отеком лица и шеи (воротник Стокса). Пульсация шейных вен наблюдается при препятствии оттоку крови из правого предсердия, недостаточности трикуспидального клапана.

Расширение вен нижних конечностей и боковых поверхностей грудной клетки наблюдается при затруднении оттока через нижнюю полую вену.

Смещение верхушечного толчка отмечается при увеличении левого и правого желудочков, увеличении всей массы сердца, а также при высоком или низком стоянии диафрагмы, повышении давления в одной из плевральных полостей, спаечных процессах.

Сердечный толчок может быть виден и пальпируется у детей при тяжелом физическом напряжении, тиреотоксикозе, смещении сердца кпереди, гипертрофии правого желудочка.

Пульс. Частый пульс отмечается во время физических и психических нагрузок, при тахикардии, сердечной недостаточности, анемиях, тиреотоксикозе, болевом синдроме. При повышении температуры тела на один градус пульс учащается на 8-10 ударов в 1 мин.

Редкий пульс может быть во время сна, у тренированных людей, при отрицательных эмоциях, при блокадах проводящей системы сердца, слабости синусового узла, внутричерепной гипертензии, при гипотиреозе, дифтерии, менингите и др. Ослабление пульса свидетельствует о сужении артерии, по которой проходит пульсовая волна.

Увеличение размеров сердца происходит в основном за счет увеличения его полостей. Правая граница сердца расширяется при увеличении правого предсердия или правого желудочка. Расширение сердца влево происходит при дилатации и гипертрофии левого желудочка. Расширение сердца вверх происходит при значительном расширении левого предсердия. Увеличение границ сердца во все стороны может быть при экссудативном перикардите, при сочетанных и комбинированных пороках.

Тоны сердца. Ослабление обоих тонов сердца может быть обусловлено ухудшением проведения звука при ожирении, гипертрофии мышц, эмфиземе легких, наличии экссудата в левой плевральной или перикардиальной полости, а также при поражении миокарда.

Ослабление I тона возникает при недостаточности митрального и аортального клапанов, замедлении атриовентрикулярной проводимости, поражении миокарда (снижении сократительной способности).

Ослабление II тона на аорте наблюдается при аортальных пороках сердца, на легочной артерии – при недостаточности клапанов легочной артерии или стенозе ее устья.

Усиление обоих тонов сердца может быть у худых детей, при наличии тонкой грудной стенки, высоком стоянии диафрагмы.

Усиление I тона отмечается при тонкой грудной клетке, физическом и эмоциональном напряжении, при некоторых патологических условиях: открытый артериальный проток, дефект межжелудочковой перегородки, укороченном интервале PQ. Хлопающий I тон на верхушке выслушивается при митральном стенозе, а у основания мечевидного отростка – при стенозе правого атриовентрикулярного отверстия, пушечный I тон – при полной атриовентрикулярной блокаде, когда одно временно сокращаются предсердия и желудочки.

Акцент II тона над аортой чаще всего отмечается при артериальной гипертензии. Акцент II тона над легочной артерией свидетельствует о гипертрофии правого желудочка вследствие легочной гипертензии, которая возникает при пороках сердца, заболеваниях легких, приводящих к уменьшению бассейна малого круга кровообращения, при деформациях грудной клетки.

Отчетливый III тон выслушивается при ваготонии, повышенном кровотоке через атриовентрикулярные клапаны (лево-правый шунт, митральная или трикуспидальная недостаточность). Первый, второй и третий фоны формируют хорошо слышный трехчленный ритм – ритм галопа.

Эмбриокардия (маятникообразный ритм) возникает при острой сердечной недостаточности, пароксизмальной тахикардии, высокой лихорадке и др.

Самостоятельная работа студентов.

Схема обследования больного

Органы дыхания.

<u>При общем осмотре обратить внимание на:</u>

- цианоз в покое и при физической нагрузке (крике, сосании);
- раздувание крыльев носа;
- втяжение уступчивых мест грудной клетки;

- одышку, ее характер, частоту и ритм дыхания, соотношение пульса и частоты дыхательных движений;
- характеристику плача, крика, голоса и кашля;
- исследование носоглотки;
- характер перкуторного звука, границы легких и подвижность легочных краев;
- перкуторные признаки увеличенных бронхиальных лимфоузлов (с-м Кораньи, паравертебральные укорочения, с-м "чаши");
- при аускультации обратить внимание на характер дыхания (ослабленное, везикулярное, бронхиальное, пуэрильное), наличие хрипов, шум трения плевры.

Органы кровообращения.

При общем осмотре органов обратить внимание на:

- дополнительный анамнез (усталость при физической нагрузке, давно ли отмечается отечность и цианоз);
- цианоз кожных покровов, отеки, пальцы в виде "барабанных палочек", одышку;
- сердечный горб, пульсацию в области яремных вен, периферических артерий и капилляров;
- пальпацию верхушечного и сердечного толчка (характеристика локализации, площади);
- перкуторные границы относительной и абсолютной сердечной тупости;
- при аускультации – характеристика тонов сердца, наличие шумов, их изменение при перемене положения, физической нагрузке, функциональных пробах. Изменение ритма. Дать характеристику пульса;
- измерить АД.

При оценке параклинических методов исследования обратить внимание на:

- рентгенограммы легких, сердца;
- данные спирографии, ЖЕЛ, пикфлоуметрии;
- ЭКГ, ФКГ, ЭхоКГ.

Ситуационные задачи

Задача №1

Ребенок 2 лет заболел респираторной инфекцией. Помимо катаральных явлений в зеве, у него возникла одышка экспираторного характера с удлиненным свистящим выдохом, непостоянными резнокалиберными и свистящими хрипами в легких.

Вопросы:

1. Поставьте предварительный диагноз.

е особенности дыхательной системы ребенка раннего возраста способствуют
новению подобного осложнения респираторной инфекции?

Задача №2

Ребенок 3 мес., болен второй день: затруднение носового дыхания, необильные слизистые выделения из носа, редкий сухой кашель, температура тела 37,5°С. С третьего дня болезни состояние ухудшилось: кашель приобрел спастический характер, появилась и быстро наросла одышка до 80 в мин. Ребенок стал беспокойным, была однократная рвота. Температура тела 37,3°С.

При осмотре состояние ребенка тяжелое. Кожные покровы, слизистые оболочки губ и полости рта синюшные, дыхание шумное, "пыхтящее", поверхностное с затрудненным выдохом и участием в акте дыхания вспомогательных мышц (крылья носа, плечевой пояс), втяжением межреберных промежутков. Грудная клетка вздута, над легкими – коробочный оттенок звука, границы сердечной тупости уменьшены, верхние границы печени и селезенки смещены вниз на одно межреберье. При аускультации дыхание жесткое, выдох резко удлинен, на вдохе и выдохе спереди и сзади с обеих сторон выслушивается масса мелкопузырчатых и крепитирующих хрипов. Тоны сердца звучные, ЧСС - 172 в 1 мин, акцент I тона над легочной артерией. Границы сердца соответствуют возрасту. Другие органы и системы при физикальном обследовании без особенностей.

ы:

диагноз?

ите наиболее типичные симптомы.

ите план неотложной помощи.

Задача №3

Ребенок 4 мес. при кормлении грудью быстро устает, а при крике появляется преходящий цианоз. Из анамнеза выяснено, что ребенок от I беременности, срочных родов. Мама в первой половине беременности перенесла ОРВИ с высокой температурой, лечилась самостоятельно народными средствами. По профессии мать ребенка – маляр. Генеалогический анамнез не отягощен. Семья неполная, материально-бытовые условия удовлетворительные. При осмотре: левая граница относительной сердечной тупости – по левой передне-подмышечной линии, аускультативно определяется грубый систоло-диастолический шум во 2-ом межреберье слева.

Вопросы:

1. Ваш предполагаемый диагноз?
2. На каких данных основано ваше предположение?
3. Какие исследования необходимо провести ребенку для подтверждения вашего диагноза?

Тестовый контроль.

1) При заболеваниях детей раннего возраста развитию обструкции бронхов способствуют все перечисленные ниже причины **кроме**:
   а) недоразвитие хрящевого каркаса и эластических волокон;
   б) недостаточное кровоснабжение слизистых оболочек;
   в) узость просвета бронхов;
   г) гиперсекреция слизи
2) У детей пуэрильное дыхание обусловлено:
   а) узостью носовых ходов;
   б) тонкой стенкой грудной клетки;
   в) широким просветом бронхов;
   г) повышенной воздушностью легочной ткани
3) У детей пуэрильное дыхание выслушивается в возрасте:
   а) с рождения до 4 лет;
   б) с 6 мес. до 5-7 лет;
   в) с 1 года до 8 лет;
   г) 6 мес. до 12 лет
4) У доношенного новорожденного ребенка частота дыхания при спокойном бодрствовании составляет в 1 мин:
   а) 18 – 20
   б) 25 – 30
   в) 30 – 40
   г) 40 – 50
   д) 60 – 70
5) С какого возраста соотношение ЧД и ЧСС составляет 1:4:
   а) с 6 мес.
   б) с 1 года
   в) с 5 лет
   г) с 10 лет
6) Анатомическими особенностями носа у детей раннего возраста являются все перечисленные ниже **кроме:**
   а) недоразвитие полостей
   б) нежность слизистой оболочки
   в) плотность хрящей
   г) узость носовых ходов
   д) несформированный нижний ход
7) Апноэ у новорожденных детей связано:
   а) с недостатком сурфактанта

б) незрелостью дыхательного центра
в) со слабостью сокращения диафрагмы
г) с гипоксией дыхательного центра

8) Особенностями гортани у детей раннего возраста являются:
а) хорошее развитие эластической ткани
б) узость голосовой щели
в) длинные голосовые связки
г) нежность слизистой оболочки
д) податливость хрящей

9) Малая глубина дыхания у детей раннего возраста обусловлена всеми факторами **кроме:**
а) большой частотой дыханий
б) малым количеством альвеол
в) малой экскурсией грудной клетки
г) слабостью дыхательной мускулатуры

10) На заднюю поверхность грудной клетки справа проецируются доли легкого:
а) верхняя
б) средняя
в) нижняя

11) Потребность в кислороде на 1 кг. массы тела у детей по сравнению со взрослыми
а) больше
б) меньше
в) такая же

12) Минутный объем дыхания на 1 кг. массы тела у детей по сравнению со взрослыми
а) такой же
б) меньше
в) больше

13) Газообмен в легких у детей в расчете на 1 кг. массы тела по сравнению со взрослыми
а) такой же
б) больше
в) меньше

14) На переднюю поверхность грудной клетки справа проецируются доли легкого:
а) нижняя
б) средняя
в) верхняя
г) язычковая

15) Высота стояния верхушек у детей дошкольного возраста спереди:
а) 1 – 2 см.
б) 4 – 5 см.
в) 6 – 7 см.
г) не выходят за ключицу

16) Нижняя граница легких у детей по лопаточной линии находится на уровне:
а) VIII ребра
б) IX ребра
в) X ребра
г) XI ребра

17) Инспираторная одышка характерна для:
а) пневмонии
б) крупа
в) астматического бронхита
г) бронхиолита

18) Ослабление голосового дрожания на стороне поражения свойственно при:
а) пневмонии
б) пневмотораксе

в) наличии полостей в легких

19. Для расчета среднего систолического артериального давления у детей старше года используется формула:

а) 60 +2n

б) 90 +n

в) 90 + 2n

г) 100 + n, где n — возраст в годах

20. Соотношение просвета вен и артерий у детей раннего возраста:

а) 2:1

б) 1:1

в) 1:2

г) 1:3

21. Редкость инфарктов миокарда у детей первых лет жизни объясняется типом кровоснабжения сердечной мышцы:

а) магистральным

б) рассыпным

в) смешанным

22. Соотношение просвета легочной артерии и аорты над клапаном составляет у новорожденных:

а) аорта меньше легочной артерии

б) аорта больше легочной артерии

в) одинаковы

23. Поперечник сердца относительно грудной клетки у детей с возрастом:

а) увеличивается

б) уменьшается

в) не меняется

24. У детей с возрастом ударный объем крови:

а) увеличивается

б) уменьшается

в) не изменяется

25. У детей с возрастом скорость кровотока:

а) увеличивается

б) не меняется

в) уменьшается

26. У доношенного новорожденного средняя частота сердечных сокращений составляет:

а) 90 в 1 мин

б) 110 в 1 мин

в) 140 в 1 мин

г) 170 в 1 мин

27. Среднее диастолическое артериальное давление (мм. рт. ст.) у детей старше 1 года рассчитывается по формуле:

а) 40 + 2 n, где n – возраст в годах

б) 50 + n

в) 60 + n

г) 70 + 2n

28.Артериальное давление на ногах по сравнению с руками:

а) такое же

б) выше

в) ниже

29.У новорожденного левая граница относительной сердечной тупости сердца находится:

а) по срединно-ключичной линии

б) по передней подмышечной линии

в) кнаружи от срединно-ключичной линии на 1-2 см.

г) кнутри от срединно-ключичной линии на 1-2 см.

30. Положение электрической оси сердца по данным ЭКГ у детей раннего возраста
а) отклонение влево
б) отклонение вправо
в) нормальная позиция
31.Отличительными признаками функционального шума в сердце у детей являются:
а) мягкий тембр
б) постоянный
в) связан с тонами
г) проводится экстракардиально
д) меняется после физической нагрузки
32.Кардиоторакальный индекс (%) у детей до 1 года составляет:
а) 25
б) 30
в) 45
г) 55
33.Особенности сосудов у детей по сравнению со взрослыми:
а) просвет вен шире просвета артерий;
б) темп роста крупных артерий с возрастом опережает скорость увеличения объема сердца;
в) большая скорость кровотока;
г) при рождении – мышечный тип строения сосудов большого круга кровообращения
34. Длительность систолы желудочков у новорожденных по отношению к диастоле:
а) больше
б) меньше
в) такая же

Занятие №6 по теме:
"ОСОБЕННОСТИ КРОВЕТВОРЕНИЯ У ДЕТЕЙ".

I. Научно-методическое обоснование темы.

Заболевания системы крови являются актуальной проблемой здравоохранения, особенно в педиатрии. Даже легкие формы патологии оказывают отрицательное влияние на развитие и формирование ребенка в любом возрастном периоде, отражаясь в последующем на состоянии здоровья, работоспособность взрослого человека.

Тяжелые формы представляют непосредственную угрозу жизни или длительной, иногда пожизненной инвалидности. В связи с этим в программу для студентов-лечебников включены вопросы морфофизиологических особенностей системы крови у детей.

II. Цель деятельности студентов.

Студент должен знать:

- анатомо-физиологические особенности кроветворной системы у детей;
- основные этапы становления кроветворения анте- и постнатально;
- физиологическую роль морфологических элементов крови;
- методы объективного, клинико-лабораторного и инструментального исследования пациентов с заболеваниями крови;
- нормативы показателей периферической крови и миелограммы у детей различного возраста;
- основные механизмы гемостаза с современных позиций;
- семиотику болезней крови.

Студент должен уметь:

- собрать и оценить социальный, биологический и генеалогический анамнез;
- провести антропометрическое обследование ребенка, дать оценку его физического развития;
- провести клиническое обследование гематологического больного;
- составить план необходимого дополнительного обследования;

- оценить результаты клинического и биохимического анализа крови, инструментальных методов исследования;
- оказать неотложную помощь при геморрагическом синдроме;
- выписать рецепты на противоанемические препараты детям разных возрастных групп.

III. Содержание обучения:

1. Этапы антенатального кроветворения – характеристика, практическое значение.
2. Современная схема кроветворения.
3. Особенности периферического состава крови у детей, возрастная динамика.
4. Группы крови у детей. Основные эритроцитарные антигены крови, практическое значение.
5. Лейкоцитарные антигены крови: общее понятие, роль, значение в патологии детского возраста.
6. Гемостаз (определение, основные механизмы).
7. Лабораторные методы исследования в гематологии.

IV. Учебно-материальное обеспечение.

1. Наглядные пособия: таблицы, схемы, мультимедийные презентации, видеофильмы, аудиограммы.
2. Учебная медицинская документация (истории болезни, лабораторные исследования, рентгенограммы).
3. Технические средства обучения.
4. Литература.

V. Список литературы:

1. Пропедевтика детских болезней [Электронный ресурс] : учебник / Юрьев В. В. и др.; под ред. В. В. Юрьева, М. М. Хомича. - М. ГЭОТАР-Медиа, 2012. Режим доступа: http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970422151.html
2.. Физикальное обследование ребенка [Электронный ресурс] : учеб. пособие / Р.Р. Кильдиярова, Ю.Ф. Лобанов, Т.И. Легонькова - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015. Режим доступа: http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970432433.html
3. Детские болезни. Т. 1. [Электронный ресурс] / Запруднов А.М., Григорьев К.И., Харитонова Л.А. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. Режим доступа: http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970424216.html
4. Детские болезни: учебник: в 2 т. / Запруднов А. М., Григорьев К. И., Харитонова Л. А. - 2-е изд., перераб. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2013. - Т. 1. - 768 с. : ил - ISBN 978-5-9704-2421-6.
5. Детские болезни [Электронный ресурс] : учебник / под ред. Р. Р. Кильдияровой - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015. Режим доступа: http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970429488.html
6. Лабораторные и функциональные исследования в практике педиатра [Электронный ресурс] / Кильдиярова Р.Р. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2012. Режим доступа: http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970419588.html
7. Кильдиярова, Р. Р. Клинические нормы. Педиатрия / Кильдиярова Р. Р. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2019. - 384 с. - ISBN 978-5-9704-5235-6. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970452356.html
8.Лекции по педиатрии.
9.Методические указания для внеаудиторной работы студентов

VI. Перечень вопросов для проверки исходного уровня знаний:

1. Охарактеризуйте современную схему кроветворения.
2. Какие группы крови Вы знаете? Понятие об основных эритроцитарных антигенах крови, их практическом значении.
3. Назовите основные механизмы гемостаза.
4. Назовите основные лабораторные методы исследования в гематологии, их практическое значение.
5. Назовите основные симптомы поражения системы кроветворения.

VII. Перечень вопросов для проверки конечного уровня знаний:

1. Охарактеризуйте этапы антенатального кроветворения.
2. Какие особенности периферического состава крови у детей и возрастная их динамика Вам известны?
3. Что такое лейкоцитарные антигены крови? Охарактеризуйте их роль, значение в патологии детского возраста.
4. Какие основные клинико-лабораторные симптомы, характерны для заболеваний крови у детей?

Блок информации

АФО КРОВЕТВОРЕНИЯ У ДЕТЕЙ

Кроветворением (гемопоэзом) называют процессы возникновения и созревания форменных элементов крови. На протяжении внутриутробного периода происходит последовательная смена кроветворных органов. Различают периоды желточного, печеночного и костномозгового (медуллярного) кроветворения.

Лимфоидная ткань начинает дифференцироваться только к концу внутриутробного периода, примерно с 7-го мес. Важную роль в становлении лимфопоэза играет тимус.

После рождения ребенка образование эритроцитов, зернистых лейкоцитов и тромбоцитов происходит в костном мозге. Лимфоциты образуются в лимфоузлах, тимусе, селезенке, солитарных фолликулах кишечника, пейеровых бляшках. У детей раннего возраста гемопоэз протекает повсеместно. Масса костного мозга по отношению к массе тела в 1,5-3 раза больше, чем у взрослых. На 4-м году после рождения у детей начинается перерождение красного костного мозга в жировой, этот процесс продолжается до 14-15 лет. К периоду полового созревания кроветворение сохраняется в красном костном мозге губчатого вещества тел позвонков, ребер, грудины, бедренных костей и костей голени (после 30 лет гемопоэз происходит только в костном мозге грудины, ребер и позвонков).

Количество и свойства крови.

Количество крови у новорожденных детей – около 0,5 л, у взрослых – 4-6 л, но количество крови, приходящееся на единицу массы тела у новорожденных больше (11-20%), чем у взрослых (6-8%). У мальчиков относительно большее количество крови, чем у девочек. В состоянии покоя у взрослого в циркуляции находится 2/3 объема крови, остальная кровь находится в депо. Депонирование крови является одной из функций селезенки. У новорожденных эта ее функция выражена слабо, т.к. формирование опорно-сократительного аппарата сосудов и капсулы селезенки заканчивается к 12-14 годам.

Гематокритное число (отношение объема форменных элементов крови к объему плазмы) у взрослых составляет 40-45%. В 1-й день после рождения этот показатель выше – 54%, к концу 1-го месяца жизни достигает значений взрослых. Белки плазмы крови у детей содержатся в меньшей концентрации, чем у взрослого. У новорожденного – в среднем 56 г/л, к концу 1-го мес. – 48 г/л. Лишь к 3-4 годам концентрация белка крови достигает значений взрослого (70-80 г/л).

Для плазмы крови детей первых лет характерно иное, чем у взрослых соотношение белковых фракций. У новорожденных отмечается более высокое содержание гамма-глобулинов (плод получает их от матери). Содержание альфа 1- и бета-глобулинов в плазме крови новорожденных ниже, чем у взрослых, постепенно повышаясь к концу первого года жизни.

Эритроциты. В первый день после рождения концентрация эритроцитов в среднем 6,1 х 10^{12}/л. В периоде новорожденности наблюдается снижение содержания эритроцитов и к 1 мес. составляет 4,7 х 10^{12}/л.

Снижение концентрации эритроцитов в крови новорожденных объясняется их повышенным разрушением. Максимальная скорость разрушения эритроцитов наблюдается на 2-3 день после рождения. В это время она превышает таковую в 7 раз. Одновременно с разрушением происходит образование новых клеток, содержащих вместо фетального гемоглобин взрослых.

Разрушение эритроцитов у новорожденных сопровождается развитием физиологической желтухи. Она появляется на 2-3 день жизни и исчезает на 7-10 день. Уменьшение концентрации эритроцитов в крови продолжается на протяжении первых месяцев жизни. Наиболее низкая концентрация эритроцитов наблюдается в возрасте 5-6 мес., в среднем 4,1 х 10^{12}/л. В результате

воздействия неблагоприятных факторов (неправильное вскармливание, недостаток прогулок, инфекционные заболевания и др.) снижение количества эритроцитов может быть более выраженное. Далее отмечается увеличение количества эритроцитов.

Для новорожденных характерно значительное различие диаметра отдельных клеток (от 3 до 10 мкм) – анизоцитоз. Вместе с тем средний диаметр эритроцитов детей первых дней жизни несколько больший (8,1 мкм), чем у взрослых (7,5 мкм). При рождении около 8% эритроцитов имеет неправильную форму (куполообразную, стоматоцитарную, сфероцитарную и др.), количество таких эритроцитов к концу 1 нед. снижается до 5%. В первые дни после рождения относительно велико содержание ретикулоцитов. Их содержание снижается с 4,5% в первые сутки до 0,6% к 8 дню жизни. В крови взрослого содержится 0,75-0,85% ретикулоцитов.

Гемолиз в гипотонических растворах у новорожденных характеризуется снижением минимальной (0,48-0,52, у взрослых – 0,44-0,48) и повышением максимальной (0,24-0,3, у взрослых – 0,28-0,36) осмотической резистентности.

СОЭ у новорожденных равна 1-2 мм/час. Малая СОЭ объясняется в основном низкой концентрацией глобулинов. СОЭ увеличивается со 2-го мес. после рождения и составляет до конца грудного возраста 3-4 мм/час.

Гемоглобин.

В отдельные периоды индивидуального развития человека в созревающих эритроцитах синтезируются разные формы гемоглобина. В эритроцитах эмбриона содержится эмбриональный гемоглобин (HвE или HвP). К 3-му мес. внутриутробного развития эмбриональный гемоглобин замещается фетальным гемоглобином (HвF). У доношенных новорожденных детей фетальный гемоглобин составляет 70%, остальное количество представлено HвA.

После рождения фетальный гемоглобин заменяется на HвA, в конце 2-й недели содержание которого составляет около 50%. У детей в возрасте 35-40 дней подавляющее количество уже представлено HвA.

Кровь новорожденных содержит очень большое количество гемоглобина 220-240 г/л. Со 2-го дня концентрация гемоглобина начинает снижаться и к 9-15 дню составляет 190 г/л, а в возрасте 1 мес. – 145 г/л.

Цветной показатель в течение 1 нед. после рождения имеет величины 0,9-1,3, что говорит о гиперхромии. У детей 1-го года цв. показатель 0,75-0,8, а старше года – 0,85-1,05. Среднее количество гемоглобина в эритроците в абсолютных единицах составляет после рождения 33,3 пг., в 5-6 мес. – 1 пг., у взрослых – 30 пг.

Лейкоциты.

У новорожденных содержание лейкоцитов велико, им свойствен физиологических лейкоцитоз (10-30 х 10^9/л). У детей грудного возраста концентрация лейкоцитов составляет (6-12 х 10^9/л). После года отмечается снижение этого показателя и к 15 годам концентрация лейкоцитов соответствует норме взрослого (4-9 х 10^9/л).

Относительное содержание нейтрофилов и лимфоцитов у детей значительно меняется. В 1-й день после рождения нейтрофилы составляют 68% от общего количества лейкоцитов, а лимфоциты – 25%, т.е. соотношение такое же, как и у взрослых. Начиная со 2-го дня, содержание нейтрофилов уменьшается, а лимфоцитов увеличивается. В возрасте 5-6 дней содержание нейтрофилов и лимфоцитов выравнивается и составляет 43-45% (первый перекрест). В дальнейшем относительное снижение количества нейтрофилов и увеличение содержания лимфоцитов продолжается. На 2-3 мес. после рождения количество лимфоцитов достигает максимума (60-63%), а нейтрофилов – минимума (25-27%). Затем количество нейтрофилов увеличивается, а лимфоцитов уменьшается. В возрасте 5-6 лет количество этих лейкоцитов вновь уравнивается (второй перекрест). После 15 лет относительное количество нейтрофилов и лимфоцитов становится таким же, как и у взрослых.

В конце внутриутробного периода и вскоре после рождения дифференцируются Т- и В-лимфоциты. Стволовые клетки костного мозга мигрируют в тимус. Здесь под действием гормона тимозина образуются Т-лимфоциты. Местом образования В-лимфоцитов предположительно являются миндалины, червеобразный отросток, пейеровы бляшки. Т- и В-лимфоциты перемещаются в лимфатические узлы и селезенку. Относительное содержание Т-лимфоцитов у новорожденного меньше, чем у взрослого (35-56%). Однако в силу физиологического лейкоцитоза абсолютное

количество их выше. У детей старше 2 лет доля Т-лимфоцитов такая же, как у взрослых (60-70%).

Тромбоциты.

Снижение концентрации тромбоцитов наблюдается к 7-9 дню жизни ребенка (165-180 х 10^9/л), а концу 2-й нед. достигает величин взрослого (150-400 х 10^9/л) и не меняется существенно в дальнейшем. Чем младше ребенок, тем больше у него содержание юных форм тромбоцитов, с чем связано снижение способности их к агрегации, выделению фактора 3 и серотонина.

Свертывание крови.

К моменту рождения значения этих факторов также значительно снижены. Несмотря на это, время свертывания крови плодов с 6 мес. и новорожденных близко к норме взрослых. Продолжительность кровотечения также соответствует норме взрослых (2-4 мин по Дюке). Это объясняется тем, что скорость свертывания определяется не только концентрацией отдельных факторов, но и соотношением их концентраций.

Задания для самостоятельной подготовки:

1. Решите тестовые задания и ситуационные задачи.
2. Осмотрите и опишите в рабочих тетрадях больного с патологией крови.

Схема обследования ребенка с заболеванием крови

При сборе анамнеза обратить внимание на:

- болезни кроветворной системы среди семьи и ближайших родственников;
- условия жизни: питание семьи, производственная вредность;
- число беременностей, абортов, выкидышей; болезни в периоде беременности, течение родов; время перевязки пуповины, кровопотеря;
- доношенность и зрелость ребенка при рождении;
- дефекты питания, заболевания (частота, тяжесть, реакция кроветворной системы;
- начало и развитие признаков болезни.

При объективном обследовании обратить внимание на:

- тяжесть состояния;
- цвет кожных покровов;
- наличие геморрагических сыпей и кровоизлияний (их характеристика, количество, расположение, глубина, динамика);
- болезненность в костях, состояние суставов;
- состояние лимфатического аппарата;
- состояние сердечно-сосудистой системы;
- размеры печени и селезенки;
- состояние других органов и систем.

При оценке лабораторных анализов обратить внимание на:

- количество, величину, форму, окраску эритроцитов;
- количество гемоглобина, СОЭ, цветной показатель;
- количество ретикулоцитов, тромбоцитов, резистентность эритроцитов; геморрагический комплекс (свертываемость, время кровотечения);
- гематокрит;
- количество лейкоцитов, лейкоцитарную формулу;
- миелограмму (общее количество бластов, соотношение клеток разных ростков).

Ситуационные задачи

Задача №1

Анализ крови ребенка 10 мес.:

Эр-4,5 х 10^{12}/л, Нв-120 г/л, Ley-10,5 х 10^9/л, э-2%, п/я-7%, с/я-32%, л/ц-55%, м/ц-4%, СОЭ-15 мм/час.

Задание: интерпретируйте анализ.

Задача №2

Анализ крови ребенка 8 лет:

Эр – 3,2 х 10^{12}/л, Нв – 90 г/л, Leу – 5,5 х 10^{9}/л, э-3%, п/я-3%, с/я-24%, л/ц-58%, м/ц-8%, плазматические клетки – 4%, СОЭ – 10 мм/час.

Задание: интерпретируйте анализ.

Задача №3

Анализ крови ребенка 12 лет:

Эр – 4,2 х 10^{12}/л, Нв – 100 г/л, Leу – 8,5 х 10^{9}/л, Trb -98 х 10^{9}/л, э-10%, п/я-3%, с/я-54%, л/ц- 27%, м/ц-6%, СОЭ – 21 мм/час.

Задание: интерпретируйте анализ.

Тестовый контроль.

1. Уровень гемоглобина в г/л сразу после рождения ребенка составляет:

1) 90-110
2) 120-140
3) 110-130
4) 180-240
5) 160-180

2. Уровень гемоглобина в г/л у детей старше 1 года составляет:

1) 90-110
2) 100-130
3) 120-140
4) 160-180
5) 180-240

3. Количество лимфоцитов (в %) у детей 4-5 лет составляет:

1) 10-15
2) 20-30
3) 30-40
4) 40-45
5) 50-60

4. Количество нейтрофилов (в %) у детей 4-5 лет составляет:

1) 10-15
2) 25-30
3) 30-40
4) 40-45
5) 60-70

5. Количество ретикулоцитов (в ‰) у детей старше 10 дней составляет:

1) 0-3
2) 3-5
3) 5-10
4) 10-15
5) 40-60

Занятие №7 по теме:
"АНАТОМО-ФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ СИСТЕМ ПИЩЕВАРЕНИЯ И МОЧЕОБРАЗОВАНИЯ".

I. Научно-методическое обоснование темы.

Заболевания пищеварительной и мочеобразовательной систем являются актуальной проблемой здравоохранения, особенно в педиатрии. Даже легкие формы патологии оказывают отрицательное влияние на развитие и формирование ребенка в любом возрастном периоде, отражаясь в последующем на состоянии здоровья, работоспособность взрослого человека.

Тяжелые формы представляют непосредственную угрозу жизни или длительной, иногда пожизненной инвалидности. В связи с этим в программу для студентов-лечебников включены вопросы морфофизиологических особенностей систем пищеварения и мочеобразования у детей.

II. Цель деятельности студентов.

Студент должен знать:

- анатомо-физиологические особенности пищеварительной и мочевыделительной систем у детей;
- методы объективного, клинико-лабораторного и инструментального исследования пациентов с заболеваниями органов пищеварения и мочевыделения;
- причины срыгиваний у детей грудного возраста;
- влияние анатомо-физиологических особенностей на патологию пищеварительного тракта;
- особенности микропейзажа кала у ребенка раннего возраста;
- особенности мочеиспускания и мочи у детей;
- семиотику болезней пищеварительной и мочевыделительной систем;

Студент должен уметь:

- собрать и оценить социальный, биологический и генеалогический анамнез;
- провести антропометрическое обследование ребенка, дать оценку его физического развития;
- провести клиническое обследование гастроэнтерологического и нефрологического больного;
- составить план необходимого дополнительного обследования;
- оценить результаты клинического и биохимического анализа крови, мочи, мочевых проб, дуоденального и желудочного зондирования, инструментальных методов исследования;
- дать оценку диуреза, стула;
- оказать неотложную помощь при острой почечной недостаточности;
- выписать рецепты на антибиотики, мочегонные, желчегонные, ферментные препараты детям разных возрастных групп.

III. Содержание обучения:

1. Анатомо-физиологические особенности пищеварительной системы у детей.
2. Особенности кишечного пищеварения у детей в зависимости от типа вскармливания
3. Функциональные особенности пищеварительной системы, предрасполагающие к развитию токсикозов у детей.
4. Особенности кишечной микрофлоры у детей. Роль сапрофитной микрофлоры кишечника.
5. Анатомо-физиологические особенности мочевыделительной системы у детей.
6. Особенности концентрационной и фильтрационной функции почек в возрастном аспекте.

IV. Учебно-материальное обеспечение.

1. Наглядные пособия: таблицы, схемы, мультимедийные презентации, видеофильмы, аудиограммы.
2. Учебная медицинская документация (истории болезни, лабораторные исследования, рентгенограммы).
3. Технические средства обучения.
4. Литература.

V. Список литературы:

1. Пропедевтика детских болезней [Электронный ресурс] : учебник / Юрьев В. В. и др.; под ред. В. В. Юрьева, М. М. Хомича. - М. ГЭОТАР-Медиа, 2012. Режим доступа: http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970422151.html

2.. Физикальное обследование ребенка [Электронный ресурс] : учеб. пособие / Р.Р. Кильдиярова,

Ю.Ф. Лобанов, Т.И. Легонькова - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015. Режим доступа: http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970432433.html
3. Детские болезни. Т. 1. [Электронный ресурс] / Запруднов А.М., Григорьев К.И., Харитонова Л.А. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. Режим доступа: http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970424216.html
4. Детские болезни: учебник: в 2 т. / Запруднов А. М., Григорьев К. И., Харитонова Л. А. - 2-е изд., перераб. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2013. - Т. 1. - 768 с. : ил - ISBN 978-5-9704-2421-6.
5. Детские болезни [Электронный ресурс] : учебник / под ред. Р. Р. Кильдияровой - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015. Режим доступа: http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970429488.html
6. Лабораторные и функциональные исследования в практике педиатра [Электронный ресурс] / Кильдиярова Р.Р. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2012. Режим доступа: http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970419588.html
7. Кильдиярова, Р. Р. Клинические нормы. Педиатрия / Кильдиярова Р. Р. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2019. - 384 с. - ISBN 978-5-9704-5235-6. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970452356.html
8.Лекции по педиатрии.
9.Методические указания для внеаудиторной работы студентов

VI. Перечень вопросов для проверки исходного уровня знаний:

1. Назовите отделы пищеварительной системы, их функции.
2. Какие основные жалобы предъявляют гастроэнтерологические больные?
3. Назовите основные функции печени.
4. Какие дополнительные методы исследования используются в гастроэнтерологической практике?
5. Что является основной структурной единицей почки? Из каких отделов состоит?
6. Назовите основные этапы мочеобразования.
7. Какие симптомы можно выявить при осмотре больных с патологией мочевыделительной системы?
8. Какие методы исследования мочевыделительной системы Вы знаете?

VII. Перечень вопросов для проверки конечного уровня знаний:

1. Назовите особенности строения и функционирования пищеварительного тракта ребенка.
2. Какие типы вскармливания детей первого года жизни Вы знаете?
3. Какие функциональные особенности пищеварительной системы предрасполагают к развитию токсикозов у детей?
4. Как изменяется микробный пейзаж кишечника детей, начиная с момента рождения?
5. Что такое сапрофитная микрофлора? Какие функции в организме выполняет?
6. Назовите анатомо-физиологические особенности мочевыделительной системы у детей.
7. Какие особенности имеет концентрационная и фильтрационная функция почек у детей?
8. Каким образом анатомо-физиологические особенности пищеварительной и мочевыделительной систем способствуют быстрому развитию токсикозов у детей?

Блок информации

АФО МОЧЕВЫДЕЛИТЕЛЬНОЙ СИСТЕМЫ

Почки располагаются в верхних отделах забрюшинного пространства. Они покрыты соединительнотканной капсулой, а спереди еще и серозной оболочкой. Вещество почки образовано двумя слоями: корковым (наружным) и мозговым (внутренним), который делится на дольки, называемыми пирамидами. Вершины пирамид (сосочки) выступают в почечные чашечки. Структурной и функциональной единицей почечной ткани является нефрон, состоящий из сосудистого клубочка (гломерулы), капсулы Шумлянского-Боумена, системы почечных канальцев (проксимальных, петли Генле, дистальных), собирательных трубочек (хотя последние морфологически к нефрону не относятся), кровеносных, лимфатических сосудов, нейрогуморальных элементов. Собирательные трубочки, многократно сливаясь, образуют сосочковый канал, который

вливается в чашечку почки. Общее
число нефронов в обеих почках около 2 млн. В них происходят сложные процессы образования мочи: гломерулярная фильтрация, канальцевая реабсорбция (активный и пассивный транспорт веществ из просвета канальцев в кровь), канальцевая секреция (транспорт веществ из тканевой жидкости в просвет канальцев).

К моменту рождения морфологическое и функциональное созревание почки еще не закончено. Относительно большие размеры почек и более короткий поясничный отдел позвоночника обусловливают низкое топографическое расположение почек у детей первых лет жизни. У них нижний полюс расположен ниже гребешка подвздошной кости. Эта особенность исчезает к 2 годам.

У детей младшего возраста почки более подвижны, чем у взрослых. Это связано со слабым развитием у них околопочечной клетчатки, пред- и позадипочечной фасций. Формирование фиксационных механизмов заканчивается к 5-8 годам. В первые годы жизни почки имеют дольчатое строение (исчезающее к 2-5 годам), мозговой слой преобладает над корковым (1:4).

У доношенного новорожденного имеется уже достаточное количество нефронов, и только у недоношенных детей их новообразование идет еще некоторое время после рождения. Число клубочков в единице объема почечной ткани даже больше, чем у детей старшего возраста. Однако у новорожденного клубочки почек имеют маленький диаметр, многие из них слабо дифференцированы и не функционируют, капиллярная сеть клубочков спавшаяся. Висцеральный листок капсулы Шумлянского-Боумена, покрывающий капилляры гломерул, состоит из кубического и цилиндрического эпителия, который с возрастом превращается в плоский и глубже погружается между петлями капилляров.

Канальцы и петли Генле – их просвет в 2 раза уже, чем у взрослых.

Юкстагломерулярный аппарат, играющий важную роль в образовании ренина и в контроле за выведением натрия, формируется к 2 годам. Окончательное созревание коркового вещества заканчивается к 3-5 годам, а почки в целом – к школьному возрасту.

Морфологически незрелость нефрона определяет особенности функции почек новорожденных и детей раннего возраста.

У них относительно низкая клубочковая фильтрация (особенно на первом году жизни), у детей первых 3-6 мес. ограничены реабсорбционная и секреторная функции почек вследствие недостаточной зрелости ферментных (энзиматических) систем канальцев. Сниженная концентрационная функция объясняется незрелостью осморецепторов, низкой чувствительностью дистальных канальцев и собирательных трубочек к антидиуретическому гормону, малой длиной петли Генле, низкой гломерулярной фильтрацией (и соответственно низким канальцевым наполнением) и несовершенством регуляторных влияний надпочечников. Концентрационной способности, аналогичной взрослым, почки детей достигают к 9-12 мес. Несмотря на несовершенство многих функций, почки детей первого года жизни в физиологических условиях при естественном вскармливании поддерживают гомеостаз на должном уровне. Однако при переводе ребенка на искусственное вскармливание, особенно в первые дни жизни, равновесие кислот и оснований легко сдвигается в кислую сторону, т. е. появляется так называемый физиологический ацидоз.

Вследствие несовершенства осмо- и волюморегуляции детские почки неспособны быстро и эффективно нормализовать водные и электролитные нарушения. Они не могут энергично вывести воду при ее избытке или сэкономить жидкость при ее недостатке, значительно активнее, чем у взрослых, реабсорбируют натрий, который депонируется в тканях организма. Поэтому у детей легко возникают и отеки, и дегидратация. Об этом надо помнить при проведении инфузионной терапии.

Относительно низкую и медленную экскрецию детскими почками многих веществ, в том числе антибиотиков, необходимо учитывать при назначении лекарственных препаратов, солевых растворов и т. д.

У здоровых новорожденных первых 3 дней жизни мочи выделяется очень мало (транзиторная олигурия) или ее совсем нет (в первые 12 ч), что обусловлено малым поступлением жидкости в организм, ее экстраренальными потерями и особенностями гемодинамики. В дальнейшем в связи с интенсивностью обмена веществ и своеобразием рациона дети выделяют мочи относительно больше, чем взрослые. Суточное количество мочи у детей до 10 лет можно рассчитать по формуле:

600 + 100(n-1);

где 600 – суточный диурез годовалого ребенка, а n – возраст в годах.

На первой неделе жизни (3-5-й день) у большинства новорожденных отмечается физиологическое состояние – мочекислый инфаркт почек – отложение кристаллов мочевой кислоты в просвете собирательных трубочек и сосочковых каналов. Причинами повышенного выделения мочевой кислоты в это время являются катаболическая направленность обмена веществ и распад большого количества клеток, в основном лейкоцитов, из нуклеиновых кислот ядер которых образуется много пуриновых и пиримидиновых оснований (конечный продукт их метаболизма – мочевая кислота). Моча ребенка в этот период мутноватая, красновато-кирпичного цвета, оставляющая на пеленках пятна соответствующей окраски.

Мочевыводящие пути у детей младших возрастных групп отличаются недостаточным развитием в их стенках мышечной и эластической ткани.

Мочеточники отходят от лоханок под прямым углом, они более извиты, гипотоничны, имеют относительно большой диаметр. Эти анатомические особенности лоханок и мочеточников предрасполагают к нарушению пассажа, застою мочи и к последующему присоединению микробно-воспалительного процесса в вышележащих отделах.

Мочевой пузырь у детей грудного возраста расположен выше, чем у взрослых (над симфизом), с возрастом он постепенно спускается в малый таз. Передняя его стенка не покрыта брюшиной и предлежит к передней стенке брюшной полости. Мочеиспускательный канал (уретра) у девочек во все возрастные периоды короче и шире, чем у мальчиков. Его кривизна у детей грудного возраста выражена сильнее, чем у взрослых. Акт мочеиспускания в первые месяцы жизни осуществляется на основе врожденных безусловных спинальных рефлексов. По мере роста и развития ребенка он превращается в произвольный процесс, регулируемый под коркой и корой головного мозга. Число мочеиспусканий в сутки у новорожденных (кроме первых дней жизни) – 20-25 раз, с 6 мес. до 1 года – 15-16, в 3 года – 7-8.

МЕТОДИКА ИССЛЕДОВАНИЯ

РАССПРОС

При расспросе ребенка и его родителей следует активно выявить следующие возможные жалобы и нарушения самочувствия:

- боли в животе и поясничной области;
- дизурические расстройства (частые или редкие, болезненные мочеиспускания, недержание и неудержание мочи, энурез);
- отеки, нередко рассматривающиеся родителями как быстрая прибавка у ребенка в массе тела;
- повышение артериального давления, иногда сопровождающееся головной болью, головокружением, болями в области сердца;
- изменение внешнего вида мочи (помутнение, появление осадка, изменение цвета) и результаты произведенных анализов;
- "немотивированные" подъемы температуры до фебрильных цифр или длительный субфебрилитет;
- нарушение зрения, слуха;
- диспепсические расстройства (тошнота, рвота, снижение аппетита, понос), жажда, зуд кожи;
- слабость, вялость, повышенная утомляемость, недомогание, адинамия, похудание.

Необходимо также уточнение анамнеза болезни, семейного, аллергологического.

Осмотр позволяет выявить следующие патологические признаки:

Бледность кожных покровов (из-за спазма артериол или присоединения анемии); восковая бледность характерна для амилоидоза почек; бледность с иктеричным оттенком – для уремии (при этом можно отметить расчесы, экхимозы на коже, обложенный сухой язык, почувствовать запах аммиака, исходящий изо рта или от кожи больного).

Отеки (или пастозность) на лице и конечностях. Отеки могут быть общими, распространенными по всему телу (анасарка), с накоплением жидкости в полостях: брюшной (асцит), плевральной (гидроторакс) в полости перикарда (гидроперикард).

Припухание поясничной области на стороне поражения наблюдается при паранефрите.

Изменения поведения ребенка во время мочеиспускания: дети грудного возраста выражают

болезненность при мочеиспускании криком, возникающим во время или сразу после мочеиспускания. При гиперрефлекторной форме нейрогенной дисфункции мочевого пузыря акт мочеиспускания продолжается длительное время, часто, в несколько приемов. Дети прибегают к надавливанию руками на переднюю брюшную стенку.

ПАЛЬПАЦИЯ

Этот метод используют для обнаружения отеков, пастозности тканей. Почки (чаще правую) можно прощупать у детей первых 2 лет жизни (особенно с пониженным питанием) вследствие относительно больших размеров и низкого расположения. У детей старшего возраста почки в норме не пальпируются.

Обнаружение почек при пальпации у детей старшего возраста свидетельствует об их увеличении или смещении. Увеличенные почки могут прощупываться при воспалении, гидро-, пионефрозе, поликистозе, опухоли, викарной гипертрофии единственной почки. Иногда удается выявить опущение почки (нефроптоз), дистопированную или блуждающую почку.

Пальпацию живота используют для выявления болезненности или чувствительности по ходу мочеточников, проекциями которых на переднюю брюшную стенку являются верхние и нижние мочеточниковые точки.

ПЕРКУССИЯ

Поколачивание поясничной области (модифицированный симптом Пастернацкого) используют для выявления болезненности или неприятных ощущений, иногда отдающихся в ногу или нижнюю половину живота, которые могут возникать при проведении данного исследования (в этом случае симптом оценивается как положительный). Положительный симптом поколачивания определяется при воспалительных процессах в почках и околопочечной клетчатке (пиелонефрит, паранефрит и др.), мочекаменной болезни.

Перкуссией можно определить высоту стояния верхнего полюса наполненного мочевого пузыря над лобком. Перкуторно выявляют также наличие свободной жидкости в брюшной полости

ЛАБОРАТОРНЫЕ И ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫЕ МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Анализ мочи является информативным тестом для диагностики заболеваний мочевой системы. Он включает определение физических свойств, химического состава мочи и микроскопию ее осадка. Моча здорового ребенка прозрачная, соломенно-желтого цвета, что обусловлено наличием в ней урохромов, уробилиноидов, уроэритрина и других веществ, чаще слабокислой реакции (однако нормальные колебания pH составляют 5,0-7,0). Относительная плотность ее 1005-1028, что зависит от возраста ребенка и водной нагрузки, изменяющейся в физиологических условиях. В норме в осадке мочи содержится не более 3-4 лейкоцитов в поле зрения у мальчиков и 5-6 – у девочек; могут встречаться единичные эритроциты (0-1 в поле зрения), гиалиновые цилиндры (в норме 1-2 в поле зрения). В моче здорового ребенка нет белка (или незначительное количество – следы), сахара, солей, желчных пигментов, бактерий. Белок в моче обнаруживается у большинства новорожденных в первые дни жизни (физиологическая альбуминурия) вследствие повышенной проницаемости эпителия клубочков, канальцев, на фоне особенностей гемодинамики в этот период. Исчезает к концу 1-й недели, а со 2-й недели наличие белка в моче рассматривается как патологический признак.

Общий анализ мочи дает ориентировочную оценку изменений мочевого осадка, поэтому при выявлении последних используют количественные тесты (методы Нечипоренко, Аддиса-Каковского, количественную оценку бактериурии).

Метод Нечипоренко: подсчет клеточных элементов в 1 мл. свежевыпущенной мочи (средней порции). ***В норме*** лейкоциты составляют 0-2000, эритроциты – 0-1000.

Метод Аддиса-Каковского: подсчет клеточных элементов в суточном количестве мочи. ***В норме*** лейкоцитов 0-2 млн., эритроцитов – 0-1 млн.

Бактериологическое исследование мочи. Производят посев утренней мочи, собранной в стерильную посуду. Через 24 ч. осуществляют качественную и количественную оценку результатов. Выявляют вид возбудителя и его чувствительность к антибактериальным препаратам. Патологической является бактериурия более 100 000 микробных тел в 1 мл мочи.

Функциональные почечные пробы. Исследование функционального состояния почек позволяет судить о локализации и выраженности структурных повреждений их паренхимы.

Функцию клубочков оценивают по уровню креатинина, мочевины в сыворотке крови, т. е. по

способности к азотовыделению, и по объему клубочковой фильтрации, которую определяют по клиренсу эндогенного креатинина (модифицированная проба Реберга), т. е. по количеству плазмы крови в миллилитрах, полностью освободившейся от данного вещества за 1 мин. ***В норме*** для детей старше 1 года клубочковая фильтрация, рассчитанная данным методом, составляет: 80-120 мл/мин х 1,73 $м^2$, у новорожденных 30-50 мл/мин х 1,73 $м^2$.

Концентрационную способность почек, отражающую функцию петли Генле, дистальных канальцев и собирательных трубочек, оценивают по относительной плотности мочи в однократном анализе и в пробе по Зимницкому, которая представляет собой определение количества мочи и ее плотности на протяжении суток через каждые 3 ч (всего 8 порций). Первые четыре порции составляют дневной диурез, оставшиеся – ночной. Колебания относительной плотности мочи в течение суток в норме составляют: в возрасте до 1 года – 1005-1016, у детей младшего возраста – 1010-1025, старшего – 1011-1028. Соотношение дневного и ночного диуреза у здорового ребенка – 3:1 - 4:1.

При необходимости проводят углубленное обследование ребенка, включающее ультразвуковое, эндоскопическое (цистоскопия), рентгенологические (ренография, экскреторная урография, ангиография и др.), радиологические (ренография, нефросцинтиграфия и др.) исследования и нефробиопсию, которые позволяют уточнить анатомическое и функциональное состояние мочевых органов, сосудистую архитектонику и микроскопическую структуру почек.

СЕМИОТИКА ПОРАЖЕНИЯ МОЧЕВОЙ СИСТЕМЫ

О патологии органов мочевой системы у детей наиболее часто свидетельствуют появление мочевого, болевого, отечного синдромов, дизурических расстройств и артериальной гипертензии.

Мочевой синдром.

Цвет мочи становится:

- коричнево-красным (типа "мясных помоев") при гематурии;
- очень светлым (как вода) при полиурии разного генеза;
- насыщенным, желто-коричневым (как "крепкий чай") при олигурии, с пеной ("пиво с желтой пеной") при заболеваниях печени или у новорожденных за счет гемолиза эритроцитов;
- темно-коричневым при состояниях, вызывающих повышенный распад белков (лихорадка, тяжелые инфекции, гипертиреоз).

Мочевой синдром, представленный чаще всего лейкоцитурией, гематурией и протеинурией, является, как правило, первым признаком нефро или уропатии.

Лейкоцитурия – обнаружение в моче большого количества лейкоцитов. Она является основным симптомом микробно-воспалительного процесса в мочевых путях и поражения тубулоинтерстициальной ткани почек. В первом случае лейкоцитурия имеет нейтрофильный характер. О почечном ее происхождении свидетельствуют лейкоциты с измененной формой (клетки Штеригеймера- Мальбина), активные лейкоциты (клетки с признаками броуновского движения в цитоплазме) и лейкоцитарные цилиндры. Во втором случае (при гломерулонефритах, наследственном и интерстициальном нефритах) лейкоцитурия имеет мононуклеарный характер, т. е. в мочевом осадке преобладают лимфоциты и моноциты. Эозинофилы появляются в моче при аллергических заболеваниях.

Бактериурия (наличие в моче бактерий) наряду с лейкоцитурией свидетельствует об инфекции мочевых путей. Наиболее часто в посеве мочи обнаруживают кишечную палочку, разнообразные штаммы протея, синегнойную палочку и другие грамотрицательные микроорганизмы, иногда грамположительную флору. Эпителиальные клетки могут попадать в мочу из различных участков мочевой, а также половой систем. Появление клеток переходного эпителия характерно для воспалительного процесса в лоханках и мочевом пузыре, клеток призматического эпителия почечных канальцев – для острых и хронических патологических процессов в почках (гломерулонефриты, волчаночный нефрит и др.), лихорадочных состояний, интоксикаций, инфекционных заболеваний.

Гематурия – наличие в моче более 3 эритроцитов в поле зрения в утренней порции или более 1000 в пробе по Нечипоренко. Она является признаком поражения клубочков почек, сосудов, реже тубулоинтерстициальной ткани и встречается при гломерулонефрите, нефропатии, наследственном, интерстициальном, вторичных нефритах, дизметаболической нефропатии, аномалиях почечных

сосудов, геморрагических циститах, пиелонефритах, мочекаменной болезни, гемолитико-уремическом синдроме, туберкулезе, опухолях почек.

Выраженность гематурии бывает различной. Если ее обнаруживают только при микроскопии мочевого осадка, то это микрогематурия, если макроскопически это макрогематурия. Последняя чаще всего наблюдается при остром гломерулонефрите, геморрагическом васкулите, геморрагическом цистите.

Протеинурия – обнаружение белка в моче (более 100 мг. в сутки). Она появляется при повреждении базальной мембраны капилляров клубочков, приводящем к повышению ее проницаемости, при нарушении функциональной способности проксимальных канальцев реабсорбировать плазменные белки.

Цилиндрурия – наличие в моче цилиндров (белковых и клеточных образований канальцевого происхождения). Различают гиалиновые, зернистые и восковидные цилиндры. Обнаружение двух последних видов свидетельствует о серьезном поражении почек.

Кристаллурия – появление кристаллов солей (уратов, оксалатов, фосфатов) в моче. Изолированная кристаллурия может выявляться у здоровых детей вследствие особенностей диеты, недостаточного употребления жидкости или повышенной ее экстраренальной потери при физической нагрузке, в жаркий сезон. Кристаллурия, сочетающаяся с изменениями мочевого осадка, чаще с гематурией, характерна для дизметаболической нефропатии и мочекаменной болезни.

Олигурия (уменьшение диуреза до 20-30% от нормы) или анурия (около 6-7% от нормы) возникает в результате снижения или полного прекращения образования мочи почками из-за падения клубочковой фильтрации, нервно-рефлекторного спазма или препятствия к оттоку в нижних мочевых путях. Чаще всего эти симптомы отражают развитие острой почечной недостаточности (ОПН).

Полиурия – увеличение суточного диуреза в 1,5 раза и более по сравнению с нормой. В физиологических условиях полиурия является следствием чрезмерного употребления жидкости (полидипсия), охлаждения организма. Выявляется у больных с сахарным диабетом, хронической почечной недостаточностью (ХПН), ОПН (в диуретической фазе, у реконвалесцентов), после лихорадочных состояний, при схождении отеков

Никтурия – преобладание ночного диуреза над дневным, свидетельствует об удлинении времени работы почек вследствие падения их функции.

Изменения относительной плотности мочи отражают нарушение способности почек концентрировать и разводить мочу.

Гипостенурия максимальная относительная плотность мочи составляет 1008 и ниже. В большинстве случаев она сопровождает полиурию и отмечается при тех же физиологических и патологических состояниях.

Сочетание гипостенурии с полиурией и никтурией – характерный признак функциональной недостаточности почек.

Изостенурия – колебание относительной плотности мочи в пределах 1010-1012, т. е. она равна относительной плотности безбелкового фильтрата плазмы.

Изостенурия развивается при выраженном нефросклерозе, являющемся конечной стадией многих хронических заболеваний почек.

Высокая плотность мочи (1030 и более) наблюдается при ограничении питья, высокой температуре окружающего воздуха, сахарном диабете.

Дизурические расстройства – нарушение акта мочеиспускания (частые, болезненные мочеиспускания, недержание или неудержание мочи, задержка мочеиспускания). Учащенные мочеиспускания малыми порциями – "каплями" (поллакурия) свойственны инфекциям нижних отделов мочевых путей, нейрогенной
дисфункции мочевого пузыря. В первом случае мочеиспускания могут быть болезненными, иногда в конце их рези усиливаются (например, при остром цистите).

Боли во время мочеиспускания в поясничной области и в одной из половин живота, острые или тупые, рецидивирующие – признак пузырно-мочеточникового рефлюкса.

Недержание мочи (моча выделяется без позыва к мочеиспусканию) и неудержание мочи (у ребенка есть позыв к мочеиспусканию, но он не в состоянии удержать мочу) возникают при хронических запущенных циститах, гиперрефлекторной форме нейрогенной дисфункции мочевого

пузыря, повреждении спинного мозга.

Энурез (ночное недержание мочи) отмечается при органическом поражении нервной системы, а также при пороках развития и воспалительных заболеваниях мочевой системы.

Задержка мочеиспускания (ишурия). Острая ишурия возникает при парафимозе, камнях уретры, полном травматическом разрыве уретры. Хроническая ишурия, при которой наблюдаются запаздывание мочеиспускания, выполнение его в несколько этапов, прерывистость струи, характерна для гипорефлекторной формы нейрогенной дисфункции мочевого пузыря, уретрогидронефроза, пузырно-мочеточникового рефлюкса.

Экстраренальными проявлениями заболеваний мочевой системы наиболее часто являются отеки и артериальная гипертензия.

Пищеварение в периодах новорожденности и грудного возраста

Лактотрофное и смешанное питание.

Молочное или лактотрофное питание – чрезвычайно важный период в жизни ребенка. Только этот тип питания может обеспечить растущий организм необходимыми пластическими и энергетическими ресурсами в условиях еще недостаточно развитого пищеварительного аппарата. Молочное питание является промежуточным этапом между внутриутробным питанием и дефинитивным питанием. Через молоко осуществляется связь организма ребенка с матерью, что важно не только в поставке питательных веществ в организм ребенка, но и его иммунной защите (в формировании устойчивости к инфекциям). С молоком матери ребенок получает витамины, ферменты, минеральные соли, физиологически активные вещества, поэтому преждевременное лишение ребенка материнского молока – трагедия для ребенка. Молоко не может быть полностью компенсировано искусственным вскармливанием.

Но для возрастающих пластических и энергетических потребностей детей 5-6 мес. уже не хватает материнского молока, поэтому с этого возраста начинается постепенно увеличивающийся прикорм – переход на смешанное вскармливание. Начало прикорма совпадает по времени с формированием механизмов переваривания и всасывания питательных веществ немолочной пищи. С другой стороны, введение прикормов ускоряет развитие пищеварительной системы и адаптацию ее деятельности к дефинитивному питанию.

Первые 2 сут. после родов молочные железы матери выделяют густую вязкую жидкость – молозиво. Оно отличается от зрелого молока большим содержанием белков (в том числе глобулинов), незаменимых аминокислот и солей, меньшим содержанием углеводов и жиров. В состав жиров молозива входит в основном олеиновая кислота, которая по сравнению с другими жирными кислотами легче усваивается детьми. Для формирования иммунитета ребенка важно наличие в молозиве антигенов. Со 2-3-го дня молозиво переходит в молозивное молоко, с 4-5 дня – в переходное молоко, а со 2-3 недели – в зрелое молоко. Эти сроки непостоянны. Калорийность 1 л женского молока около 700 ккал.

Сосание – рефлекторный акт, вызываемый механическим раздражением рецепторов губ. Сосательный рефлекс формируется в онтогенезе очень рано. Его признаки имеются у плодов 13 нед. Для возникновения сосания и слюноотделения большое значение имеет раздражение вкусовых рецепторов. Они функционируют сразу после рождения, хотя вкусовая чувствительность в этом возрасте ниже, чем у взрослых.

Аутолитическое пищеварение.

В гидролизе питательных веществ грудного молока в ЖКТ ребенка участвует аутолитическое и собственное пищеварение. Аутолитическое пищеварение при лактотрофном питании производится содержащимися в молоке ферментами. Молоко, особенно молозиво, содержит ряд ферментов, в том числе гидролитических. Ферменты молока синтезируются молочными железами, транспортируются из крови матери, куда поставляются ее пищеварительными железами, а также высвобождаются из форменных элементов молока, особенно из лейкоцитов.

Молоко обладает высокой липолитической и эстеразной активностью. Активность липаз молока повышается в желудке ребенка. Они гидролизуют триглицерины молока в широком диапазоне. Молоко, в особенности молозиво, обладает амилолитической активностью, в них содержится несколько изоформ амилазы, несколько протеаз, большая часть которых относится к

пептидазам, а также фосфатазы и другие гидролазы. С увеличением срока лактации до 8-9 мес. содержание ферментов в молоке постепенно снижается.

Аутолитическое пищеварение имеет существенное значение в первые сутки и недели после рождения. При сниженной ферментативной активности молока рост и развитие ребенка задерживаются. В дальнейшем все более повышается роль собственного пищеварения.

Собственное пищеварение. Роль слюны.

Слюнные железы новорожденного выделяют мало слюны. С 4-х месячного возраста объем саливации увеличивается и к 1 году достигает 150 мл в день (около 1/10 секреции у взрослых). Ранний переход на смешанное питание увеличивает объем саливации. Она значительно усиливается также в период прорезывания зубов (физиологическая гиперсаливация).

Пища грудного ребенка – молоко, а одним из назначений слюны является увлажнение пищи. Естественно, такую функцию у грудных детей слюна не выполняет, но она участвует в других процессах. Для эффективного сосания необходима герметичность контакта губ ребенка с грудью. Такая герметичность обеспечивается смачиванием места контакта слюной. Нарушение слюноотделения (а также проходимости носа) делает акт сосания неполноценным или невозможным. Важна слюна и в переваривании молока. Хотя ферментативная активность слюны новорожденных низка, действие ее на молоко способствует его створаживанию в желудке с образованием мелких хлопьев, что облегчает гидролиз казеина. Активность амилазы слюны у новорожденных низкая (около 1/3 уровня взрослых). Она повышается во втором полугодии и достигает уровня взрослых в течение 1-2 лет после рождения. Ниже, чем у взрослых, и активность лизоцима (мурамидазы).

Пищеварение в желудке.

У новорожденных желудок имеет округлую форму. К 1-му году он становится продолговатым, а форму, характерную для взрослого приобретает лишь к 7-11 годам. Емкость желудка новорожденного 5-10 мл. Емкость желудка увеличивается в первые недели до 30-35 мл, к концу года - до 250-300 мл. Слизистая оболочка менее складчатая, нежнее и тоньше, чем у взрослых. Трубчатые железы короче и имеют более широкий просвет. В составе желез меньше гландулоцитов. Содержимое желудка только родившегося ребенка может быть слабощелочным, нейтральным или слабокислым (pH около 6). В желудке содержится то или иное количество амниотической жидкости. В первые 6-12 ч pH быстро снижается (до 1-2), а затем нарастает (до 4-6) к концу недели. В дальнейшем pH вновь постепенно уменьшается и к концу 1-го года становится равным 3-4. Кислотность желудочного сока в раннем постнатальном периоде в основном обусловлена не соляной, а молочной кислотой. Развитие секреции соляной кислоты зависит от типа питания. Кислотность сока минимальна при вскармливании материнским молоком. Она примерно в 2 раза увеличивается при смешанном вскармливании, а при раннем переводе на искусственное вскармливание увеличивается еще в 2-4 раза. Ферменты желудочного сока в этом возрасте адаптированы к гидролизу казеина: он расщепляется с большей скоростью, чем другие белки. Белки растительного происхождения в первые 2 мес. после рождения практически не расщепляются, эта способность появляется в возрасте 2-3 мес. с 4-х мес. она имеет высокие показатели. Белки мяса начинают перевариваться желудочным соком еще позже - в возрасте 5-6 мес., эта активность становится хорошо выраженной у 7 мес. детей.

С периода новорожденности до конца 1-го года жизни протеолитическая активность желудочного сока увеличивается в 3 раза, но остается в 2 раза ниже, чем у взрослых. Железы желудка секретируют несколько изоформ пепсиногена. Для новорожденных характерно выделение железами желудка фетального пепсина (оптимум pH 3,5). Он обладает в 1,5 раза большей способностью створаживать молоко, чем пепсин. К 2-х месячному возрасту выделение фетального пепсина снижается, ведущая роль в протеолизе переходит к пепсину и гастриксину.

Желудочный сок новорожденных имеет относительно высокую липолитическую активность, он гидролизует эмульгированные жиры молока.

Кардиальный сфинктер новорожденных имеет низкий тонус, вследствие чего у них отмечается гастроэзофагальный рефлюкс и срыгивание. Моторная периодика желудка натощак у новорожденных отсутствует, что связано с незрелостью нервных регуляторных механизмов. Имеются лишь слабые непрерывные сокращения желудка. Эвакуация содержимого желудка после кормления ребенка грудным молоком происходит за 2-3 ч. Это определяет частоту кормлений. Питательная смесь с коровьим молоком того же объема при искусственном вскармливании задерживается в желудке

дольше – 3-4 ч.

Пищеварение в тонкой кишке.

Длина кишечника у детей по отношению к длине тела больше, чем у взрослого человека, и в зависимости от возраста это соотношение составляет: у новорожденных – 8,5:1; в 1 год – 7,5:1; у взрослых – 5,5:1. Слизистая оболочка более тонкая и нежная, ворсинок меньше, чем у взрослых. У новорожденных их 7-12, а у взрослых – 30-40 на 1мм^2. Мышечная оболочка кишечника у новорожденных развита слабо, формирование интрамуральной нервной системы не закончено, оно продолжается до 3-5 лет.

Становление секреции ферментов поджелудочной железы происходит не одновременно. В возрасте 2 лет хорошо стимулируется секреция как протеаз, так и амилазы и липазы. Объем панкреатической секреции к концу 1-го года увеличивается в 10 раз, а выделение амилазы - в 25 раз. С возрастом увеличивается секреция трипсиногена, химотрипсиногена, липазы, фосфолипазы и пептидаз. Переход на смешанное, и особенно на искусственное вскармливание сильно повышает как объем секреции, так и ферментовыделение.

Печень новорожденного ребенка относительно велика и составляет приблизительно 4% массы тела (у взрослых – 2-3%). В течение 1-го года масса печени удваивается. Желчный пузырь у новорожденных мал и узок, заложен глубоко в паренхиме печени. У новорожденного желчеобразование происходит достаточно интенсивно – на 1 кг. массы тела желчи выделяется в 4 раза больше, чем у взрослых, но абсолютное количество желчи невелико и с возрастом увеличивается. В желчи детей ниже концентрация желчных кислот, холестерина и солей, но в ней больше муцина и пигментов, чем у взрослых. В желчи детей относительно больше таурохолевой, а в желчи взрослых - гликохолевой кислоты. Бедность желчи детей желчными кислотами иногда является причиной недостаточного усвоения жиров и появления их в кале (стеаторея), особенно при раннем прикорме молоком.

Слизистая оболочка тонкой кишки новорожденных обладает высокой ферментативной активностью. За счет этого у ребенка 1-го года интенсивно идет мембранное пищеварение, компенсируя низкую интенсивность полостного пищеварения. У детей раннего возраста имеет большее, чем у взрослых, значение внутриклеточное пищеварение. В течение 1-го года происходит быстрое развитие пищеварительных желез и обеспечиваемого их секретами полостного пищеварения, сочетаемого с мембранным. В раннем периоде детства еще высока проницаемость слизистой оболочки тонкой кишки, некоторое количество высокомолекулярных веществ пищи, в том числе белков, может транспортироваться из полости кишечника в кровоток.

Лактаза тонкой кишки расщепляет лактозу посредством мембранного пищеварения на мономеры – глюкозу и галактозу, которые всасываются в кровь. Коровье молоко содержит более гидролизуемую лактозу, чем женское. Всасывание продуктов ее гидролиза происходит в проксимальном отделе тонкой кишки. В дистальный ее отдел и в толстую кишку лактоза не поступает, но она необходима для развития нормальной микрофлоры кишечника, отсутствие которой ведет к развитию дисбактериоза. Кишечные пептидазы путем мембранного пищеварения гидролизуют олиго- и дипептиды, образующиеся из белков молока под действием протеаз желудочного и панкреатического соков. Белки женского молока перевариваются и всасываются в кишечнике полнее (90-95%), чем коровьего (60-70%).

Роль кишечного пищеварения велика и в гидролизе жиров, особенно содержащих жирные кислоты с длинной углеродной цепью. Гидролиз этих жиров осуществляется панкреатической липазой в присутствии желчных кислот. Жиры женского молока усваиваются на 95%, а коровьего – в меньшем количестве из-за низкого содержания в желчи желчных кислот.

Процессы в полости рта.

В первые месяцы после рождения зубы находятся под слизистой оболочкой десен. Вначале прорезываются резцы, медиальные, потом боковые – от 6 до 12 мес., затем – первые моляры – от 12 до 16 мес., клыки от 16 до 20 мес., вторые моляры - от 20 до 30 мес. Это – молочные зубы, позднее они выпадают и заменяются на постоянные.

Прорезывание постоянных зубов начинается у детей с 5 лет (первые моляры). Резцы прорезываются в 6-8 лет, клыки – 10-11, моляры - 9-12, вторые моляры - 12-13, третьи моляры – ("зубы мудрости") – 18-25 лет. В связи с акселерацией прорезывание зубов может происходить в более ранние

сроки.

Секреция слюнных желез повышается до 10 лет, амилолитическая активность слюны резко возрастает в возрасте 1-4 лет. В возрасте 10-14 лет слюноотделение варьирует в широких пределах. Амилолитическая активность слюны у мальчиков выше, чем у девочек того же возраста.

Пищеварение в желудке.

С возрастом масса и площадь слизистой оболочки желудка увеличивается. С возрастом увеличивается объем секреции желудочных желез натощак и особенно эффект стимуляции секреции. С возрастом увеличивается также интенсивность секреции пепсиногенов железами желудка.

Пищеварение в кишечнике.

С возрастом совершенствуется пищеварение в тонкой кишке. В полостном пищеварении особенно важной становится роль сока поджелудочной железы, увеличивается ее секреторная активность, к 6-9 годам максимальных величин достигает амилолитическая и липолитическая его активность. С возрастом увеличивается и объем желчеобразования. Укорачивается латентный период сокращения желчного пузыря. В желчи увеличивается количество желчных кислот, что делает более эффективным переваривание жиров. Пузырная желчь у детей первых лет слабощелочная, позже – слабокислая или нейтральная (pH 6,0-7,0).

Усиливается секреция кишечного сока и активность в нем гидролитических ферментов. Пищеварение становится все более активным в начальной трети тонкой кишки, а дистальный ее отдел приобретает значение резервной зоны. При этом уменьшается проницаемость слизистой оболочки тонкой кишки и всасывание высокомолекулярных веществ в кровь и лимфу. Процессы в толстом кишечнике после перехода на дефинитивное питание в основном протекают, как у взрослых.

Задания для самостоятельной подготовки:

1. Решите тестовые задания и ситуационные задачи.
2. Осмотрите и опишите в рабочих тетрадях больного с патологией ЖКТ, крови или мочевыводящего тракта.

Схема обследования ребенка с заболеванием органов пищеварения и мочевыделения.

При сборе анамнеза обратить внимание на:

- вид вскармливания;
- аппетит ребенка;
- наличие срыгивания, рвоты;
- прибавку в массе тела;
- характер стула;
- характер мочеиспускания (болезненное, редкое, частое)

При объективном обследовании обратить внимание на:

- состояние слизистой оболочки ротовой полости;
- количество и состояние зубов;
- язык ребенка (величина, характер налета);
- состояние питания ребенка, тургор мягких тканей, пастозность, отеки;
- форму и размер живота;
- размеры печени, селезенки (плотность, болезненность);
- характер стула;
- наличие симптома Пастернацкого;
- осмотрите наружные половые органы, детям пубертатного периода составьте половую формулу.

При оценке лабораторных анализов обратить внимание на:

- показатели клинического анализа крови (количество эритроцитов, Нв, лейкоцитоз, лейкоцитарную формулу, СОЭ);
- данные общего анализа мочи (наличие бактерий, содержание белка, морфологию мочевого осадка);
- данные мочевых проб (анализа по Ничипоренко, Зимницкого);

- биохимическое исследование крови (билирубин, его фракции, трансаминазы, амилазу, белок, его фракции, креатинин, мочевина, остаточный азот и др.)
- данные фракционного желудочного и дуоденального развития;
- данные копрограммы;
- исследование кала на микрофлору (содержание сапрофитной, патогенной микрофлоры кишечника);
- данные УЗИ почек, печени и желчевыводящих путей, поджелудочной железы;
- рентгенологические исследования (экскреторная урография, микционная цистография, холецистография).

Ситуационные задачи

Задача №1
Общий анализ мочи ребенка 10 лет:
Кол-во – 100,0, прозрачность – мутная, цвет – соломенно-желтый, уд. вес – 1018, белок – 0,3%, эпителий – единичный в п/зр., лейк. – 2-1-2-2 в п/зр., эр. – 10-15-8-10 в п/зр., выщелоченные.
Задание: интерпретируйте анализ.

Задача №2
Общий анализ мочи ребенка 8 лет:
Кол-во – 100,0, прозрачность – мутная, цвет – желтый, уд. вес – 1010, белок –0,03‰, эпителий – большое количество в п/зр., лейк. – 12-20-18-15 в п/зр., эр. – 1-0-1-1 в п/зр.
Задание: интерпретируйте анализ.

Задача №3
Анализ мочи по Нечипоренко ребенка 3 лет:
Лейкоциты – 4500
Эритроциты – 850
Цилиндры – 10
Задание: интерпретируйте анализ.
Задача №4
Анализ мочи по Нечипоренко ребенка 5 лет:
Лейкоциты – 1500
Эритроциты – 2550
Цилиндры – 40
Задание: интерпретируйте анализ.
Задача №5
Анализ мочи по Зимницкому ребенка 4 лет:
6 ч – 50,0 - 1008 18 ч – 150,0 - 1010
9 ч – 100,0 - 1005 21 ч – 100,0 - 1014
12 ч – 80,0 - 1011 24 ч – 30,0 - 1015
15 ч – 120,0 - 1012 3 ч – 20,0 - 1009
Задание: интерпретируйте анализ.

Тестовый контроль.

1. Особенностью функции канальцев почек у детей является:

1) реабсорбция повышена, секреция снижена
2) реабсорбция снижена, секреция повышена
3) обе функции снижены
4) обе функции повышены

2. Количество мочи от количества выпитой жидкости у детей в норме составляет:

1) 20-30 %

2) 30-40 %
3) 40-55 %
4) 55-65 %
5) 70-75 %
6) 85-90 %

3. Число мочеиспусканий у новорожденного ребенка составляет:
1) 3-4
2) 5-10
3) 10-15
4) 20-25

4. Величина клубочковой фильтрации в норме у детей старше 1 года составляет:
1) 150-170 мл/мин
2) 120-150 мл/мин
3) 80-120 мл/мин
4) 50-70 мл/мин
5) 30-60 мл/мин

5. Особенности почечных клубочков у детей по сравнению со взрослыми:
1) по размеру велики, количество их на единицу поверхности больше
2) по размеру велики, количество на единицу поверхности меньше
3) по размеру малы, количество на единицу поверхности меньше
4) по размеру малы, количество на единицу поверхности больше

6. Всасывательная способность тонкой кишки у детей по сравнению со взрослыми:
1) больше
2) меньше
3) такая же

7. Длина тонкой кишки относительно массы тела у детей раннего возраста по сравнению со взрослыми:
1) больше
2) меньше
3) такая же

8. Склонность детей первого года к срыгиваниям объясняется тем, что:
1) желудок расположен вертикально
2) хорошо развит кардиальный отдел желудка
3) дно желудка лежит выше антрально-пилорического отдела
4) хорошо развит пилорический отдел желудка

9. В процессе усвоения пищи у детей первых недель жизни важную роль играет:
1) микрофлора кишечника
2) полостное пищеварение
3) мембранное пищеварение

10. Особенностью тонкой кишки у детей раннего возраста по сравнению со взрослыми является:
1) более мелкие кишечные железы
2) лимфоидная ткань не сгруппирована
3) мало лимфатических сосудов
4) проницаемость слизистой выше

Занятие №8 по теме:
"ВСКАРМЛИВАНИЕ".

I. Научно-методическое обоснование темы:

Состояние здоровья ребенка, его физическое и нервно-психическое развитие во многом определяется характером его питания. Количественная и качественная полноценность питания, начиная с момента рождения, правильность и своевременность введения прикормов – необходимое условие для формирования здорового человека.

II. Цель деятельности студентов.

Студент должен знать:

- анатомо-физиологические особенности органов пищеварения у детей;
- значение естественного вскармливания для нормального развития ребенка;
- состав молозива и зрелого женского молока;
- технику проведения естественного вскармливания;
- причины гипогалактии и методы лечения;
- виды искусственных смесей;
- технику искусственного и смешанного вскармливания;
- способы расчета суточного объема питания детей первого года жизни;
- суточные потребности в основных ингредиентах питания и калориях при разных типах вскармливания ребенка на первом году жизни;
- правила введения прикорма;
- особенности вскармливания детей с аномалиями конституции, рахитом, анемией.

Студент должен уметь:

- оценить физическое и нервно-психическое развитие ребенка;
- оценить питание ребенка первого года жизни;
- рассчитать суточный объем питания и количество молока (смеси) на одно кормление, составить примерное меню на один день;
- рассчитать суточную потребность в основных ингредиентах питания и калориях ребенку первого года жизни;
- провести контрольное кормление;
- провести коррекцию питания ребенка первого года жизни;
- назначить лечение при гипогалактии;
- рассчитать потребности в основных пищевых ингредиентах и калориях в сутки, составить примерное меню на один день ребенку старше года;
- составить рацион питания детям с рахитом, аномалиями конституции и анемией.

III. Содержание обучения:

1. Понятие естественное, смешанное и искусственное вскармливание.
2. Лактация. Факторы, влияющие на лактационную способность молочной железы.
3. Молозиво, переходное и зрелое молоко (состав, калорийность, значение в процессе вскармливания).
4. Преимущества естественного вскармливания ребенка.
5. Техника проведения естественного вскармливания.
6. Затруднения при естественном вскармливании со стороны ребенка и матери. Противопоказания к грудному вскармливанию.
7. Суточная потребность в основных ингредиентах питания и калориях ребенка первого года жизни в зависимости от типа вскармливания, коррекция питания.
8. Гипогалактия (определение, причины, классификация, методы лечения).
9. Правила, сроки введения прикорма.
10. Особенности вскармливания недоношенных.
11. Показания для перевода на смешанное и искусственное вскармливание, техника проведения.
12. Характеристика заменителей материнского молока.
13. Питание детей после года.
14. Особенности питания детей с рахитом, аномалиями конституции, анемией.

IV. Учебно-материальное обеспечение.

1. Наглядные пособия: таблицы, схемы, мультимедийные презентации, видеофильмы, аудиограммы.
2. Учебная медицинская документация (истории болезни, лабораторные исследования, рентгенограммы).
3. Технические средства обучения.
4. Литература.

V. Список литературы:

1. Пропедевтика детских болезней [Электронный ресурс] : учебник / Юрьев В. В. и др.; под ред. В. В. Юрьева, М. М. Хомича. - М. ГЭОТАР-Медиа, 2012. Режим доступа: http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970422151.html
2.. Физикальное обследование ребенка [Электронный ресурс] : учеб. пособие / Р.Р. Кильдиярова, Ю.Ф. Лобанов, Т.И. Легонькова - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015. Режим доступа: http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970432433.html
3. Детские болезни. Т. 1. [Электронный ресурс] / Запруднов А.М., Григорьев К.И., Харитонова Л.А. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. Режим доступа: http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970424216.html
4. Детские болезни: учебник: в 2 т. / Запруднов А. М., Григорьев К. И., Харитонова Л. А. - 2-е изд., перераб. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2013. - Т. 1. - 768 с. : ил - ISBN 978-5-9704-2421-6.
5. Детские болезни [Электронный ресурс] : учебник / под ред. Р. Р. Кильдияровой - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015. Режим доступа: http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970429488.html
6. Лабораторные и функциональные исследования в практике педиатра [Электронный ресурс] / Кильдиярова Р.Р. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2012. Режим доступа: http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970419588.html
7. Кильдиярова, Р. Р. Клинические нормы. Педиатрия / Кильдиярова Р. Р. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2019. - 384 с. - ISBN 978-5-9704-5235-6. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970452356.html
8.Лекции по педиатрии.
9.Методические указания для внеаудиторной работы студентов

VI. Перечень вопросов для проверки исходного уровня знаний:

1. Анатомо-физиологические особенности пищеварительной системы у детей.
2. Особенности пищеварения у недоношенных.
3. Что такое "лактация"? Какие факторы влияют на лактационную способность молочной железы.
4. Назовите основные этапы становления лактации (молозиво, переходное и зрелое молоко). Какое значение они имеют в процессе вскармливания?

VII. Перечень вопросов для проверки конечного уровня знаний:

1. Дайте определение понятиям "естественное", "смешанное" и "искусственное" вскармливание.
2. Какие преимущества имеет вскармливание ребенка грудным молоком?
3. Опишите технику прикладывания ребенка к груди.
4. Какие затруднения со стороны ребенка и матери могут возникнуть при естественном вскармливании?
5. Перечислите противопоказания к грудному вскармливанию.
6. Назовите суточную потребность в основных ингредиентах питания и калориях ребенка первого года жизни в зависимости от типа вскармливания.
7. Что такое "гипогалактия"? Назовите основные причины ее возникновения. Какие методы лечения применяются при гипогалактии?
8. Назовите сроки и правила, введения прикорма.
9. Назовите особенности вскармливания недоношенных.
10. Назовите показания для перевода на смешанное и искусственное вскармливание.
11. Дайте характеристику молочным смесям для детского питания.
12. Расскажите о питании детей после года.
13. Какие особенности имеет питание детей с рахитом, аномалиями конституции, анемией.

Блок информации

Рациональное питание детей – важное условие, обеспечивающее правильное физическое и психическое развитие, иммунологическую реактивность и в значительной степени определяющее благополучие организма в течение всей последующей жизни. Ребенок первого года жизни испытывает особую потребность в полноценном пищевом рационе в связи с интенсивным ростом, бурным психомоторным развитием и формированием всех органов и систем.

ВСКАРМЛИВАНИЕ ЗДОРОВОГО РЕБЕНКА ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ

В зависимости от того, получает ли ребенок материнское молоко и в каком количестве, выделяют три вида вскармливания: естественное, искусственное и смешанное.

ЕСТЕСТВЕННОЕ ВСКАРМЛИВАНИЕ

Естественное вскармливание – это питание детей грудного возраста материнским молоком с введением прикорма с 5-го месяца. При этом содержание материнского молока в суточном рационе должно составлять не менее 4/5. Этот вид вскармливания наиболее физиологичен, его преимущества несомненны, так как по своей структуре материнское молоко приближается к составу тканей.

Наиболее важными преимуществами женского молока являются следующие:

- Женское молоко полностью лишено антигенных свойств, в то время как белки коровьего молока обладают резко выраженной антигенной активностью, что способствует появлению и усилению аллергических реакций у грудных детей. Отказ от грудного молока при наличии у ребенка аллергических реакций – грубейшая ошибка, хотя нередко перевод ребенка с аллергическими реакциями на искусственные, обычно кисломолочные смеси как будто дает положительный эффект: проявления экссудативного диатеза на какое-то время стихают. И все довольны – "вылечили аллергию". На самом деле при этом из питания ребенка исключают тот аллерген, который поступал к нему через материнское молоко. В этой ситуации нужно было найти и исключить из рациона матери аллерген, вызывающий реакцию у ребенка, и обязательно сохранить естественное вскармливание.
- Общее количество белка в грудном молоке значительно меньше, чем в коровьем, по структуре он близок белкам клеток ребенка. В нем преобладают мелкодисперсные фракции, частицы грубодисперсного белка казеина в несколько раз мельче, чем в коровьем молоке, что обеспечивает створаживание грудного молока в желудке более нежными хлопьями и тем самым более легкое его переваривание.
- Женское молоко содержит уникальное вещество таурин. Это серосодержащая аминокислота, обладающая нейроактивными свойствами.
- При искусственном вскармливании, при кормлении неизбежно возникают белковые перегрузки, так как в коровьем молоке содержится в 3 раза больше аминокислот. Эти перегрузки сопровождаются интоксикацией, приводящей к запаздыванию развития ЦНС ребенка, а также поражением почек из-за нарушения обменных процессов. Известно, что у школьников, находившихся в течение 4-9 первых месяцев жизни на естественном вскармливании, интеллектуальные возможности выше по сравнению с другими детьми.
- Женское молоко, особенно молозиво, выделяющееся в первые 3-4 дня после родов, очень богато иммуноглобулинами, преимущественно класса А, причем 90% приходится на секреторный IgA который играет фундаментальную роль в местном иммунитете желудочно-кишечного тракта новорожденных. Лейкоциты грудного молока синтезируют интерферон; в молоке содержится большое количество макрофагов, лимфоцитов, а уровень лизоцима в 300 раз выше, чем в коровьем молоке. В состав женского молока входит также антибиотик лактофелицин. Благодаря этому естественное вскармливание обеспечивает становление иммунобиологической защиты грудного ребенка, в связи с чем, заболеваемость и смертность среди детей, получающих материнское молоко, значительно ниже, чем среди детей, находящихся на искусственном вскармливании.

Нередко ожирение взрослых людей уходит корнями в период раннего детского возраста. Искусственное вскармливание способствует ожирению грудных детей. У многих из них в период полового созревания наблюдается вторичное ожирение, сохраняющееся в течение всей жизни, в основном это тоже связано с белковым перекормом.

- Количество жира в женском и коровьем молоке практически одинаково, но имеется значительная разница в его составе: в грудном молоке содержится в несколько раз больше

ненасыщенных жирных кислот. В основе развития атеросклероза взрослых лежит дислипидемия, большую роль в возникновении которой, играет отсутствие грудного молока в рационе ребенка, особенно в первые 5 месяцев жизни. Расщепление жира у грудных детей начинается в желудке под влиянием липазы грудного молока; оно стимулирует появление активной кислотности в желудке, способствует регуляции эвакуаторной его функции и более раннему выделению панкреатического сока. Все это облегчает переваривание и усвоение жира, отдельные компоненты которого входят в состав клеток всех тканей и биологически активных веществ, расходуются на миелинизацию нервных волокон, обеспечивая повышенную потребность в жирах ребенка первого года жизни.

- Углеводы в грудном молоке содержатся в относительно большом количестве. Они в значительной степени определяют микробную флору кишечника. В их состав входит β-лактоза (до 90%), которая вместе с олигоаминосахаридами стимулирует рост нормальной флоры с преобладанием бифидобактерий, подавляя тем самым пролиферацию патогенных микроорганизмов и кишечной палочки. Кроме того, β-лактоза участвует в синтезе витаминов группы В.
- Исключительно богато женское молоко различными ферментами: амилазой, трипсином, липазой (липазы в грудном молоке больше, чем в коровьем, почти в 15 раз, а амилазы - в 100 раз). Это компенсирует временную низкую ферментативную активность ЖКТ ребенка и обеспечивает усвоение довольно большого объема пищи.
- Важное значение для растущего организма имеет минеральный состав пищи, содержание в ней микроэлементов. Концентрация кальция и фосфора в грудном молоке ниже, но усваиваются они в 2 раза лучше, чем эти же микроэлементы из коровьего молока. Поэтому при естественном вскармливании дети гораздо легче и реже болеют рахитом. Содержание микроэлементов (натрий, магний, хлор, железо, медь, цинк, кобальт, сера и др.) в грудном молоке соответствует потребностям ребенка. Например, в женском молоке железа содержится 0,5 мг/л, а в молочных смесях – 1,5 мг/л, однако степень биодоступности составляет соответственно 50 и 5. Именно поэтому дети, находящиеся на естественном вскармливании, значительно реже страдают анемией, поэтому нет необходимости добавлять в их пищевой рацион железо вплоть до 6-ти месячного возраста. При искусственном вскармливании назначают дополнительно железо с 4-х месячного возраста обычно в виде пищевых продуктов, обогащенных этим микроэлементом. В грудном молоке натрия содержится в 4 раза меньше, чем в коровьем. Избыточные нагрузки натрием могут быть причинами вегетососудистой дистонии с колебаниями артериального давления в период полового созревания, а также более тяжелых и более частых кризов при гипертонической болезни взрослого.
- Грудное молоко отличается от коровьего более высоким содержанием и более высокой активностью витаминов, в частности метаболитов витамина В, что также способствует профилактике рахита.

При искусственном вскармливании желудочная секреция увеличивается в 5 раз, т. е. нарушается запрограммированный ход биологических часов созревания. В дальнейшем это способствует развитию дискинезий ЖКТ, гастродуоденитов, холециститов, особенно при наличии наследственной предрасположенности.

Установлено, что у взрослых, находившихся в грудном возрасте на естественном вскармливании, лучше половая потенция, выше фертильность. Состав женского молока меняется при наличии внутриутробно возникших заболеваний, что рассматривается как компенсаторная реакция на развитие патологии плода.

При естественном вскармливании закладываются пожизненно закрепленные отношения к матери и ее последующее влияние на ребенка, а также формируется будущее родительское поведение самого ребенка. Как показали наблюдения, у животных, вскармливаемых из бутылочки, родительское поведение резко извращено: когда они становятся взрослыми, то отказываются кормить свое потомство. Поэтому большое значение естественному вскармливанию придают психологи, занимающиеся вопросами семейных отношений. Таким образом, отказ от естественного вскармливания является грубейшим нарушением сложившейся в эволюции биологической цепи "беременность – роды – лактация".

В заключение необходимо добавить, что молочные железы у кормящей матери, как и плацента у беременной женщины, являются мощнейшим барьером, крайне редко пропускающим микроорганизмы, соли тяжелых металлов и другие вредные для ребенка вещества. Поэтому нужно

достаточно осторожно относиться к таким, например, рекомендациям, как отказ от естественного вскармливания и перевод ребенка на молочные смеси из-за неблагоприятной экологической обстановки в данном районе.

Редкое прикладывание ребенка к груди в дальнейшем, регламентация грудного вскармливания, чисто технический подход к контролю за процессом лактации. Недостаточная лактация не является противопоказанием к частому прикладыванию к груди. Наоборот, рекомендуется более частое кормление, через 2-2,5 ч. без ночного интервала. Частое и неограниченное кормление грудью в первые 2 нед. жизни (в среднем 9 раз в сутки) значительно увеличивает лактацию. В 80-е годы во многих развитых странах начали отказываться от строгой регламентации грудного вскармливания. Нельзя придавать слишком большое значение количеству высасываемого молока, тем более при однократном контрольном кормлении, так как аппетит детей в течение дня может быть различным. Кроме того, состав женского молока, а, следовательно, и потребность в нем отличаются чрезвычайной вариабельностью: например, содержание белка в молоке разных женщин колеблется от 0,9 до 2 гр. в 100 мл. Состав тканей ребенка индивидуален, и молоко его матери всегда подходит ему, но может не подойти другому ребенку. Поэтому вскармливание детей донорским молоком не является абсолютно идентичным естественному.

Как правило, у матери в молочных железах образуется столько молока, сколько требуется ребенку. Кормить лучше из обеих желез, особенно если не хватает молока, так как это стимулирует лактацию, а также уменьшает риск лактостаза. Если после кормления в молочных железах остается молоко, необходимо его сцеживать до тех пор, пока оно течет струйкой (а не выделяется каплями).

Лечение гипогалактии: никотиновая кислота, витамин Е, УФО, УВЧ, воздействие ультразвуком, вибрационный массаж, иглоукалывание, компрессы из махровой ткани, смоченной горячей водой, на молочные железы. Используют фитотерапию: отвар листьев крапивы по 1 столовой ложке 3 раза в день (4-5 столовых ложек крапивы заваривают в 1 л. воды); экстракт боярышника по 20-30 капель 3-4 раза в день до еды в течение 10-14 дней. Используют настои корней одуванчика, душицы обыкновенной, плоды укропа, аниса.

Расчет необходимого объема пищи происходит при недостаточном нарастании массы тела ребенка или его беспокойстве в период между кормлениями.

Определять дозу питания требуется также при вскармливании сцеженным молоком и его заменителями.

Наиболее простым способом подсчета количества молока, необходимого новорожденному в первые 9 дней жизни, является следующий: на разовое кормление требуется 10 мл. молока, умноженных на день жизни (при 6-7 разовом кормлении). С 10-го по 14-й день суточный объем молока остается неизменным. С 2-х недельного возраста необходимое количество молока определяют с учетом суточной потребности в калориях на каждый килограмм массы тела.

Суточная потребность в килокалориях на 1 кг. массы тела составляет*:*

I квартал – 120 ккал/кг;
II квартал – 115 ккал/кг;
III квартал – 110 ккал/кг;
IV квартал – 100 ккал/кг.

Зная возраст и массу тела, можно рассчитать количество молока, которое требуется ребенку в сутки (Х). Например, ребенок в возрасте 1 мес. имеет массу тела 4 кг., и, следовательно, нуждается в 500 ккал в сутки; 1 л. грудного молока содержит 700 ккал. Следовательно,

$$X = \frac{500 \times 1000}{700} = 710 \text{ мл.}$$

Можно пользоваться и менее точным, но более простым методом расчета по объему от массы тела. В соответствии с этим ребенок должен получать молока в возрасте:

от 2 до 6 нед. – 1/5 от массы тела,
от 6 нед. до 4 мес. – 1/6 от массы тела,
от 4 до 6 мес. – 1/7 от массы тела,
от 6 до 9 мес. – 1/8 от массы тела,
от 9 до 12 мес. – 1/9 от массы тела.

Суточный объем пищи детей первого года жизни
не должен превышать ***1000 мл.***

Режим кормления устанавливают в зависимости от возраста ребенка и количества молока у матери, учитывая при этом индивидуальные потребности ребенка и другие моменты. В первые 3 мес. жизни здоровых доношенных детей кормят 7 раз, т. е. каждые 3 ч. с 6-часовым ночным перерывом. Если ребенок выдерживает более длительный промежуток времени между кормлениями, его переводят на 6-ти и 5-ти разовое кормление.

С 5 мес. большинство детей кормят 5 раз в сутки.

ПРИКОРМ

Со 4-го месяца жизни в питание включают фруктовые и овощные соки – вначале по несколько капель, постепенно увеличивая объем.

В дальнейшем количество сока рассчитывают по схеме: возраст ребенка в месяцах, умноженный на 10. Как правило, начинают с яблочного сока.

После 5 мес. можно ввести другие соки – морковный, гранатовый, капустный, черносмородиновый и др. Лимонный сок также можно давать со 4-го месяца жизни, но в меньшем объеме: в первом полугодии около 5 мл, во втором – по 10 мл в день. Из цитрусовых можно назначать сок грейпфрутов даже детям с аллергической настроенностью.

С 4,5 мес., кроме соков, можно вводить в рацион гомогенизированное фруктовое пюре, так как гомогенизация пищи значительно увеличивает поверхность контакта пищевых частиц с ферментами, ускоряя тем самым переваривание и ассимиляцию пищевых веществ.

Прикорм – введение новой пищи, более концентрированной и калорийной, которая постепенно и последовательно заменяет кормление грудью. В 5-6 мес. первый прикорм вводят в виде овощного пюре с целью покрытия в первую очередь дефицита микроэлементов. Для приготовления пюре используют разнообразные овощи – картофель, тыкву, кабачки, морковь, свеклу, репу, зеленый горошек, капусту.

С 5,5-6,5 мес. вводят второй прикорм в виде 7%, а позднее 10% каши вначале на овощном отваре или на воде с добавлением 50% молока. Через 2 нед. можно варить каши на цельном молоке. Учитывая, что ребенок успел привыкнуть к густой пище, получая овощное пюре, можно начинать сразу с 10% каши.

С 6-7 мес. добавляют вареный (крутой) яичный желток сначала по 1/4 2 раза в неделю, затем через день по 1/2 желтка.

Творог как блюдо прикорма рекомендуется назначать только с 6-7 мес. и не более 40 гр. в день. Более раннее его назначение используется для коррекции питания при дефиците белка. В таких случаях его можно применять с 4-5 мес.

С 7 мес. ребенок получает мясной фарш из вареной говядины, не более 60-70 гр. в день (в 9 мес.). Его добавляют в овощное пюре.

В 8 мес. еще одно кормление заменяют прикормом кефиром.

Мясной фарш с 10 мес. заменяют фрикадельками, с 12 мес. – паровыми котлетами. В это же время дают хлеб и яблоки кусочками. Обычно отнимают ребенка от груди в возрасте 1 года. В 12-16 мес. утреннее и вечернее кормление заменяют цельным коровьим молоком или кефиром с печеньем или сухарями.

Таким образом, к концу первого года жизни ребенка переводят на общий стол, но пища должна быть механически и химически щадящей, сбалансированной по основным ингредиентам, обеспечивать интенсивный обмен веществ ребенка.

ИСКУССТВЕННОЕ ВСКАРМЛИВАНИЕ

Искусственное вскармливание – это кормление ребёнка первого года жизни молочными смесями – так называемыми заменителями женского молока – при полном отсутствии последнего или наличии в количестве менее 1/5 суточного объёма питания.

Детей первых 2-3 мес. жизни желательно обеспечить донорским молоком, хотя его использование и не является идентичным естественному вскармливанию, однако при отсутствии материнского молока это оптимальный вариант. Если получить донорское молоко не возможно, назначают адаптированные (т. е. максимально приближенными по составу к трудному молоку) молочные смеси.

Отрицательными сторонами искусственного вскармливания являются следующие:

1. Нарушение принципа видоспецифического питания;
2. Отсутствие биологических факторов защиты от заболеваний и аллергии;
3. Отсутствие биологически активных компонентов питания, определяющих регуляцию темпов созревания, управляющих ростом и тканевой дифференцировкой;
4. Неоптимальные состав и пути метаболизации пищевых нутриентов – "метаболический стресс", создающие повышенный риск развития "болезней цивилизации" и другой патологии;
5. Отсутствие защиты от повреждающего действия избыточного поступления пищевых нутриентов;
6. Возможность формирования хронических заболеваний органов пищеварения, в связи с напряжением аппарата пищеварения и лёгкостью нарушений биоценоза кишечника;
7. Ослабление психо-эмоциональных связей между матерью и ребёнком;
8. Возможность контаминации молочных смесей экологическими и инфекционными патогенами.

Для искусственного вскармливания грудных детей в настоящее время используют преимущественно адаптированные молочные смеси, которые повсеместно вытесняют простые, так как повышенное содержание белка и минеральных веществ в рационе ребенка при кормлении простыми смесями приводит к избыточной нагрузке на почки. Величина этой нагрузки зависит от степени адаптации продукта к женскому молоку. Предварительная обработка коровьего молока направлена на снижение в нем белка, солей кальция, натрия, увеличение количества незаменимых жирных кислот, обогащение его витаминами, микроэлементами, лизоцимом и т. д.

Принципы изменения состава коровьего молока для создания адаптированных молочных смесей:

1. Снижение общего содержания белка;
2. Обогащение сывороточными альбуминами для лучшего усвоения белка и коррекции аминокислотного состава;
3. Изменение состава жиров: частичная или полная замена животного жира на растительные жиры для оптимизации уровня полиненасыщенных жирных кислот, особенно классов ω6, ω3;
4. Повышение уровня углеводов за счёт дополнительного введения лактозы и других сахаров;
5. Коррекция минерального состава – снижение уровня натрия, калия, кальция, общей зольности и осмолярности;
6. Обогащение комплексом минеральных солей, витаминов и микроэлементов;
7. Обогащение таурином, нуклеотидами, карнитином, инозитом и другими биологически активными соединениями;
8. Обогащение бифидогенными и защитными факторами.

Все искусственные смеси подразделяются на:

– ***базовые смеси для вскармливания здоровых детей;***
– ***лечебные смеси для детей с особыми диетическими потребностями;***
– ***лечебно-профилактические искусственные смеси.***

Детские молочные смеси, в зависимости от возраста ребенка, подразделяются на начальные (стартовые) – с рождения до 4-6 мес. жизни (обозначаются цифрой 1) и последующие – от 6 до 12 мес. (маркируются цифрой 2).

Как начальные, так и последующие смеси могут быть сухими и жидкими, готовыми к употреблению, пресными и кисломолочными.

СМЕШАННОЕ ВСКАРМЛИВАНИЕ

При этом виде вскармливания в связи с недостаточностью молока у матери вводят докорм теми же молочными смесями, что и при искусственном вскармливании. Сначала ребенка прикладывают к груди и только после полного ее опорожнения докармливают смесью. С целью сохранения лактации

ребенка прикладывают к груди не менее 3-4 раз в сутки.

Чередование кормлений грудью и смесями нежелательно, так как это приводит к снижению лактации и затруднению переваривания продуктов коровьего молока. Вводить докорм рекомендуется через соску с небольшим отверстием, имитирующим сосок молочной железы, чтобы не вызвать отказ ребенка от груди. Как и при искусственном вскармливании, потребность ребенка в белках, жирах, углеводах, сроки введения прикорма зависят от вида молочных смесей, используемых при докорме.

Задания для самостоятельной подготовки:

1. Решите ситуационные задачи
2. Составьте задания для тестового контроля по теме.

Ситуационные задачи

Задача №1

Женщина родила в срок. Состояние ребенка удовлетворительное. Масса тела при рождении 3300 гр., длина тела 51 см. К груди приложен через 6 ч. грудь взял хорошо; кормление 6-ти разовое. У матери плоские соски. Транзиторная убыль массы 9%. К 10-му дню жизни не выдерживает промежутки между кормлениями.

Вопрос. Укажите основную причину гипогалактии.

A. Возраст женщины (35 лет).
B. Плоские соски.
C. Позднее первое прикладывание к груди.
D. 6-разовое кормление.
E. Ни одна из вышеназванных.

Задача №2

Женщина родила в срок здорового ребенка. Ему исполнился 1 мес. Находится на естественном вскармливании, сосет хорошо, молока у матери достаточно. Прибавил в массе 600 гр. Психомоторное развитие соответствует возрасту. С рождения у ребенка неустойчивый стул, 5-6 раз в сутки, иногда жидкий с примесью зелени и комочков.

Вопрос. Укажите наиболее вероятную причину неустойчивости стула у ребенка.

A. Стафилококковый энтероколит.
B. Коли-инфекция.
C. Транзиторная лактазная недостаточность.
D. Перекорм.
E. Возможно все вышеперечисленное.

Задача №3

При повторном посещении в возрасте 2,5 мес. психомоторное развитие ребенка соответствует возрасту, прибавил в массе за второй месяц 800 гр., сосет хорошо, молока у матери достаточно. Стул 4-6 раз в сутки, остается неустойчивым.

Вопрос. Какова наиболее рациональная рекомендация по питанию ребенка в настоящее время?

A. Добавить соки.
B. Ввести кисломолочные смеси (адаптированные).
C. Добавить творог.
D. Поить овощным отваром.
E. Ничего из перечисленного выше.

Задача №4

При очередном посещении в возрасте 4,5 мес., физическое и психомоторное развитие ребенка соответствует возрасту. Молока у матери достаточно. Стул нормализовался.

Вопрос. Какие блюда нужно ввести ребенку в ближайшее время?

A. Овощное пюре, творог, яичный желток.
B. Овощное пюре.
C. 5% манную кашу на молоке.

D. Творог, яичный желток.
E. Яичный желток.

Задача №5

Ребенку исполнилось 6,5 мес. Сохраняется естественное вскармливание.

Вопрос. Какое блюдо из нижеперечисленных не соответствует возрастному рациону?

A. Мясной фарш.
B. Овощное пюре.
C. 10 % манная каша.
D. Кефир.
E. Растительное масло.

Задача №6

Женщина родила в срок здорового ребенка. Ему исполнился 1 мес. Находится на естественном вскармливании, сосет хорошо, молока у матери достаточно. Прибавил в массе 600 гр. Психомоторное развитие соответствует возрасту. С рождения у ребенка неустойчивый стул, 5-6 раз в сутки, иногда жидкий с примесью зелени и комочков.

Вопрос. Ваши рекомендации в данной ситуации?

A. Антибактериальная терапия.
B. Бактериологическое исследование молока и при обнаружении флоры отказ от грудного вскармливания.
C. Бактериологическое исследование кала.
D. Введение соков.
E. Продолжение наблюдения за ребенком.

УЧЕБНО-МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ
для практических занятий по педиатрии
раздел «Патология детей раннего возраста»
для студентов специальности
31.05.01 – Лечебное дело

"РАХИТ".

I. Научно-методическое обоснование темы.

Рахит является одним из наиболее распространенных заболеваний детей раннего возраста. Не являясь причиной смерти, рахит, тем не менее, косвенно повышает летальность детей, т.к. способствует более тяжелому и неблагоприятному течению всех заболеваний детей первого года жизни. Выраженные формы рахита ведут к стойким деформациям костной системы, которые остаются на всю жизнь. С последствиями этой патологии будут иметь дело врачи разных специальностей (терапевты, окулисты, стоматологи). В связи с этим является важным распознавание и своевременное лечение и профилактика этого заболевания.

II. Цель деятельности студентов на занятии:

Студент должен знать:

- предрасполагающие факторы к развитию рахита;
- основные патогенетические звенья рахита;
- морфологические изменения в костной ткани при рахите;
- основные клинические симптомы рахита;
- функциональные изменения со стороны внутренних органов и систем при рахите;
- классификация рахита;
- лабораторные и рентгенологические методы диагностики рахита;
- основные принципы лечения и профилактики рахита;
- возможные осложнения при применении витамина D.

Студент должен уметь:

- целенаправленно собрать анамнез;

- провести объективное обследование ребенка;
- интерпретировать лабораторные и рентгенологические данные;
- поставить развернутый диагноз с учетом классификации;
- составить план лечения больного;
- выписать рецепты на основные медикаменты;
- определить профилактические мероприятия.

III. Содержание обучения:

1. Основные факторы, предрасполагающие к развитию рахита.
2. Основные патогенетические звенья рахита. Роль паращитовидных желез в патогенезе рахита
3. Морфологические изменения в костной ткани при рахите.
4. Основные клинические симптомы рахита.
5. Классификация рахита (принципы деления по периодам, течению, тяжести).
6. Лабораторные и рентгенологические изменения при рахите.
7. Лечение и профилактика рахита у детей.

IV. Учебно-материальное обеспечение.

9. Наглядные пособия: таблицы, схемы, мультимедийные презентации, видеофильмы, аудиограммы.
10. Учебная медицинская документация (истории болезни, лабораторные исследования, рентгенограммы).
11. Технические средства обучения.
12. Литература.

V. Список рекомендуемой литературы.

Основная рекомендуемая литература.

1. Детские болезни [Электронный ресурс] : учебник / Под ред. А.А. Баранова. - 2-е изд., испр. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2012. Режим доступа: http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970411162.html

Дополнительная литература

1. Пропедевтика детских болезней [Электронный ресурс] : учебник / Юрьев В. В. и др.; под ред. В. В. Юрьева, М. М. Хомича. - М. ГЭОТАР-Медиа, 2012. Режим доступа: http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970422151.html.
2. Физикальное обследование ребенка [Электронный ресурс] : учеб. пособие / Р.Р. Кильдиярова, Ю.Ф. Лобанов, Т.И. Легонькова - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015. Режим доступа: http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970432433.html
3. Детские болезни. Т. 1. [Электронный ресурс] / Запруднов А.М., Григорьев К.И., Харитонова Л.А. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. Режим доступа: http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970424216.html
4. Детские болезни: учебник: в 2 т. / Запруднов А. М., Григорьев К. И., Харитонова Л. А. - 2-е изд., перераб. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2013. - Т. 1. - 768 с. : ил - ISBN 978-5-9704-2421-6.
5. Поликлиническая и неотложная педиатрия [Электронный ресурс]: учеб. / под ред. А. С. Калмыковой - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. Режим доступа: http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970426487.html
6. Лабораторные и функциональные исследования в практике педиатра [Электронный ресурс] / Кильдиярова Р.Р. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2012. Режим доступа: http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970419588.html
7Лекции по педиатрии.
8.Методические указания для внеаудиторной работы студентов

VI. Перечень вопросов для проверки исходного уровня знаний:

1. Каковы особенности строения длинных трубчатых костей у детей?
2. Назовите морфологические особенности костной ткани у детей.
3. Какова потребность в фосфоре и кальции у детей грудного возраста?
4. Назовите особенности минерального обмена веществ у детей.
5. Какова роль витамина D в организме человека?

6. Назовите основные метаболические превращения витамина D в организме.

VII. Перечень вопросов для проверки конечного уровня знаний:

1. Перечислите основные факторы, предрасполагающие к развитию рахита.
2. Охарактеризуйте основные патогенетические звенья рахита.
3. Классификация рахита (принципы деления по периодам, течению, тяжести).
4. Назовите основные клинические симптомы рахита в зависимости от периода и течения.
5. Какие лабораторные и рентгенологические изменения можно выявить у больного рахитом.
6. Назовите основные методы лечение и профилактики рахита у детей. Что такое специфические и неспецифические методы лечения и профилактики рахита?
7. Назовите основные причины развития гипервитаминоза D у детей.
8. Перечислите клинические проявления гипервитаминоза D.
9. В чем заключается профилактика и лечение этого состояния?

Блок информации.

РАХИТ

Рахит– заболевание детей раннего возраста, обусловленное расстройством кальциевого и фосфорного обмена в связи с дефицитом витамина D, проявляется нарушением процессов образования и минерализации костей, а также функций нервной системы и внутренних органов.

Эпидемиология

Классический рахит остаётся одним из наиболее распространённых заболеваний детского возраста. Он поражает детей в период быстрого роста, в возрасте до 2-3 лет частота рахита достигает 35%.

Этиология и патогенез

При дефиците витамина D уменьшается синтез кальцийсвязывающего белка, обеспечивающего транспорт кальция в кишечнике, вследствие чего снижается концентрация кальция в крови. Гипокальциемия стимулирует деятельность паращитовидных желёз – повышается продукция паратиреоидного гормона. Вследствие его избытка происходит усиленное выведение кальция из костной ткани, а также снижается реабсорбция фосфатов в почечных канальцах. Быстро развивается гипофосфатемия, снижается щелочной резерв крови, возникает ацидоз. В условиях ацидоза нарушается процесс минерализации остеоидной ткани. Уменьшение содержания солей кальция и фосфора в костях приводит к остеопорозу и остеомаляции. Кости становятся мягкими и легко деформируются. Одновременно в зонах роста происходит разрастание неполноценной остеоидной ткани. Развившийся ацидоз приводит к нарушению функций ЦНС и внутренних органов.

Заболевание обычно развивается у детей, имеющих те или иные факторы предрасположенности, спектр которых у каждого ребёнка индивидуален. Сочетание экзогенных и эндогенных факторов определяет сроки манифестации и тяжесть течения рахита.

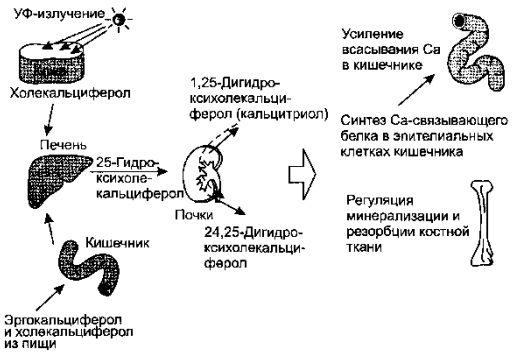
Факторы, предрасполагающие к рахиту со стороны беременной:

• возраст менее 18 и более 36 лет;
• гестоз;
• экстрагенитальная патология (обменные заболевания, патология ЖКТ, почек);
• дефекты питания во время беременности и лактации (дефицит витамина Е), белка, кальция, фосфора, витаминов группы В);
• несоблюдение режима дня (недостаточная инсоляция, гиподинамия);
• осложнённые роды;
• неблагополучные социально-экономические условия.

Факторы, предрасполагающие к рахиту со стороны ребёнка:

• время рождения (чаще болеют дети, рождённые с июня по декабрь);
• недоношенность, ЗВУР;
• большая масса тела при рождении (более 4 кг);
• большая прибавка массы тела в течение первых 3 мес. жизни.

Обмен витамина D и его физиологические эффекты



Классификация рахита

Период болезни	Тяжесть течения	Характер течения
Начальный Разгар болезни Реконвалесценция Остаточные явления	I степень (легкая) II степень (ср.тяжести) III степень (тяжелая)	Острое Подострое Волнообразное

Клиническая картина

Ведущие клинические признаки рахита – костные изменения.

- *Кости черепа.*
  - Краниотабес – размягчение и истончение плоских костей черепа, Обычно выявляют в затылочной или теменной области, где череп размягчается настолько, что поддаётся сдавливанию. Не которые авторы рассматривают данный симптом как физиологическое явление до 4 мес.
  - Задержка закрытия родничков и швов между костями черепа. Следует, однако, отметить, что сроки закрытия родничков и швов черепа подвержены значительной индивидуальной вариабельности
  - Запаздывание появления зубов.
- *Грудная клетка.*
  - Рахитические "чётки" (утолщения по обе стороны грудины вследствие гипертрофии остеоидной ткани в области рёберно-хрящевых сочленений).
  - Деформация грудной клетки (вдавление в нижней трети грудины – "грудь сапожника", её выбухание – "куриная" или "килевидная" грудь).
- *Позвоночник.*
  - Отсутствие физиологических изгибов либо появление патологических кифозов, лордозов и сколиозов.
- *Конечности.*
  - Утолщение эпифизов из-за пролиферации плохо кальцифицированного костного матрикса, что особенно заметно на лодыжках и запястьях (рахитические "браслетки").
  - Деформации костей таза и нижних конечностей, становящиеся заметными в конце первого и начале 2-го года жизни (О-, К- или Х-образное искривление ног, плоский рахитический таз).

При рахите, помимо костной системы, поражаются и другие органы и системы. Наиболее типичны изменения со стороны ЦНС и явления мышечной слабости. Изменяется поведение ребёнка, он становится раздражительным, снижается аппетит. Выработка условных рефлексов замедляется, а приобретённые рефлексы ослабевают или совершенно исчезают. Гипотония мышц приводит к снижению двигательной активности, отвисанию живота. Характерны частые ОРВИ, латентная анемия.

В зависимости от выраженности клинических проявлений различают три степени тяжести рахита. В настоящее время преобладают лёгкие формы, что создаёт определённые трудности в диагностике, особенно при оценке активности и остроты патологического процесса.

Течение рахита зависит от возраста ребёнка, характера вскармливания, сезона года,

особенностей режима и других факторов. Начало и обострение заболевания наблюдают, как правило, поздней осенью, зимой и ранней весной. В летнее время процесс затихает и наступает выздоровление. Начинается рахит обычно на 2-3-м месяце жизни, к 5-6-месячному возрасту, особенно при отсутствии профилактических и лечебных мероприятий, по мере развития выраженного ацидоза течение болезни становится острым и сопровождается быстрым развитием всех симптомов. В случае, если не предпринимаются лечебные меры или они неадекватны, развивается подострое течение рахита с умеренными изменениями со стороны нервно-мышечной и костной систем. Даже лёгкие формы рахита с малозаметными внешними проявлениями снижают сопротивляемость организма, что создаёт предпосылки для возникновения других заболеваний. Особо неблагоприятно протекает рахит у новорождённых и недоношенных детей.

У некоторых детей с рахитом, преимущественно в возрасте 5-15 мес., отмечают склонность к тоническим и тонико-клоническим судорогам – так называемую спазмофилию причиной повышения нервно-мышечной возбудимости и судорог считают снижение концентрации ионизированного кальция в сыворотке крови и интерстициальной жидкости. Выделяют явную и скрытую формы спазмофилии.

Явная спазмофилия проявляется ларингоспазмом, карпопедальным спазмом и эклампсическими приступами.

Ларингоспазм протекает с частичным или полным закрытием голосовой щели. Во время частичного ларингоспазма у ребёнка наблюдают испуганное выражение лица, выпученные глаза, цианоз, характерный "петушиный" крик на вдохе. При полном закрытии голосовой щели и прекращении дыхания происходит потеря сознания. Приступы продолжаются от нескольких секунд до 1-2 мин. и могут повторяться несколько раз в день. Каждый приступ представляет угрозу для жизни. Провоцируют приступы внешние раздражающие факторы: громкие звуки, яркий свет и пр.

Карпопедальный спазм чаще возникает у детей старше 1 года и проявляется тоническими судорогами мышц кистей и стоп.

Эклампсическая форма болезни протекает с тяжёлыми приступами, во время которых отмечают тонические и клонические судороги конечностей и туловища, сопровождающиеся потерей сознания. Приступы повторяются, каждый из них продолжается 2-3 мин и угрожает жизни больного ребёнка.

При скрытой форме спазмофилии у детей выявляют симптомы, свидетельствующие о наличии повышенной нервно-мышечной возбудимости. Так, при постукивании перкуссионным молоточком или полусогнутым пальцем между скуловой дугой и углом рта происходит сокращение мимических мышц на соответствующей стороне (симптом Хвостека). При сдавлении нервно-сосудистого пучка в области плеча происходит судорожное сокращение кисти, принимающей положение "руки акушера" (симптом Труссо). При уколе кожи ноги возникает кратковременное апноэ (в норме дыхание усиливается) – симптом Маслова.

Диагностика

При наличии типичных клинических проявлений постановка диагноза обычно не вызывает затруднений. В случае подострого течения болезни ведущее значение приобретают лабораторные исследования. В связи со сложностью и малодоступностью для практического здравоохранения методов ранней диагностики гиповитаминоза путём прямого определения концентрации в крови метаболитов витамина D используют косвенные методы диагностики, такие как определение в сыворотке крови концентрации кальция, неорганического фосфора, активности щелочной фосфатазы.

• Концентрация кальция в сыворотке крови обычно снижена до 2,0-2,2 ммоль/л (при норме 2,4-2,7 ммоль/л).

• Концентрация фосфора в сыворотке крови может быть в норме или снижена до 0,65 ммоль/л и ниже (при норме у детей первого года жизни 1,3-2,3 ммоль/л).

• Повышается активность щелочной фосфатазы (более 220 Ед/л).

• С мочой выделяется повышенное количество аминокислот – аминоацидурия более 10 мг/кг/сут.

• На рентгенограммах костей выявляют диффузный остеопороз с выраженными структурными изменениями костной ткани (мелкоячеистость).

Дифференциальная диагностика

Дифференциальную диагностику рахита проводят с так называемыми рахитоподобными

заболеваниями (тубулопатиями).

Лечение

Лечебные воздействия у детей с рахитом направлены на устранение дефицита витамина D, нормализацию кальциевого и фосфорного обмена, ликвидацию ацидоза, усиление процессов костеобразования. Дети с рахитом нуждаются в полноценном питании, желательно сохранить грудное вскармливание

Лекарственная терапия рахита заключается в назначении холекальциферола (витамина D). Приём холекальциферола следует начинать как можно раньше: до 3 мес. Препарат назначают в каплях в суточной дозе 1500-4000 МЕ (в зависимости от степени тяжести). Для этих целей используют водный (например, "Аквадетрим") либо масляный (например, "Видехол" 0,125% или 0,25%) раствор в каплях. Препарат отпускают для приёма внутрь, 1 мл (30 капель) содержит холекальциферола 15 000 МЕ для водного раствора и 20 000 МЕ для масляного раствора, 1 капля – 500-600 МЕ (или 1000 МЕ для 0,25% раствора "Видехола"). Препарат рекомендуют растворять в ложке молока, добавление капель в бутылочку не рекомендуют, так как при этом обычно не достигается необходимая концентрация действующего вещества.

При приёме холекальциферола необходимо обеспечить поступление достаточного количества кальция (пищевой рацион, обогащённый кальцием, либо препараты кальция). При пероральном назначении кальция предпочтение отдают биодоступным формам, например карбонату кальция. Также возможно применение глицерофосфата или глюконата кальция. Дозировки составляют от 250-500 мг. в первом полугодии жизни до 400-750 мг во 2-м полугодии.

Для улучшения усвоения солей кальция и фосфора в кишечнике, повышения реабсорбции фосфатов в почках и усиления процессов остеогенеза назначают цитратную смесь по 1 чайной ложке 3 раза в день в течение 10-12 дней.

С целью нормализации функций паращитовидных желёз и устранения гипомагниемии в комплексное лечение рахита включают один из магнийсодержащих препаратов (калия и магния аспарагинат) или магния сульфат (1% раствор) из расчёта 10 мг. магния на 1 кг. в сутки в течение 3-4 нед.

Детям с явной спазмофилией показана госпитализация. Для купирования судорог используют диазепам (0,1 мл 0,5% раствора на 1 кг. массы тела), магния сульфат (0,5 мл 25% раствора на 1 кг. массы тела), гамма-аминомасляную кислоту (0,5 мл 20% раствора на 1 кг. массы тела). Обязательно введение кальция хлорида (0,3-0,5 мл 10% раствора на 1 кг. массы тела, вводят внутривенно медленно).

Для снятия ларингоспазма создают доминантный очаг возбуждения в мозге путём раздражения слизистой оболочки носа (дуют в нос, щекочут, подносят нашатырный спирт), кожи (укол, похлопывание и обливание холодной водой), вестибулярного аппарата (встряхивание ребёнка, изменение положение тела).

При назначении больших доз витамина D необходимо контролировать кальциурию (проба Сулковича), а также, по возможности, и кальциемию.

Через 2 нед. от начала лекарственной терапии в комплекс лечебных мероприятий всем больным включают массаж и ЛФК. Детям старше 6 мес. целесообразно проведение бальнеотерапии в виде лечебных ванн: хвойных, соляных или из отвара трав. Хвойные ванны показаны возбудимым детям. Для приготовления ванны в 10 л. воды с температурой 37°С добавляют 1 чайную ложку натурального жидкого хвойного экстракта либо стандартную полоску брикета. Первую ванну проводят в течение 5 мин., затем время удлиняют до 6-10 мин., всего на курс рекомендуют 12-15 ванн ежедневно или через день.

После курса холекальциферола может быть назначено облучение ртутно-кварцевой лампой (УФО). УФО осуществляют после определения индивидуальной чувствительности к ультрафиолетовым лучам (биодозы) и назначают ежедневно или через день с 1/4—1/2 до 4 биодоз на отдельные поля при фокусном расстоянии 50-100 см. и длительности курса лечения 20-25 дней. В период приёма витамина D УФО не проводят.

Профилактика

Профилактику рахита следует начинать ещё до рождения ребёнка. При патронаже беременных обращают внимание будущей матери на необходимость соблюдения правильного режима дня с

чередованием труда и отдыха, исключения физических перегрузок, достаточного пребывания на свежем воздухе, рационального питания. Для поступления адекватного количества кальция рацион беременной должен содержать достаточное количество молока или молочных продуктов, в случае их непереносимости назначают препараты кальция. Суточная доза витамина D для беременных составляет 400 МЕ. Кормящая женщина должна получать в сутки 1200 мг. кальция и 800 МЕ витамина D.

Постнатальная профилактика рахита у детей связана с организацией правильного питания ребёнка с первых дней жизни. Детям, находящимся на естественном вскармливании, витамин D назначают с 3-4-й недели жизни по 500 МЕ ежедневно, исключая летние месяцы. Профилактику проводят до 1-1,5 лет. Дети, находящиеся на искусственном вскармливании адаптированными смесями, получают все необходимые витамины в физиологических дозах, поэтому обычно не нуждаются в дополнительном приёме витамина D.

Задания для самостоятельной подготовки:

1. Решите ситуационные задачи и задания тестового контроля.
2. Осмотрите больного рахитом, опишите выявленные вами изменения в состоянии здоровья.
3. Выпишите в рабочей тетради:
   - видехол
   - глюконат кальция

Схема обследования больного.

При сборе анамнеза обратите внимание на:

- особенности вскармливания ребенка;
- срок гестации при рождении;
- бытовые условия;
- особенности ухода за ребенком, пребывание его на свежем воздухе;
- заболеваемость ребенка;
- качество антенатальной и постнатальной профилактики рахита.

При объективном исследовании обратить внимание на:

- наличие у ребенка потливости, повышенной возбудимости, нарушение сна, вздрагивания при засыпании;
- цвет кожных покровов и видимых слизистых оболочек;
- размер и форму головки ребенка;
- размер и состояние краев большого родничка;
- состояние при пальпации затылочной кости;
- количество и качество зубов, сроки и последовательность их прорезывания;
- наличие деформаций грудной клетки, позвоночника и конечностей;
- снижение мышечного тонуса;
- величину и форму живота, расхождение прямых мышц.

При интерпретации лабораторных данных:

- в клиническом анализе крови обратить внимание на содержание эритроцитов, гемоглобина;
- оценить содержание фосфора, кальция и щелочной фосфатазы в сыворотке крови;
- дать оценку пробы Сулковича.

При чтении рентгенограмм обратить внимание на:

- состояние кортикального слоя кости;
- состояние зоны роста;
- структуру костной ткани.

Ситуационные задачи

Задача №1

Девочка 10 мес. поступила в клинику с жалобами на бледность, снижение аппетита, вялость.

Родилась доношенной (масса тела 3300 гр., длина 49 см.), от I беременности, протекавшей с токсикозом, и срочных родов. С 3,5 мес. находилась на искусственном вскармливании, фруктовые и ягодные соки практически не получала, с 5 мес. вскармливается преимущественно кашами. Профилактика рахита не проводилась. Держать голову начала с 4 мес., сидеть с 9 мес., первые зубы прорезались в 8 мес., всего 4 зуба.

При осмотре: бледность, плаксивость, мышечная гипотония, живот увеличен в объеме, пупочное кольцо расширено, выступают лобные и затылочные бугры, при пальпации грудной клетки определяется реберные четки. Пульс 142 уд/мин, симметричный, ритмичный, удовлетворительного наполнения. Верхняя граница сердечной тупости на уровне II ребра, правая – правая грудинная линия, левая – левая сосковая линия. Тоны сердца умеренно приглушены, на верхушке нежный систолический шум. Печень выступает из-под реберной дуги на 3 см., край ровный, гладкий. Селезенка не пальпируется.

Клинический анализ крови: Эр – $2{,}8 \cdot 10^{12}$/л, Hb – 76 г/л, Ley – $13{,}2 \cdot 10^{9}$/л, Цв. п. – 0,6, ретикулоциты – 2,8%, э/ф – 1%, п/я – 2%, с/я – 29%, л/ц – 57%, м/ц – 8%.

Вопросы:

1. Ваш диагноз?
2. Каковы возможности причины заболевания и факторы риска?
3. Предложите план дополнительного обследования, рациональное питание и медикаментозную терапию.

Задача №2

Мать с мальчиком 6 месяцев пришла на очередной профилактический прием к педиатру.

Ребенок от IV беременности, протекавшей на фоне токсикоза в I первом триместре. Роды в срок, со стимуляцией. Родился с массой тела 3500 гр., длиной – 53 см., закричал сразу. Естественное вскармливание до 2 мес., затем коровье молоко пополам с кипяченой водой, манная каша, кефир. Детскую поликлинику мать посещает нерегулярно, прививки с нарушением графика.

В течение последних 2-х месяцев мать ребенка обращает внимание на то, что ребенок стал сильно потеть, вздрагивать во сне, от памперсов резкий запах аммиака.

При осмотре: масса тела 8000 гр., длина 66 см. Обращает внимание уплощение и облысение затылка, податливость костей черепа по ходу стреловидного и лямбдовидного швов, большой родничок 3 х 3 см, края податливы. Нижняя апертура грудной клетки развернута, заметна Гаррисонова борозда, пальпируются реберные "четки". Мышечная гипотония, плохо опирается на ноги. В естественных складках кожи необильные элементы потницы, стойкий красный дермографизм. Слизистые чистые. Дыхание пуэрильное, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС-120 уд/мин. Живот большой, распластанный. Печень на 2,5 см. ниже края реберной дуги, селезенка не пальпируется. Стул со склонностью к запорам.

Вопросы:

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Наметьте план обследования.
3. Какие результаты ожидаете получить?
4. Назначьте лечение.

Задача № 3

Девочка 8 мес., в марте поступила в грудное отделение с выраженными тоническими судорогами.

Из анамнеза известно, что девочка от первой беременности, протекавшей с токсикозом, артериальной гипотонией, анемией I степени, судорогами в икроножных мышцах. Роды в срок. Масса при рождении 3800 гр., длина – 53см. С рождения на искусственном вскармливании. Прикорм введен с 4-х мес. В настоящее время получает: каши, овощное пюре, кефир. С 5 мес. диагностирован рахит. Назначено лечение масляным раствором витамина D_2.

Объективно: девочка повышенного питания, голова гидроцефальной формы, выражены лобные и затылочные бугры. Краниотабес. Большой родничок 2х2 см., края податливы. Грудная клетка килевидной формы, нижняя апертура развернута. Тургор тканей резко снижен. Напряжение

икроножных мышц, симптом "руки акушера". Тоны сердца слегка приглушены, ЧСС 159 уд. в мин. В легких непостоянные мелкопузырчатые влажные хрипы. Живот распластан. Печень на 3 см. выступает из-под реберной дуги, селезенка не пальпируется. Сидит с опорой, не стоит, периодически тонические судороги.

Задание:

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Какие исследования необходимо провести для подтверждения диагноза?
3. Каков патогенез развития судорожного синдрома?
4. Какова терапия этого заболевания?

Тестовый контроль:

1. Для рахита характерен:
   а) метаболический ацидоз
   б) алкалоз
   в) дыхательный ацидоз
   г) метаболический алкалоз
2. Соотношение уровня кальция и фосфора в крови в норме равно:
   а) 2:1
   б) 1:2
   в) 3:1
   г) 1:3
3. 25-гидрохолекальциферол образуется в:
   а) почках
   б) печени
   в) в кишечнике
   г) костях
4. 1, 25-дигодрохолекальциферол образуется в:
   а) почках
   б) печени
   в) в кишечнике
   г) костях
5. В период разгара рахита наблюдается:
   а) мышечная гипертония
   б) краниотабес
   в) судорожный синдром
6. На фосфорно-кальциевый обмен в организме **не влияет**:
   а) кальцитонин
   б) 1, 25-дигидрохолекальциферол
   в) соматотропный гормон
   г) паратгормон
   д) кортикостероиды
7. Витамин D содержится в:
   а) желтке
   б) хлебе грубого помола
   в) овощах
   г) мясе
8. Профилактическая доза водного витамина D составляет:
   а) 200 МЕ
   б) 500 МЕ
   в) 2-3 тыс. МЕ
   г) 1000 МЕ
9. Для начального периода рахита **не характерно**:
   а) плаксивость

б) потливость
в) снижение аппетита
г) повышенная судорожная готовность
д) костные деформации

10. Причиной судорог при спазмофилии является:
а) гипокальциемия
б) гипофосфатемия
в) гиперкальциемия
г) гипокалиемия

11. Спазмофилия встречается:
а) у новорожденных
б) у грудных детей
в) в пубертатном периоде

12. Гипокальциемические судороги возникают при снижении ионизированного кальция плазмы крови ниже:
а) 0,5 ммоль/л
б) 0,85 ммоль/л
в) 1,0 ммоль/л
г) 1,5 ммоль/л

13. Сокращение мускулатуры лица при постукивании по скуловой дуге называется симптомом:
а) Хвостека
б) Труссо
в) Маслова

14. Временем года, когда чаще встречается спазмофилия является:
а) зима
б) осень
в) лето
г) весна

15. Вызываемое мышечное сокращение, напоминающее положение "рука акушера", называется симптомом:
а) Хвостека
б) Труссо
в) Маслова

16. Антагонистом витамина D является витамин:
а) А
б) B_6
в) B_{12}
г) Е

17. Предрасполагающими факторами к развитию гипервитаминоза D являются:
а) суммарная доза витамина Д 1000 000 МЕ и более
б) повышенная чувствительность к витамину D
в) хронические заболевания почек
г) анемия

18. Кашей, обладающей антикальцифицирующим свойством и рекомендуемой в рацион ребенка при гипервитаминозе D, является:
а) гречневая
б) рисовая
в) овсяная

19. Для II степени гипервитаминоза D характерно:
а) отсутствие токсикоза
б) умеренный токсикоз
в) снижение аппетита
г) рвота

д) слабо положительная проба Сулковича
е) резко положительная проба Сулковича
ж) падение массы тела

Занятие №10 по теме:
"ДЕФИЦИТНЫЕ АНЕМИИ".

I. Научно-методическое обоснование темы.

Анемии широко распространены как среди взрослых, так в большей мере среди детей разного возраста, что нередко тесно взаимосвязано, реализуясь через взаимосвязь "мать-ребенок". Знание основных лечебно-диагностических мероприятий при анемии разного генеза необходимо врачу любой и специальности.

Учитывая множество клинических форм анемий при прохождении курса педиатрии студентами лечебного факультета, целесообразным является разбор дефицитных анемий, наиболее часто встречающихся и оказывающих существенное влияние на организм ребенка и его дальнейшую судьбу, имеющих непосредственно причинную связь с организмом матери, развивающуюся как у детей раннего возраста, так и у подростков.

II. Цель деятельности студентов.

Студент должен знать:

- виды дефицитных анемий;
- причины и факторы риска дефицита железа матери и ребенка;
- особенности обмена железа у детей и роль железа в организме;
- основные механизмы патогенеза железодефицитных анемий;
- причины и механизм развития витаминодефицитных анемий;
- роль питания в развитии дефицитных анемий;
- значение фоновых и интеркурретных заболеваний в развитии, течении и лечении дефицитных анемий;
- клинические и гематологические признаки дефицитных анемий;
- принципы лечения и профилактики железо- и витаминодефицитных анемий.

Студент должен уметь:

- собрать целенаправленный анамнез и анализировать его;
- из общего объективного осмотра выделить клинические признаки анемии;
- составить план обследования и назначить дополнительные исследования, необходимые для раскрытия тяжести, характера анемии;
- оценить анализ крови и другие дополнительные исследования;
- поставить диагноз согласно современным классификациям путем проведения дифференциального диагноза анемий разного генеза;
- составить конкретный план лечения больного этапного (стационар, поликлиника);
- назначить диетическое питание больному с анемией или ребенку из группы риска;
- медикаментозное лечение с указанием доз, длительности курсов и т.д., в зависимости от тяжести и патогенеза анемии;
- рекомендовать профилактические мероприятия для матери и ребенка.

III. Содержание обучения:

1. Классификация анемий.
2. Основные этиологические факторы, приводящие к развитию анемий у детей.
3. Понятие "дефицитные анемии". Причины их развития.
4. Основные патогенетические механизмы, приводящие к клиническому синдрому анемий.
5. Клинико-лабораторные характеристики дефицитных анемий у детей.
6. Современные методы лечения и профилактики дефицитных анемий у детей.

IV. Учебно-материальное обеспечение.

1. Наглядные пособия: таблицы, схемы, мультимедийные презентации, видеофильмы,

аудиограммы.
2. Учебная медицинская документация (истории болезни, лабораторные исследования, рентгенограммы).
3. Технические средства обучения.
4. Литература.

V. Список рекомендуемой литературы.

Основная рекомендуемая литература.

1 Детские болезни [Электронный ресурс] : учебник / Под ред. А.А. Баранова. - 2-е изд., испр. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2012. Режим доступа: http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970411162.html

Дополнительная литература

1 Пропедевтика детских болезней [Электронный ресурс] : учебник / Юрьев В. В. и др.; под ред. В. В. Юрьева, М. М. Хомича. - М. ГЭОТАР-Медиа, 2012. Режим доступа: http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970422151.html
2. Физикальное обследование ребенка [Электронный ресурс] : учеб. пособие / Р.Р. Кильдиярова, Ю.Ф. Лобанов, Т.И. Легонькова - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015. Режим доступа: http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970432433.html
3. Детские болезни. Т. 1. [Электронный ресурс] / Запруднов А.М., Григорьев К.И., Харитонова Л.А. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. Режим доступа: http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970424216.html
4. Детские болезни: учебник: в 2 т. / Запруднов А. М., Григорьев К. И., Харитонова Л. А. - 2-е изд., перераб. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2013. - Т. 1. - 768 с. : ил - ISBN 978-5-9704-2421-6.
5. Поликлиническая и неотложная педиатрия [Электронный ресурс]: учеб. / под ред. А. С. Калмыковой - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. Режим доступа: http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970426487.html
6. Лабораторные и функциональные исследования в практике педиатра [Электронный ресурс] / Кильдиярова Р.Р. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2012. Режим доступа: http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970419588.html
7.Лекции по педиатрии.
8.Методические указания для внеаудиторной работы студентов

VI. Перечень вопросов для проверки исходного уровня знаний:

1. Физиология эритроцитарной системы (что такое эритрон, эритроцитарное равновесие, нормальная эритрокинетика).
2. Особенности анте- и постнатального эритропоэза.
3. Функции эритроцита.
4. Роль железа (особенности формирования депо) в эритропоэзе.
5. Роль витамина B_{12} , фолиевой кислоты в эритропоэзе.
6. Возрастная динамика (кривая) Hb и эритроцитов.
7. Нормальная гематологическая (лабораторная) характеристика эритроцитарной системы.

VII. Перечень вопросов для проверки конечного уровня знаний:

1. Что такое анемия?
2. Какие виды анемий Вы знаете?
3. Какие факторы риска развития железодефицитной анемии Вы знаете?
4. Каковы основные клинико-лабораторные показатели железодефицитных анемий у детей?
5. Какое лечение применяется при железодефиците? Дайте характеристику основным железосодержащим препаратам.
6. В чем заключается профилактика железодефицитных состояний? Какому контингенту детского населения необходима подобная профилактика?
7. Назовите основные причины развития мегалобластной анемии.
8. Какие изменения лабораторных показателей при этом наблюдаются?
9. Назовите методы лечения и профилактики анемий при витаминодефиците.

Блок информации

К анемиям по классификации ВОЗ, относят состояния, при которых снижено содержание гемоглобина ниже 110 г/л у детей до 6 лет и ниже 120 г/л – у детей старше 6 лет.

Имеется много вариантов классификации анемий. Принципиально важно, что причин анемий всего четыре:

1. *кровопотеря;*
2. *гемолиз;*
3. *снижение продукции эритроцитов;*
4. *депонирование (секвестрация) крови.*

Наиболее частым вариантом анемий у детей являются *микроцитарные железодефицитные анемии.*

Железо участвует в жизнедеятельности каждой клетки организма. Основная часть железа включена в гемоглобин (60%) и миоглобин (9%).

Уменьшение содержания железа в сыворотке крови, костном мозге и тканевых депо приводит к:

- снижению темпов синтеза и нарушению образования гемоглобина;
- накоплению свободного протопорфирина в эритроцитах;
- развитию гипохромной анемии;
- трофических расстройствам в тканях.

У детей при высочайшем напряжении обмена веществ и его анаболической направленности при нередко имеющейся незрелости ферментных систем дефицит железа ощущается наиболее остро. Дефицит железа приводит к снижению железосодержащих энзиматических систем – цитохрома, каталазы, пероксидазы. Это значительно влияет на тканевой и клеточный метаболизм.

Особенности обмена железа в детском организме.

Запасы железа начинают формироваться при поступлении через плаценту. При нормально протекавшей беременности мать передает плоду около 300 мг. железа. Наиболее активно этот процесс протекает с 28-32 нед. беременности.

К плаценте железо доставляется трансферрином. Плацента не преодолима для трансферрина беременной. Точный механизм переноса железа через плаценту не ясен. Известно, что транспорт железа – активный процесс, осуществляющийся против градиента концентрации только в одном направлении – от матери к плоду. Предполагается, что в плаценте существует высокоактивная ферментная система, извлекающая железо из материнского трансферрина, и передающая его плацентарному ферритину или фетальному трансферрину. Трансферрин плода доставляет железо в костный мозг, где синтезируются эритроциты, и в ткани, где железо входит в состав различных ферментных систем. Избыток железа депонируется в печени и мышцах в виде ферритина.

После рождения источниками железа являются:

- экзогенное железо пищевых продуктов;
- утилизация железа из эндогенных запасов.

Антенатальные запасы быстро истощаются. Ежедневная физиологическая потребность в железе у детей составляет 0,5-1,2 мг/сутки. Если не проводится профилактическая терапия сидеропении, то даже при естественном вскармливании к 3 мес. у недоношенных и к 5-6 мес. у доношенных возможно развитие железодефицитной анемии.

В обмене железа в постнатальном периоде можно выделить следующие этапы:

- всасывание железа в ЖКТ;
- транспорт железа в организме;
- депонирование железа в организме.

Всасывание железа в ЖКТ.

а) двухвалентное железо захватывается клетками слизистой оболочки тонкого кишечника;

б) окисление двухвалентного железа в трехвалентное в мембране микроворсинок клеток слизистой тонкого кишечника;

в) дальнейшая судьба железа зависит от запасов железа в организме:

– при избытке железа оно задерживается в эпителиальных клетках слизистой оболочки в соединении с ферритином. Затем со слущивающимся эпителием удаляется из организма;

– при недостатке железа скорость его всасывания увеличивается. Большая часть его всасывается в кровоток, соединяется с трансферрином.

В течение первых 3-4 мес. жизни материнское молоко является единственным продуктом, который обеспечивает равновесие обмена железа. Причем, железо женского молока усваивается более эффективно – 38-49%. Из коровьего молока абсорбция железа не превышает 10%.

При выборе продуктов питания необходимо учитывать не только количество, но и качественную форму его соединений. В сухофруктах железа - 15 мг/100 гр., в мясе говядины - 2,6 мг/100 гр., но железо из мяса усваивается значительно активнее, что объясняется более эффективной абсорбцией гемового железа. Железопорфириновый комплекс (гем) соединяется с рецепторами слизистой оболочки тонкого кишечника и всасывается в неизмененном виде. Абсорбция гема в кишечнике не зависит от кислотности среды и пищевых факторов ингибиции. В то же время утилизация железа из злаков, фруктов и овощей существенно снижается в присутствии оксалатов, фосфатов и других ингибиторов. Поэтому коэффициент абсорбции железа из мяса говядины – 17-22%, из сухофруктов – 3%.

Транспорт железа в организме.

Трансферрин обеспечивает:

- доставку железа из ЖКТ к эритрокариоцитам костного мозга и в тканевые депо;
- транспорт железа в костный мозг из тканевых депо;
- транспорт железа из макрофагов, где происходит его реутилизация из разрушающихся эритроцитов.

Гуморальная регуляция эритропоэза осуществляется эритропоэтином, который синтезируется в почках. При анемии 10-15% эритропоэтина синтезируется дополнительно в печени. Эритропоэтин ускоряет высвобождение ретикулоцитов из костного мозга, поддерживает пролиферативный пул эритроидных предшественников, способствует их дифференцировке.

Депонирование железа в организме.

Избыточное количество железа депонируется практически во всех тканях. Ферритин наиболее интенсивно откладывается в печени и мышцах; гемосидерин – в макрофагах костного мозга и паренхиматозных органов.

Потери железа с мочой, калом, потом, волосами, ногтями составляют 0,1-0,3 мг/сут. Возрастают они в пубертатном периоде, при заболеваниях ЖКТ, кровотечениях, васкулитах.

ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНАЯ (СИДЕРОПЕНИЧЕСКАЯ) АНЕМИЯ

– патологическое состояние, характеризующееся снижением содержания гемоглобина из-за дефицита железа в организме в результате нарушения его поступления, усвоения или патологических потерь.

Причины железодефицитных состояний у детей:

1. *Антенатальные:*

– нарушение маточно-плацентарного кровообращения, плацентарная недостаточность (токсикозы, угроза прерывания и перенашивание беременности, гипоксический синдром, обострение соматических и инфекционных заболеваний);

– фетоматеринские и фетоплацентарные кровотечения;

– синдром фетальной трансфузии при многоплодной беременности;

– внутриутробная мелена;

– недоношенность, многоплодие;

– глубокий и длительный дефицит железа в организме беременной.

2. *Интранатальные:*

– фетоплацентарная трансфузия;

– преждевременная или поздняя перевязка пуповины;

– интранатальные кровотечения в результате травматических акушерских пособий или аномалии развития плаценты и сосудов пуповины.

3. *Постнатальные:*

– недостаточное поступление железа с пищей
– повышенные потребности в железе у детей с ускоренными темпами роста.
– повышенные потери железа из-за кровотечений различной этиологии; нарушения кишечного всасывания;
– нарушения обмена железа в организме из-за гормональных изменений, нарушение транспорта железа из-за недостаточной активности и (или) снижения содержания трансферрина в организме.

Развитию клинических проявлений железодефицитной анемии предшествует **период латентного дефицита железа**, характеризующийся снижением депонированного железа и его транспортного пула. Уменьшается активность железосодержащих ферментов. Скорость синтеза гемоглобина и насыщение им эритроцитов не нарушены.

Лабораторные критерии дефицита железа.

Показатель	**Норма**	**Латентный дефицит железа**	**ЖДА**
ОЖСС, мкмоль/л	44,6 - 56,8	>58,0	>58,0
КНТ, %	30 - 50	<22	<20
Ферритин сыворотки крови, мкг/л	32 - 68	<20	<12
Свободные протопорфирины эритроцитов, мкг/л	200 - 400	>500	>600
Сидеробласты в миелограмме, %	20 - 90	<10	<10

Клинические проявления дефицита железа проявляются **сидеропеническим синдромом**:

- эпителиальные изменения (трофические нарушения кожи, ногтей, волос, слизистых);
- извращение вкуса и обоняния;
- астено-вегетативные нарушения;
- нарушения процессов кишечного всасывания;
- дисфагия и диспепсические изменения;
- снижение местного иммунитета (повышение заболеваемости ОРЗ, кишечными инфекциями).

Снижение уровня эритроцитов в объеме крови происходит при исчезновении запасов железы. Уменьшается синтез гемоглобина, увеличивается концентрация протопорфиринов в эритроцитах. Эритроциты приобретают морфологические признаки, характерные для ЖДА – ***микроцитоз, анизоцитоз, пойкилоцитоз, гипохромия.***

В клинике к сидеропеническому синдрому присоединяются общеанемические симптомы, обусловленные развитием анемической гипоксии. Присоединяются изменения со стороны ССС – тахикардия, приглушение тонов, анемический систолический шум, тенденция к гипотонии, дистрофические изменения на ЭКГ. Нарастают астено-невротические нарушения.

ЖДА может привести к задержке психомоторного развития у детей раннего возраста. У школьников с низкими показателями гемоглобина показатели интеллекта и скорости реакций значительно уступали таковым у здоровых детей. Вышеназванные изменения ЦНС связывают с депрессией активности моноаминоксидаз и альдоксидаз – ферментов, играющих основную роль в разрушении ложных нейротрансмиттеров.

Подсчет **количества эритроцитов** происходи двумя унифицированными методами: под микроскопом в счетной камере Горяева и с помощью автоматического счетчика.

Цветовой показатель отражает относительное среднее содержание гемоглобина в эритроцитах. Вычисляется эмпирически по формуле "тройки":

Цв. пок. = (Нв х 3) : эритроциты;

где Нв - гемоглобин в г/л; эритроциты - первые три цифры эритроцитов без запятой. Нормальные значения **– 0,85 - 1,0**.

Средний объем эритроцитов (MCV).

Определяется автоматически в гематологических счетчиках или рассчитывается по формуле:

MCV = (Ht : Эр) · 1000,

где Ht – гематокрит пациента (%), Эр – первые три цифры эритроцитов без запятой. Нормальные значения **75 - 100 мкм^3.**

Среднее содержание гемоглобина в эритроците (MCH) – отражает абсолютное содержание гемоглобина в одном эритроците.

MCH = Нв : Эр,

где Нв - гемоглобин пациента (г/л); Эр - первые три цифры эритроцитов с запятой. Нормальные значения **– 24-33 пк.**

Средняя концентрация гемоглобина в эритроците (MCHC) – отражает степень насыщения эритроцита гемоглобином. Определяется автоматически или по формуле:

MCHC = (Нв : Ht) · 10

Нормальные значения **– 30-38%.**

Сывороточное железо отражает количество негеминового железа, находящегося в сыворотке. Определяется унифицированной методикой с батофенантролином.

Нормальное значение**:**

новорожденные – 5,0 - 19,3 мкмоль/л;

дети, старше 1 мес. – 10,6 - 33,6 мкмоль/л.

Показатель запасов железа в организме:

Десфераловый тест. Основан на способности десферала образовывать соединения с железом, входящим в состав железосодержащих белков запаса (гемосидерина и ферритина) и выводится с мочой в виде комплексов.

В норме суточная экскреция железа по тесту с десфералом составляет:

доношенные – 0,164±0,19 мг/сут;

недоношенные – 0,092±0,19 мг/сут;

до 4-х лет – 0,41±0,03 мг/сут;

5-6 лет – 0,57±0,09 мг/сут;

7-11 лет – 0,71 ± 0,05 мг/сут;

старше 12 лет – 0,73±0,07 мг/сут.

Классификация анемии по степени тяжести:

Легкая** – Hb 90-120 г/л; эритроциты – до 3,5 х 10^{12}/л**;

***Средней тяжести** – Hb 70-90 г/л; эритроциты –2,5-3,4х 10^{12}/л;*

***Тяжелая –** Hb менее 70 г/л; эритроциты – менее 2,5 х 10^{12}/л.*

Лечение ЖДА

Основные принципы терапии ЖДА, сформулированные в 1981 году Л.И. Идельсоном, и сегодня являются программными:

1. Возместить дефицит железа без лекарственных железосодержащих препаратов невозможно.
2. Терапия железодефицитных состояний должна проводиться преимущественно препаратами для перорального приема.
3. Терапия ЖДА не должна прекращаться после нормализации уровня гемоглобина.
4. Гемотрансфузии при ЖДА должны проводиться только по жизненным показаниям.

Диета

Необходимо соблюдение адекватного питания женщинам фертильного возраста и компенсация препаратами железа повышенных его потерь.

При выборе продуктов питания, как для беременных, так и для детей рекомендуется отдавать предпочтение продуктам, содержащим железо в виде гема (язык говяжий, мясо кролика, индейки, курицы, говядина). Из продуктов, содержащих железо в виде гемосидерина и трансферрина (печень, рыба) абсорбция его значительно меньше. Продукты из мяса увеличивают всасывание железа из

овощей и фруктов при одновременном применении. Снижают усвоение негемового железа соевый протеин, полифенолы (чай, кофе, орехи, бобовые).

Из растительных продуктов большее количество железа содержится в морской капусте (16 мг./100 гр.), свежем шиповнике (11,5 мг.), гречке, геркулесе (7,8 мг.), груше, яблоках, абрикосе (2,3 мг.). При вегетарианском рационе усваивается не более 17% железа.

Полноценная и сбалансированная диета позволяет лишь покрыть физиологическую потребность в железе, но не устранить дефицит. Поэтому в лечение ЖДА обязательно назначаются железосодержащие лекарственные препараты.

При ЖДА содержание в организме витаминов группы В и их метаболизм не нарушены. Эта группа витаминов инициирует синтез порфиринов, который при ЖДА ускорен. Поэтому не оправдано использование этих витаминов в терапии железодефицитных состояний.

Препараты железа.

Преимуществом перорального приема препаратов железа является:

1. Пероральный прием повышает уровень гемоглобина только на 2-4 дня позже, чем парентеральное введение.
2. Пероральный прием крайне редко, в отличие от парентерального, приводит к побочным эффектам.
3. Пероральный прием при ошибочной трактовке анемии как железодефицитной не приводит к развитию гемосидероза.

Наибольшее количество активного железа содержится в препаратах с фумаратом железа (33% от общего содержания железа в препарате), сульфатом железа (20%), глюконатом железа (12%).

Различают:

1. **Монокомпонентные** препараты – гемофер, ферроград, феррогрaдумент.
2. **Комбинированные** препараты:
   а) железа сульфат + серин (Актиферрин);
   б) железа сульфат + витамин С (Ферроплекс, Ферроград С, Сорбифер Дурулес, Ферроплект);
   в) железа сульфат + витамин С + мукопротеаза (Тардиферон);
   г) железа сульфат + витамин С + мукопротеаза + фолиевая кислота (Гинотардиферон);
   д) железа сульфат + фолиевая кислота (Ферроград фолик, Фефол).

Кроме того, есть многочисленные витаминные препараты, в составе которых количество железа превышает дозу ежедневной физиологической потребности.

В последнее время используются препараты, содержащие в основном двухвалентное соли железа. Утилизация трехвалентного железа жестко лимитируется уровнем pH желудочного сока.

Включение в состав аскорбиновой кислоты наряду с увеличением абсорбции железа способствует более частому развитию побочных эффектов ферротерапии.

Фитин, включаемый в комплексные препараты для стимуляции обменных процессов, ухудшает всасывание железа.

Широкое использование сиропа алоэ с железом терапевтически мало эффективно, т.к. в 5 мл. препарата содержится всего 2,5 мг. активного железа и часто развиваются диспепсические явления.

У детей раннего возраста предпочтительно назначение железосодержащих препаратов в жидкой форме – капли и сироп (Гемофер, Мальтофер, Актиферрин).

При нарушении микробиоценоза кишечника возможна активация грамотрицательной условно-патогенной сидерофильной флоры и развитие диспепсических нарушений. Этим детям оправданы вместе с препаратами железа использовать эубиотики.

Для детей старшего возраста лучше назначать препараты типа Тардиферона и Феррогрaдумета. Они медленно всасываются, обеспечивают пролонгированную и равномерную абсорбцию железа в кишечнике, хорошо переносятся.

Препараты железа целесообразно назначать за 1-2 часа до или после еды. При плохой переносимости назначают во время приема пищи, но всасывание железа при этом ухудшается. Нельзя запивать железосодержащие препараты чаем, молоком из-за снижения эффективности усвоения железа.

Нарушают всасывание железа некоторые медикаменты – тетрациклины, левомицетин, антациды, препараты кальция.

Для определения необходимой лечебной дозы препарата расчет ее проводится только по элементарному (активному) железу.

У детей до 3-х лет – **5-8 мг/кг/сутки** элементарного железа.

У детей до 7 лет – **100-120 мг/сутки**.

У детей старше 7 лет – до **200 мг/ сутки**.

Так, **гемофер** в 1 капле содержится 7,8 мг. хлорида железа и 2,2 мг. элементарного;
актиферрин в 1 капле 47,2 мг. сульфата железа и 9,8 мг. элементарного;
тардиферон в 1 таб. - 256 мг. сульфата железа и 80 мг. элементарного;
ферро-градумент в 1 таб. - 525 мг. сульфата железа и 105 мг. элементарного.

Суточное количество препарата = терапевтическая суточная доза элементарного железа / количество элементарного железа в препарате.

Стартовая доза равна 1/2 - 1/4 от терапевтической с последующим достижением полной дозы в течение 7-14 дней. Это необходимо для оценки индивидуальной переносимости препарата ребенком и уменьшения риска побочных эффектов.

Терапевтический эффект проявляется постепенно. Вначале отмечается клиническое улучшение, затем нормализация гемоглобина. Из клинических симптомов вначале исчезает мышечная слабость (железо входит в состав ферментов, участвующих в сокращении миофибрилл). На 8-12 день лечения повышается содержание ретикулоцитов в периферической крови. Нормализация гемоглобина происходит на 4-5 неделе лечения.

После достижения нормального уровня гемоглобина ферротерапию целесообразно продолжить еще в течение 2-3 мес. суточная дозировка снижается на 1/2 от терапевтической дозы.

У недоношенных ферротерапия в поддерживающей дозе проводится до конца 2-го года жизни.

Показания к парентеральному введению препаратов железа:

1. состояния после резекции желудка, тонкого кишечника;
2. синдром нарушенного всасывания;
3. неспецифический язвенный колит;
4. хронический энтероколит.

Суточные дозы препаратов для парентерального железа

Возраст	**Суточная доза элементарного железа мг/сут.**
1 - 12 мес. 1 - 3 года старше 3 лет	до 25 25 - 40 40 - 45

Курсовая доза элементарного железа (мг) = МТ (кг) х (78 - 0,35 х Hb ребенка).
Курсовая доза препарата на курс (мл) = КДЖ : СЖП, где КЖД – курсовая доза железа (мг); СЖП - содержание железа (мг) в 1 мл. препарата.
Количество инъекций на курс = КДП : СДП, где КДП - курсовая доза препарата (мл); СДП – суточная доза препарата (мл).
Парентерально препарат вводится с интервалом 1-2 дня.
Побочные эффекты железосодержащих препаратов: кожный зуд, гиперемия кожи, аллергический дерматит, тошнота, рвота, снижение аппетита, диарея.
Гемотрансфузии при ЖДА проводятся только по жизненным показаниям. Предпочтение отдается гемотрансфузии эритроцитарной массы или отмытым эритроцитам в дозе 10-15 мл/кг массы тела; для детей старшего возраста от 150 до 250 мл.

Показания к гемотрансфузии:

а) Критический уровень Нв в г/л:

1-е сутки жизни <130

2-6-е сутки жизни - тяжелые дыхательные нарушения < 130

-тяжелые нарушения гемодинамики <110-120

- без нарушения дыхания и ССС < 100

7-28-е сутки жизни - с нарушениями дыхания и ССС <100

- без нарушения дыхания и ССС < 80

Старше одного месяца < 60

б) Нарушение центральной гемодинамики, геморрагический шок, анемическая прекома, гипоксический синдром.

Схема обследования больного:

При сборе анамнеза обратить внимание на:

- наследственную предрасположенность;
- наличие анемии у матери во время беременности;
- особенности акушерского и гинекологического анамнеза матери;
- особенности перинатального периода;
- дефекты питания ребенка;
- признаки болезни: их характер, сроки появления, динамика.

При объективном исследовании обратить внимание на:

- состояние тяжести ребенка;
- цвет кожных покровов и видимых слизистых;
- состояние сердечно-сосудистой системы;
- размеры печени и селезенки, лимфоузлов;
- состояние других органов и систем.

При интерпретации лабораторных данных обратить внимание на:

- характеристику эритроцитарной системы: количество, форму, величину, окраску эритроцитов;
- количество гемоглобина, содержание и концентрацию гемоглобина в эритроците;
- гематокритное число;
- количество ретикулоцитов, тромбоцитов;
- наличие молодых форм;
- биохимический анализ крови (содержание сывороточного железа, общей железосвязывающей способности сыворотки (ОЖСС), ЛЖСС уровень насыщения трансферрином).

Задания для самостоятельной работы:

1. Решите ситуационные задачи и тестовые контрольные задания.
2. Выпишите в рабочей тетради рецепты на препараты для лечения дефицитной анемии.

Ситуационные задачи.

Задача №1

Девочка 10 мес. поступила в клинику с жалобами на бледность, снижение аппетита, вялость. Родилась доношенной (масса тела 3300 гр., длина 49 см.), от первой беременности, протекавшей с токсикозом. С 3,5 мес. находилась на искусственном вскармливании, фруктовые и ягодные соки практические не получала, с 5 мес. вскармливается преимущественно кашами. Профилактика рахита не проводилась. Держать голову начала с 4 мес., сидеть с 9 мес., первые зубы прорезались в 8 мес., всего 4 зуба.

При осмотре: бледность, плаксивость, мышечная гипотония, живот увеличен в объеме, пупочное кольцо расширено, выступают лобные и затылочные бугры, при пальпации грудной клетки определяются реберные четки. Пульс 142 уд/мин., симметричный, ритмичный, удовлетворительного наполнения. Верхняя граница сердечной тупости на уровне II ребра, правая – правая грудинная линия, левая – левая сосковая линия. Тоны сердца умеренно приглушены, на верхушке нежный систолический шум. Печень выступает из-под края реберной дуги на 3 см., край ровный, гладкий. Селезенка не пальпируется.

Клинический анализ крови: Эр – $2{,}8 \cdot 10^{12}$/л, Hb – 76 г/л, Ley – $13{,}2 \cdot 10^{9}$/л, Цв. пок. – 0,6, ретикулоциты – 2,8%, с/я – 29%, п/я– 2%, л/ц– 57%, м/ц– 8%, э/ф– 1%.

Вопросы:

1. Ваш диагноз?
2. Каковы возможности причины заболевания и факторы риска?
3. Предложите план дополнительного обследования, рациональное питание и медикаментозную терапию.

Задача №2

Девочка 14 лет поступила в клинику с жалобами на слабость, головокружение, периодически возникающие боли в эпигастральной области на протяжении 3 лет. Сначала отмечалась склонность к запорам, затем – к поносам. В последнее время увеличились размеры языка, появились участки покраснения, снизился аппетит.

Состояние средней тяжести, вялая, эмоционально лабильная. Пониженного питания, астеник. Кожные покровы бледные с лимонно-желтым оттенком, субъиктеричность склер, слизистые чистые. На языке ярко красные участки воспаления. Пульс 94 уд/мин., ритмичный, удовлетворительного наполнения. Тоны сердца приглушены. Живот болезненный при пальпации в эпигастральной области. Печень у края реберной дуги. Селезенка не увеличена.

Клинический анализ крови: Эр – $3{,}2 \cdot 10^{12}$/л, Hb – 130 г/л, Цв. п. – 1,1, Leу – $4{,}0 \cdot 10^{9}$/л, э/ф – 1%, п/я – 2%, с/я – 35%, л/ц – 55%, м/ц – 5%, СОЭ – 8 мм/ч.

В мазке: ретикулоциты ++, шизоциты ++, кольца Кеббота ++, тельца Жолли ++, значительное количество нейтрофилов с полисегментированными ядрами.

Уровень сывороточного железа 750 мкг/л, содержание витамина B_{12} 10 мкг/мл.

Результат ***фиброгастроскопического исследования*** – признаки атрофического гастрита.

Вопросы:

1. Ваш предположительный диагноз?
2. Каковы причины возникновения и механизмы развития болезни?
3. Назначьте лечение.

Тестовый контроль:

1. Железодефицитная анемия характеризуется снижением:
   а) гемоглобина
   б) цветового показателя
   в) гематокрита
   г) количества эритроцитов
   д) количества ретикулоцитов
2. Наиболее интенсивно железо накапливается в организме плода:
   а) первый триместр беременности
   б) второй триместр беременности
   в) третий триместр беременности
3. Железодефицитная анемия по степени насыщения эритроцитов гемоглобином является:
   а) нормохромной
   б) гиперхромной
   в) гипохромной
4. Костномозговое кроветворение при ЖДА характеризуется:
   а) гипоплазией
   б) аплазией
   в) напряженностью эритропоэза с появлением ретикулоцитоза в периферической крови.
5. При ЖДА выявляется повышение:
   а) процента насыщения трансферрина
   б) уровня сывороточного железа
   в) уровня ферритина в сыворотке крови
   г) концентрации гемоглобина в эритроците
   д) железосвязывающей способности сыворотки крови
6. Причинами развития железодефицитных анемий у детей являются все ниже перечисленные **КРОМЕ**:
   а) алиментарная

б) синдром мальабсорбции
в) инфекционные заболевания
г) аплазия костного мозга
д) повышенная потребность организма ребенка в железе в определенные возрастные периоды
е) хронические кровопотери

7. Принципами лечения ЖДА являются:
а) заместительная терапия препаратами крови
б) витаминотерапия витамином С
в) витаминотерапия витаминами группы В
г) использование продуктов, богатых железом
д) назначение препаратов железа
е) глюкокортикоидная терапия

8. Какие продукты необходимо назначить ребенку с железодефицитной анемией?
а) молоко
б) рис
в) мясо
г) кисломолочные продукты
д) гречневую кашу
е) фрукты

9. Причиной B_{12}-дефицитной анемии чаще является:
а) кровопотеря
б) глистная инвазия
в) нарушение секреции внутреннего фактора Кастла или нарушение всасывания
г) недостаточное поступление витамина B_{12} с пищей

10. При дефиците фолиевой кислоты анемия:
а) гипохромная
б) нормохромная
в) гиперхромная

11. B_{12}-дефицитная анемия характеризуется:
а) микроцитарной анемией
б) мегалобластным типом кроветворения
в) снижением числа ретикулоцитов
г) гиперхромной анемией
д) повышением сывороточного железа

Занятие №11 по теме:
"ХРОНИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА ПИТАНИЯ".

I. Научно-методическое обоснование темы.

Хронические расстройства питания являются частой патологией детей раннего возраста, снижая сопротивляемость организма и повышая заболеваемость детей раннего возраста. В связи с этим важно знать причины, профилактику и лечение этой патологии. Следует также учитывать, что основа в развитии тяжелых степеней ожирения у взрослых нередко закладывается уже на первом году жизни. В связи с этим знание этой проблемы важно для врачей эндокринологов, терапевтов.

II. Цель деятельности студентов.

Студент должен знать:

- определение нормотрофии;
- классификацию хронических расстройств питания;
- этиологию хронических расстройств питания;
- нарушения в обмене веществ при различных формах хронических расстройствах питания;
- клинические проявления и методы диагностики при хронических расстройствах питания;
- основные принципы лечения и профилактики хронических расстройств питания;

- значение хронических расстройств питания в патологии детей раннего возраста.

Студент должен уметь:

- целенаправленно собрать анамнез, выделяя из него факторы внутренней и внешней среды, способствующие развитию хронических расстройств питания;
- провести антропометрию и объективное исследование ребенка;
- поставить диагноз согласно классификации;
- составить план лечения ребенка;
- выписать рецепты на основные медикаменты;
- определить профилактические мероприятия.

III. Содержание обучения:

1. Факторы внешней и внутренней среды, предрасполагающие к развитию хронических расстройств питания
2. Клинические формы хронических расстройств питания.
3. Роль хронических расстройств питания в патологии детей раннего возраста.
4. Гипотрофия (определение, этиология, патогенез, клиника, диагностика, профилактика, лечение).
5. Паратрофия (определение, этиология, патогенез, клиника, диагностика, профилактика, лечение).
6. Ожирение (определение, этиопатогенез, клиника, диагностика, профилактика, лечение).

IV. Учебно-материальное обеспечение.

1. Наглядные пособия: таблицы, схемы, мультимедийные презентации, видеофильмы, аудиограммы.
2. Учебная медицинская документация (истории болезни, лабораторные исследования, рентгенограммы).
3. Технические средства обучения.
4. Литература.

V. Список рекомендуемой литературы.

Основная рекомендуемая литература.

1 Детские болезни [Электронный ресурс] : учебник / Под ред. А.А. Баранова. - 2-е изд., испр. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2012. Режим доступа: http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970411162.html

Дополнительная литература

1 Пропедевтика детских болезней [Электронный ресурс] : учебник / Юрьев В. В. и др.; под ред. В. В. Юрьева, М. М. Хомича. - М. ГЭОТАР-Медиа, 2012. Режим доступа: http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970422151.html

2. Физикальное обследование ребенка [Электронный ресурс] : учеб. пособие / Р.Р. Кильдиярова, Ю.Ф. Лобанов, Т.И. Легонькова - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015. Режим доступа: http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970432433.html

3. Детские болезни. Т. 1. [Электронный ресурс] / Запруднов А.М., Григорьев К.И., Харитонова Л.А. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. Режим доступа: http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970424216.html

4. Детские болезни: учебник: в 2 т. / Запруднов А. М., Григорьев К. И., Харитонова Л. А. - 2-е изд., перераб. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2013. - Т. 1. - 768 с. : ил - ISBN 978-5-9704-2421-6.

5. Поликлиническая и неотложная педиатрия [Электронный ресурс]: учеб. / под ред. А. С. Калмыковой - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. Режим доступа: http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970426487.html

6. Лабораторные и функциональные исследования в практике педиатра [Электронный ресурс] / Кильдиярова Р.Р. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2012. Режим доступа: http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970419588.html

7.Лекции по педиатрии.

8.Методические указания для внеаудиторной работы студентов

VI. Перечень вопросов для проверки исходного уровня знаний:

1. Особенности строения пищеварительного тракта у детей.
2. Особенности процесса пищеварения у детей.
3. Виды вскармливания у детей первого года жизни.
4. Что такое гипогалактия? Причины ее возникновения?
5. Виды ожирения, причины развития.

VII. Перечень вопросов для проверки конечного уровня знаний:

1. Дайте определение понятия нормотрофия.
2. Перечислите факторы внешней и внутренней среды, предрасполагающие к развитию хронических расстройств питания
3. Назовите причины врожденной гипотрофии.
4. Назовите клинические формы хронических расстройств питания.
5. Перечислите основные нарушения в обмене веществ при: а) гипотрофии; б) паратрофии; в) ожирении.
6. Какова роль хронических расстройств питания в патологии детей раннего возраста?
7. Назовите изменения со стороны крови при гипотрофии.
8. Назовите основные принципы лечения: а) гипотрофии; б) паратрофии; в) ожирения.
9. Назовите основные профилактические мероприятия хронических расстройств питания.

Блок информации.

ДИСТРОФИИ у детей представляют собой хронические расстройства питания, связанные с недостаточным или избыточным поступлением питательных веществ, нарушениями их усвоения и обмена веществ, ведущими к задержке физического и нервно-психического развития. Дистрофические состояния ослабляют организм ребенка, предрасполагая к возникновению острых и хронических бактериальных и других заболеваний. Дети, страдающие дистрофиями, должны быть отнесены в группы риска по многим заболеваниям.

В нашей стране, по предложению Г. Н. Сперанского (1945), выделяются 3 основных типа дистрофии у детей: ***гипотрофия, гипостатура и паратрофия***.

Позднее Г. И. Зайцева, Л. А. Строганова (1969, 1981) значительно дополнили эту классификацию за счет выделения степеней тяжести (I, II, III), периодов болезни (начальный, прогрессирование, стабилизация, реконвалесценция), происхождения (пренатальное, постнатальное, пренатально-постнатальное) и указания причин (экзогенные и эндогенные).

ГИПОТРОФИЯ

Хроническое расстройство питания, возникающее в результате голодания организма, когда отсутствует возможность возместить затраты, расходуемые на жизненные процессы. Дефицит пищевых веществ может быть обусловлен недостаточным поступлением их с продуктами питания или быть результатом нарушения усвоения и утилизации пищи. Гипотрофия чаще развивается у детей первых 2 лет жизни.

Этиология и патогенез. В основе развития гипотрофии лежат алиментарные, инфекционные и конституциональные факторы. Из алиментарных факторов, прежде всего, необходимо выделить нарушения вскармливания количественного или качественного характера. Недостаточное поступление пищи может быть связано с причинами, зависящими от матери (гипогалактия, дефект грудных желез – "тугая грудь", плоские или втянутые соски и др.) и от ребенка (недоразвитие сосательного рефлекса у недоношенных детей, родовая травма, дефекты развития и уродства, затрудняющие сосание: расщепление губы, твердого неба, пилоростеноз и др.).

Гипотрофия может развиться и от нарушения качественного состава пищевого рациона, при неправильном соотношении белков, жиров и углеводов, недостаточном поступлении какого-либо из основных пищевых ингредиентов (белков, витаминов). Большое значение имеют нарушение ухода, беспорядочное кормление, недостаточное введение жидкости и др. Гипотрофия чаще возникает у детей, находящихся на смешанном и искусственном вскармливании.

Причинами гипотрофии могут быть также заболевания ребенка, особенно острые и хронические инфекции (кишечные, респираторно-вирусные, гнойно-воспалительные и др.), воздействие ряда

токсических факторов (гипервитаминозы, лекарственные отравления), врожденная патология (муковисцидоз, целиакия, энзимопатия). Наиболее частая причина гипотрофии у детей раннего возраста – непереносимость белков коровьего молока, глютена (белок злаковых). Гипотрофия может развиться в результате некоторых наследственных эндокринных, иммунодефицитных заболеваний, поражений центральной нервной системы.

Гипотрофия может носить врожденный характер, ее причиной могут явиться заболевание матери, фетопатии, дефекты внутриутробного развития.

В развитии гипотрофии большое значение имеет снижение секреторной функции пищеварительных желез и эвакуации пищи. Уменьшение секреции пищеварительных желез ведет к нарушению процессов всасывания и снижению усвояемости пищевых веществ. Нарушается полостное и пристеночное пищеварение, развивается дисбактериоз. Особые изменения претерпевает белковый обмен, возникает распад тканевого белка. Отмечаются гипопротеинемия, нарушение нормального соотношения белковых фракций, повышенное выведение аминокислот с мочой, отрицательный азотистый баланс. Происходит исчезновение запасов гликогена, жира, минеральных веществ, изменяется основной обмен, развивается истощение.

Клиническая картина. Ведущими клиническими симптомами при гипотрофии являются замедление нарастания, остановка прибавки или снижение массы тела. В зависимости от дефицита массы тела различают гипотрофию I степени (дефицит массы тела 10-20%), II степени (дефицит массы тела 20-30%) и III степени (дефицит массы тела более 30 %).

При гипотрофии I степени общее состояние ребенка остается удовлетворительным, окраска кожных покровов несколько бледна, уменьшается подкожный жировой слой, несколько снижается упругость кожи.

При гипотрофии II степени наряду с отставанием в массе тела происходят отставание в росте (от 2 до 3-4 см.); подкожный жировой слой исчезает на туловище и конечностях; кожа теряет эластичность, становятся сухой, легко собирается в складки, на отдельных ее участках может быть шелушение, пигментация, волосы становятся более жесткими и редкими, тургор тканей значительно понижается, развивается мышечная гипотония.

Для гипотрофии III степени, помимо более резкого истощения, характерны нарушения деятельности ряда органов и систем: глаза западают, лицо приобретает старческий вид, морщинистое, кожа сухая, шелушащаяся, с пигментацией, легко собирается в складку и долго не расправляется, слизистые оболочки сухие, яркие, легкоранимые, что часто приводит к развитию молочницы, стоматита. Возникает повышенная возбудимость, нервозность или апатия, вялость, сон беспокойный, аппетит снижен. Отстает развитие моторных функций (дети позднее начинают сидеть, стоять, ходить) или они утрачиваются. Мышцы становятся атрофичными. Отмечаются изменения со стороны сердечно-сосудистой системы: глухость тонов сердца, замедленный пульс, снижение артериального давления. Нарушается терморегуляция, конечности постоянно холодные. Живот втянут или вздут, атония кишечника и метеоризм. Развивается анемия.

У детей с гипотрофией понижена реактивность, они чаще болеют, восприимчивы к инфекциям; заболевания у них нередко принимают тяжелый характер, часто возникают осложнения.

Диагностика. Диагноз ставится на основании оценки клинических симптомов, отставания в массе тела.

Лечение. Учитывают этиологию болезни, степень истощения и наличие сопутствующих заболеваний. Лечение должно быть комплексным, включать коррекцию или устранение этиологического фактора, диетотерапию, рациональный режим, тщательный уход, выявление и лечение очагов инфекции, рахита, анемии и других сопутствующих заболеваний.

При всех формах гипотрофии особое значение придается питанию. Оно должно быть построено правильно, с учетом возрастной потребности ребенка в основных пищевых веществах и его физиологических возможностей. Правильное соотношение основных пищевых ингредиентов оказывает положительное влияние на нормализацию нарушенных обменных процессов, а также на физическое и нервно-психическое развитие. При гипотрофии I степени часто бывает достаточно устранить дефект вскармливания ребенка, наладить режим и уход, после чего дефицит массы тела быстро ликвидируется. Детям с гипотрофией II и особенно III степени, часто страдающим пониженной толерантностью к пище, в первые дни лечения суточный объем питания снижают до 3/4,

2/3 и даже до 1/3 от полагающейся нормы (в зависимости от состояния больного).

Недостающий объем питания восполняется жидкостью (чай, настой шиповника, раствор глюкозы, фруктовые соки, овощные и фруктовые отвары). При улучшении состояния ребенка количество пищи постепенно доводят до физиологической нормы.

Назначение питания ребенку, страдающему гипотрофией, а также все изменения в питании должны производиться под контролем расчетов химического состава рациона. При гипотрофии I степени расчеты и коррекция питания, как правило, производятся на 1 кг. долженствующей массы тела, которая складывается из массы тела ребенка при рождении и средних норм прибавок массы тела за прожитый период жизни. При гипотрофии II и III степени, когда значительно выражены нарушения обменных процессов, а, следовательно, и усвоение основных пищевых веществ, особенно жира, требуется четкая индивидуализация диетических мероприятий. При гипотрофии II степени количество белков и углеводов в суточном рационе рассчитывают на 1 кг. долженствующей массы тела, а количество жиров — на 1 кг. фактической массы тела или при относительно удовлетворительном состоянии ребенка – на массу тела, являющуюся средней величиной между фактической и долженствующей. При гипотрофии III степени необходимое количество белков и углеводов рассчитывают на 1 кг. приблизительно долженствующей массы тела (фактическая масса тела + 20 % от фактической массы тела). Количество жиров рассчитывается только по фактической массе тела, так как толерантность к жиру у этих детей резко снижена. Указанными расчетами нельзя пользоваться при гипотрофии с выраженным токсикозом. В этом случае необходимо устранить явления интоксикации и в последующем очень осторожно, соблюдая принцип постепенности, увеличивать количество ингредиентов и расширять пищевой рацион ребенка.

По мере нормализации состояния ребенка, стойкого нарастания массы тела питание рассчитывают по долженствующей массе. В первую очередь корригируют белковый и углеводный состав пищевого рациона и в последнюю – жировой. В период репарации количество углеводов может быть несколько выше физиологической нормы, так как в связи с ограничением жиров они представляют основной источник энергии.

Важно, чтобы питание детей, страдающих гипотрофией, было полноценным. Детей первых месяцев жизни желательно обеспечить грудным молоком (при отсутствии молока у матери – донорским с соответствующей коррекцией). При искусственном вскармливании преимущество отдают адаптированным молочным и кисломолочными смесям. Кисломолочные продукты стимулируют выработку пищеварительных соков, уменьшают явления дисбактериоза, легче перевариваются и усваиваются организмом ребенка.

Для восстановления нормальной микрофлоры кишечника рекомендуется использовать биопрепараты, содержащие естественные защитные факторы: бифидобактерии, лизоцим, лактобактерии.

Коррекцию белкового компонента целесообразно проводить за счет натуральных продуктов (творог, желток, мясное пюре), а также специализированных мясных консервов.

Коррекцию углеводного компонента осуществляют с помощью сахарного сиропа, фруктовых соков и пюре. Жировой состав рациона рекомендуется расширять при полной адаптации ребенка к поступающему с пищей белку путем включения в питание сливочного и растительного масла.

Прикорм детям с гипотрофией обычно назначают с большой осторожностью, на фоне положительной динамики массы тела, при отсутствии острых заболеваний. В качестве первого прикорма вводится молочная каша из различных круп, затем через 1-1,5 нед. назначают второй прикорм в виде овощного пюре. Все виды прикорма вводят постепенно, начиная с малых доз, и в течение 7-10 дней доводят до необходимого объема.

При всех формах гипотрофии детям назначают комплекс витаминов в лечебной возрастной дозировке. В стадии метаболической адаптации показаны ферментные препараты (раствор соляной кислоты с пепсином, панкреатин, панзинорм, фестал, абомин и др.). Для стимуляции трофических функций применяется апилак. При тяжелой гипотрофии, плохо поддающейся лечению, показана гормональная терапия (ретаболил).

Одновременно с медикаментозной терапией применяют массаж и гимнастику. Большое значение придается уходу за ребенком и поднятию его эмоционального тонуса.

Профилактика должна включать рациональное вскармливание, организацию правильного

режима, достаточное пользование свежим воздухом, тщательный уход, физическое воспитание и закаливание. Большое значение имеют также периодический контроль за нарастанием массы тела, проведение расчетов питания и своевременная его коррекция.

Задания для самостоятельной работы:

1. Решите самостоятельно задания тестового контроля.
2. Осмотрите больного с хроническими расстройствами питания, используя ниже приведенную схему. Выявленные вами изменения в состоянии здоровья вашего пациента опишите в рабочей тетради.
3. Решите ситуационные задачи.
4. Выпишите в рабочей тетради рецепты:
   а) фестал
   б) мезим форте
   в) абомин
   г) апилак
   д) мотилиум

Схема обследования больного.

При сборе анамнеза обратите внимание на:

- течение беременности у матери;
- массу тела ребенка при рождении;
- характер вскармливания ребенка с рождения;
- наличие гипогалактии у матери;
- своевременность и последовательность введения прикорма;
- динамику прибавки массы тела;
- перенесенные ребенком заболевания;
- особенности ухода за ребенком.

При объективном осмотре обратить внимание на:

- цвет кожных покровов;
- выраженность подкожно-жирового слоя;
- тургор мягких тканей;
- эластичность кожи;
- наличие признаков экссудативного диатеза;
- состояние мышечного тонуса;
- дефицит или избыток массы тела в процентах;
- наличие признаков рахита;
- своевременность развития статических функций;
- нервно-психическое развитие ребенка;
- изменения со стороны внутренних органов;
- аппетит ребенка;
- характер стула.

При интерпретации лабораторных анализов обратить внимание на:

- клинический анализ крови (содержание эритроцитов, Hb, лейкоцитов, эозинофилов);
- биохимический анализ крови (содержание белка и белковых фракций);
- клинический анализ мочи.

Ситуационные задачи.

Задача №1

Мать девочки 1 мес. на приеме у педиатра с жалобами на повышенное беспокойство ребенка, сохраняющееся после кормления, между кормлениями выдерживает не более 1 часа.

Из анамнеза выяснено, что девочка родилась от первой беременности, физиологических родов.

Масса тела при рождении 3050 гр., длина тела – 49 см. Находится на грудном вскармливании.

При объективном осмотре: температура тела 36,5˚С, масса тела 3150 гр., длина тела 51 см. Кожа с гиперемией в паховых и подмышечных складках. Подкожно-жировая клетчатка истончена: толщина кожной складки на уровне пупка – 0,5 см., груди – 0,5 см., плеч – 1 см., бедре – 1,5 см. Внутренние органы без патологии. Стул густой кашицей 1-2 раза в сутки. Мочится около 10 раз в сутки. Крик раздраженный, эмоциональный, жадно хватает соску и рожок с 5% глюкозой. Неврологический статус в пределах нормы.

Вопросы:

1. Поставьте предварительный диагноз?
2. С чем связано развитие данного состояния?
3. Назначьте лечение.

Задача №2

На приеме девочка 1,5 мес. Мать предъявляет жалобы на частые срыгивания ребенка, возникающие как сразу после еды, так и через какое-то время после кормления, а также перед приемом пищи. Объем срыгиваемых масс непостоянный (от 1-2 чайных ложек до срыгивания "фонтаном"), чаще срыгивает створоженным молоком. Ест жадно, стул обычной консистенции, без патологических примесей, диурез достаточный. Прибавка массы тела за первый месяц жизни составила 650 гр., за 2 недели второго – 300 гр.

Из анамнеза известно, что девочка от II беременности, протекавшей с токсикозом, угрозой прерывания, роды были стремительными. Девочка наблюдается невропатологом по поводу перинатальной энцефалопатии, повышенной возбудимости. Срыгивает с первых дней жизни.

Вопросы:

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. С чем связано развитие данного состояния?
3. Назначьте лечение.

Тестовый контроль:

1. Продолжительность периода определения толерантности к пище при гипотрофии I степени составляет:
   а) 1-2 дня
   б) 3-7 дней
   в)10 дней
   г) до 14 дней
2. Продолжительность периода определения толерантности к пище при гипотрофии II степени составляет:
   а) 1-2 дня
   б) 3-7 дней
   в) 10 дней
   г) до 14 дней
3. Продолжительность периода определения толерантности к пище при гипотрофии III степени составляет:
   а) 1-2 дня
   б) 3-7 дней
   в) 10 дней
   г) до 14 дней
4. Дефицит массы тела при I степени постнатальной гипотрофии составляет:
   а) 5-8%
   б) 5-15%
   в) 10-20%
   г) 20-30%
5. Дефицит массы тела при II степени постнатальной гипотрофии составляет:
   а) 5-8%

б) 5-15%
в) 10-20%
г) 20-30%

6. Дефицит массы тела при III степени постнатальной гипотрофии составляет:
а) 5-15%
б) 10-20%
в) 20-30%
г) более 30%

7. К паратрофии I ст. относятся состояния с:
а) дефицитом массы более 10%
б) избытком массы от 5% до 10%
в) избытком массы от 10% до 20%
г) избытком массы и роста более 10%

8. Объем питания при постнатальной гипотрофии I степени в период определения толерантности к пище составляет:
а) 2/3 от нормы
б) 1/2 от нормы
в) 1/3 от нормы

9. Объем питания при постнатальной гипотрофии II степени в период определения толерантности к пище составляет:
а) 2/3 от нормы
б) 1/2 от нормы
в) 1/3 от нормы

10. Объем питания при постнатальной гипотрофии III степени в период определения толерантности к пище составляет:
а) 2/3 от нормы
б) 1/2 от нормы
в) 1/3 от нормы

11. Равномерный значительный дефицит массы и роста называется:
а) паратрофия
б) гипотрафия
в) гипостатура

12. Основной причиной угнетения иммунологической реактивности при гипотрофии является нарушение обмена:
а) белков
б) жиров
в) углеводов

13. Ферментативные препараты и анаболические гормоны показаны при лечении гипотрофии:
а) не показаны
б) I степени
в) II степени
г) III степени

14. К возникновению постнатальной гипотрофии могут приводить:
а) алиментарные факторы
б) инфекционные заболевания
в) несвоевременная вакцинопрофилактика
г) генетические факторы
д) сахарный диабет у матери
е) железодефицитная анемия

Занятие №12 по теме:
"АНОМАЛИИ КОНСТИТУЦИИ".

I. Научно-методическое обоснование темы.

Аномалии конституции являются распространенной патологией детей раннего возраста, в формировании которой большая роль принадлежит наследственности и факторам внешней среды. Наличие у ребенка одного из диатезов предрасполагает его к заболеваниям органов дыхания, желудочно-кишечного тракта, нервной и мочевыводящей системы, приобретающих тяжелое и затяжное течение.

У старших детей и взрослых, перенесших в раннем возрасте диатез, также отмечается наклонность к аллергическим заболеваниям (крапивница, отек Квинке, бронхиальная астма и т.д.), мочекаменной, желчекаменной болезни, падагре и др. серьезным заболеваниям. В связи с этим знакомство с аномалиями конституции важно не только для педиатров, но и для акушеров-гинекологов, терапевтов, аллергологов, дерматологов.

II. Цель деятельности студентов.

Студент должен знать:

- определение аномалии конституции (АК);
- формы АК;
- роль факторов внешней и внутренней среды в формировании АК;
- симптоматику и клинические формы экссудативно-катарального диатеза;
- клинические проявления лимфатико-гипопластического диатеза;
- клинические проявления нервно-артритического диатеза;
- изменения со стороны внутренних органов при аномалиях конституции;
- изменения со стороны крови при АК;
- роль АК в патологии раннего и старшего детского возраста;
- лечение и профилактику различных видов АК.

Студент должен уметь:

- целенаправленно собрать анамнез, выделяя из него факторы, способствующие развитию АК;
- обследовать детей с АК;
- назначить режим, питание и медикаментозное лечение ребенку с АК с учетом этиологических факторов и клинической картины болезни;
- дать рекомендации в отношении профилактических прививок.

III. Содержание обучения:

1. Понятие об аномалии конституции.
2. Факторы внешней среды, влияющие на формирование экссудативно-катарального диатеза.
3. Формы экссудативно-катарального диатеза.
4. Клиника, лабораторная диагностика, лечение (основные принципы режима, питания, перечислите методы лекарственной терапии) экссудативно-катарального диатеза.
5. Лимфатико-гипопластический диатез (определение, этиология, патогенез, клиническая картина).
6. Лабораторная диагностика (изменения со стороны крови), лечение лимфатико-гипопластического диатеза.
7. Нервно-артритический диатез (общая характеристика, этиология, патогенез).
8. Клиническая картина, влияние нервно-артритического диатеза на развитие психики ребенка.
9. Лабораторная диагностика, характерные изменения со стороны крови.
10. Методы лекарственной терапии, тактика врача при проведении профилактических мероприятий при нервно-артритическом диатезе.

IV. Учебно-материальное обеспечение.

1. Наглядные пособия: таблицы, схемы, мультимедийные презентации, видеофильмы, аудиограммы.
2. Учебная медицинская документация (истории болезни, лабораторные исследования, рентгенограммы).
3. Технические средства обучения.
4. Литература.

V. Список рекомендуемой литературы.

Основная рекомендуемая литература.

1 Детские болезни [Электронный ресурс] : учебник / Под ред. А.А. Баранова. - 2-е изд., испр. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2012. Режим доступа: http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970411162.html

Дополнительная литература

1 Пропедевтика детских болезней [Электронный ресурс] : учебник / Юрьев В. В. и др.; под ред. В. В. Юрьева, М. М. Хомича. - М. ГЭОТАР-Медиа, 2012. Режим доступа: http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970422151.html

2. Физикальное обследование ребенка [Электронный ресурс] : учеб. пособие / Р.Р. Кильдиярова, Ю.Ф. Лобанов, Т.И. Легонькова - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015. Режим доступа: http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970432433.html

3. Детские болезни. Т. 1. [Электронный ресурс] / Запруднов А.М., Григорьев К.И., Харитонова Л.А. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. Режим доступа: http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970424216.html

4. Детские болезни: учебник: в 2 т. / Запруднов А. М., Григорьев К. И., Харитонова Л. А. - 2-е изд., перераб. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2013. - Т. 1. - 768 с. : ил - ISBN 978-5-9704-2421-6.

5. Поликлиническая и неотложная педиатрия [Электронный ресурс]: учеб. / под ред. А. С. Калмыковой - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. Режим доступа: http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970426487.html

6. Лабораторные и функциональные исследования в практике педиатра [Электронный ресурс] / Кильдиярова Р.Р. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2012. Режим доступа: http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970419588.html

7.Лекции по педиатрии.

8.Методические указания для внеаудиторной работы студентов

VI. Перечень вопросов для проверки исходного уровня знаний:

1. Перечислите основные анатомо-физиологические особенности кожи, подкожно-жировой клетчатки у детей.

Какие особенности нервной системы детей младшего возраста Вы знаете?

Назовите особенности обмена у детей.

Перечислите основные особенности иммунной системы в детском возрасте.

VII. Перечень вопросов для проверки конечного уровня знаний:

1. Дайте определение понятию "аномалии конституции".
2. Назовите формы диатезов.
3. Какова роль наследственности в формировании АК?
4. Перечислите факторы внешней среды, влияющие на формирование экссудативно-катарального диатеза.
5. Назовите формы экссудативно-катарального диатеза.
6. Перечислите основные клинико-лабораторные диагностические критерии экссудативно-катарального диатеза.
7. Назовите основные принципы режима, питания, методы лекарственной терапии экссудативно-катарального диатеза.
8. Охарактеризуйте основные этиопатогенетические механизмы лимфатико-гипопластического диатеза.
9. Дайте описание основных клинических симптомов лимфатико-гипопластического диатеза.
10. Лабораторная диагностика (изменения со стороны крови), лечение лимфатико-гипопластического диатеза.
11. Общая характеристика нервно-артритического диатеза, этиопатогенетические механизмы.
12. Развитие психики ребенка на фоне нервно-артритического диатеза.
13. Лабораторная диагностика, характерные изменения со стороны крови.
14. Перечислите методы лекарственной терапии, профилактических мероприятий при нервно-артритическом диатезе.

Блок информации.

ДИАТЕЗЫ – состояния, при которых организм ребенка отвечает на обычные внешние раздражители не совсем адекватными реакциями, предрасполагающими к развитию некоторых заболеваний. Поэтому диатезы рассматриваются как пограничные состояния, формирующиеся на фоне наследственных особенностей организма, отставания в созревании ряда структурных и функциональных систем, а также в становлении нейрогуморальной регуляции. С возрастом при правильной организации ухода, режима, питания и воспитания проявления диатезов у детей почти исчезают. Однако и в зрелом возрасте определенные конституциональные особенности организма человека, перенесшего в детстве диатез, сохраняются, и с ними в известной мере также связано предрасположение возникновению той или иной патологии.

ЛИМФАТИКО-ГИПОПЛАСТИЧЕСКИЙ ДИАТЕЗ

– состояние, при котором наблюдается снижение адаптационных реакций хромаффинного аппарата надпочечников к влиянию различных внешнесредовых факторов. У таких детей отмечается гиперплазия лимфоидной ткани при одновременной относительной гипоплазии некоторых эндокринных желез и внутренних органов. У них нередко обнаруживаются аномальное развитие вилочковой железы и отклонения в формировании клеточного и гуморального иммунитета. Чаще встречается в раннем и дошкольном возрасте.

Клиническая картина. Внешне дети выглядят бледными, пастозными, масса тела у них превышает средние возрастные показатели. Подкожно-жировая клетчатка рыхлая, чаще внешне избыточная, мышечная система выражена слабо. Туловище относительно короткое, конечности удлиненные, грудная клетка сужена. Миндалины большие, рыхлые. Часто обнаруживаются значительные аденоидные разрастания, в связи с чем, затрудняется носовое дыхание и формируется своеобразный аденоидный тип лица. Прощупываются многочисленные набухшие подкожные лимфатические узлы. Вилочковая железа увеличена, что можно установить при перкуссии грудной клетки, с помощью рентгенографии и УЗИ. Для картины крови характерны умеренный лейкоцитоз, часто эозинофилия, лимфоцитоз и моноцитоз. Дети, страдающие лимфатико-гипопластическим диатезом, склонны к вялотекущим воспалительным заболеваниям слизистых оболочек (ринитам, ринофарингитам, трахеобронхитам, отитам, конъюнктивитам).

У них нередко во время воспалительных заболеваний верхних дыхательных путей развивается обструктивный синдром. Во время острой респираторной инфекции, гриппа, при стрессовых ситуациях может возникнуть синдром внезапной смерти. Раньше такую смерть объясняли тимико-лимфатическим состоянием. Сейчас полагают, что в патогенезе этого синдрома большую роль играет недостаточность функции надпочечников.

Лечение. Рекомендуется достаточное пребывание на свежем воздухе, соблюдение режима. Для повышения тонуса мышечной системы важно систематически проводить оздоровительный массаж и гимнастику. В диете необходимо несколько ограничить количество жиров, легко усвояемых углеводов, соли и жидкости. Пища должна быть достаточно калорийной и содержать необходимое количество витаминов: С, А, Е, группы В за счет содержания их в овощах и фруктах. Дополнительно в холодное время года и весной рекомендуется назначение комплексных витаминных препаратов. Важно своевременно проводить санацию зева, при наличии аденоидов II—III степени показана аденэктомия. В случаях, когда на фоне лимфатико-гипопластического диатеза возникают и длительно протекают воспалительные заболевания, кроме антибактериальной показана иммуномодулирующая терапия.

НЕРВНО-АРТРИТИЧЕСКИЙ ДИАТЕЗ.

Согласно данным Маслова, этим диатезом страдает от 3,6 до 8,2 % детей, преимущественно дошкольного и младшего школьного возраста. У них обнаруживается неустойчивость в обмене липидов с наклонностью к кетозу и функциональным сдвигам со стороны нервной системы. К внешнесредовым причинам, приводящим к обострениям диатеза, относятся избыточное употребление продуктов питания, богатых пуринами и жирами, неправильный режим, строящийся без учета наличия диатеза. Дети с нервно-артритическим диатезом предрасположены к развитию у них дискинезий желчевыводящих и мочевых путей, холелитиазу, ожирению, артралгиям.

Клиническая картина. У детей грудного возраста нервно-артритический диатез может проявляться повышенной нервной возбудимостью, сниженным аппетитом, неравномерностью в нарастании массы тела, неустойчивой температурой. У детей дошкольного и школьного возраста, страдающих этой формой диатеза, чаще, чем у других, наблюдаются невротические реакции в виде гиперкинезов, ночных страхов, энуреза. Особенно характерными являются периодически повторяющиеся приступы ацетонемической рвоты. При этом наряду с частой рвотой ощущается выраженный запах ацетона изо рта, содержание ацетона также значительно повышено в крови и моче. Нервно-артритический диатез может сочетаться с экссудативно-катаральным диатезом. У таких детей нередко имеют место аллергические заболевания (астматический бронхит, бронхиальная астма, сухая форма экземы, нейродермит).

Дети с нервно-артритическим диатезом быстрее созревают психически, нередко с односторонней одаренностью. В крови у них повышен уровень мочевой кислоты, в моче периодически выраженная уратурия, оксалурия, ацетонурия, гликозурия. Лица, имевшие в детстве признаки нервно-артритического диатеза, в зрелом возрасте чаще заболевают подагрой, сахарным диабетом, обменными артритами, гипертонической болезнью, атеросклерозом.

Лечение. Дети с нервно-артритическим диатезом нуждаются в обеспечении их достаточным отдыхом на свежем воздухе. Необходимо избегать перегрузок занятиями в различных специализированных школах, чем увлекаются родители, рано замечая ускоренное развитие таких детей. В диете должно быть в достаточном количестве овощей, фруктов, с умеренным содержанием жиров и ограничением белков. Не рекомендуется детям с нервно-артритическим диатезом готовить блюда из печени, почек, бобовых, шпината, давать шоколад, какао, богатые пуринами и щавелевой кислотой. Для улучшения процессов обмена и стимуляции выведения уратов и оксалатов с мочой показано периодическое использование минеральной воды (Ессентуки № 4, 20, Смирновская). При обострениях нервно-артритического диатеза назначаются атофан, кокарбоксилаза, АТФ, витамин B_6, пиридоксальфосфат, в тяжелых случаях – милурит (аллопуринол). При приступе ацетонемической рвоты ребенка необходимо госпитализировать. В условиях стационара внутривенно вводятся изотонические растворы. Необходимо учесть, что ацетонемия часто наблюдается при заболевании ребенка острой респираторной инфекцией, пневмонией и другими заболеваниями. Повторные рвоты могут быть при синдроме острого живота, менингите, пищевом отравлении и др.

ЭКССУДАТИВНО-КАТАРАЛЬНЫЙ ДИАТЕЗ.

Часто это состояние именуется аллергическим диатезом в связи с большой склонностью таких детей к аллергическим заболеваниям. Однако полностью с этим термином согласиться нельзя, так как в основе экссудативно-катарального диатеза лежат, прежде всего, отклонения в обмене веществ и наследственно обусловленные сдвиги в некоторых ферментных системах. В организме детей обнаруживается повышенная задержка натрия, хлора и воды, что обусловлено усилением минералокортикоидной функции и относительно низкой глюкокортикоидной функцией надпочечников. Им свойственна склонность к ацидозу, диспротеинемии с относительно небольшим уровнем альбуминов и увеличением глобулинов. Гликогенообразующая функция снижена. Отмечаются уменьшенная гистаминопектическая способность крови, малая активность карбоксипептидазы, ацетилхолинэстеразы, моноаминооксидазы, что способствует повышению проницаемости желудочно-кишечного тракта для белков. Предрасположенность к аллергии при экссудативно-катаральном диатезе связана, с одной стороны, с увеличенной продукцией иммуноглобулина Е (реагинов), участвующего в формировании атопической аллергии, другой – со склонностью к накоплению биогенных аминов (гистамина, серотонина, кининов и др.), выделяемых тучными клетками рыхлой соединительной ткани, базофилами, тромбоцитами, лимфоцитами в патохимической фазе аллергических реакций. Развитию аллергических реакций способствует избыточное употребление углеводов.

Клиническая картина. Предрасположение к экссудативно-катаральному воспалению кожи выявляется очень рано, уже в период новорожденности. У таких детей легко возникают ограниченные покраснения кожи в опрелости. На волосистой части головы обнаруживаются серые и жирные чешуйки (гнейс). У детей второго полугодия жизни и после года наблюдаются эритематозно-везикулярные высыпания, типичная экссудативная детская экзема. Различаются два типа

экссудативного диатеза: *пастозный и эретический*. При *пастозном* имеют место повышенная гидрофильность тканей, склонность к избыточной массе тела. Кожа и слизистые оболочки у таких детей бледные, элементы сыпи на коже сочные, на их основе может развиться мокнущая экзема. При *эретическом типе* диатеза высыпания на коже преимущественно сухие, зудящие, в связи с чем, дети беспокойные, плохо спят, прибавка массы тела у них снижена. При любой форме диатеза вблизи пораженных участков кожи и слизистых часто отмечается набухание лимфатических узлов.

Дети, страдающие экссудативно-катаральным диатезом, склонны к заболеванию блефаритом, конъюнктивитом, фарингитом, ларингитом, бронхитом, пневмонией. У них нередко наблюдаются "географический" язык, неустойчивый стул, у девочек вульвовагинит, у мальчиков – баланиты. У таких детей, особенно у девочек, легко развивается инфекция мочевых путей (уретриты, циститы, пиелиты, пиелонефриты). При обострениях диатеза в крови обнаруживаются умеренный лейкоцитоз, эозинофилия, лимфо- и моноцитоз, умеренное увеличение СОЭ, иногда гипо- или нормохромная анемия.

Экссудативно-катаральный диатез может сочетаться с лимфатико-гипопластическим или с нервно-артритическим диатезами. В таких случаях, аллергические проявления бывают более выраженными. Эта форма диатеза может развиваться на фоне наследственных заболеваний обмена триптофана, пиридоксина, фенилаланина, при дисахаридазной недостаточности, экссудативной энтеропатии.

Лечение. Показано грудное вскармливание, так как аллергические проявления, воспалительные заболевания кожи и слизистых гораздо чаще развиваются при искусственном вскармливании. Прикорм в виде овощного пюре рекомендуется вводить с 4-4,5 месяца, избегать дачи избыточного количества углеводов (каш, киселя, варенья, сахара и др.). Кормящая грудью мать не должна употреблять пищевые продукты, богатые аллергенами (натуральный кофе, шоколад, клубника, земляника, цитрусовые, пряности, консервы, яйца). Всякий раз при введении в рацион ребенка нового продукта питания матери необходимо в течение ближайшей недели отмечать в пищевом дневнике реакцию ребенка на новую пищу. Так можно выявить индивидуальную непереносимость ребенка к определенным пищевым веществам, ведущим к обострениям экссудативного диатеза. Рекомендуется до 30 % потребности в жирах покрывать за счет растительного масла, богатого ненасыщенными жирными кислотами.

При обострениях экссудативно-катарального диатеза с усилением аллергических проявлений назначаются антигистаминные препараты (димедрол, тавегил, супрастин, кларитин, цитерезин и др.), стабилизаторы мембран тучных клеток (кетотифен, задитен), препараты Са, витамины (С, B_1, B_2, B_6, B_{12}, B_{15}).

При сильно беспокоящем зуде местно применяется цинковая паста с анестезином, внутрь дается 0,5 % раствор бромистого натрия или барбитураты. Детей с более выраженными и часто рецидивирующими аллергическими проявлениями необходимо консультировать у аллерголога или направлять для лечения в стационаре. Необходимо учитывать и то, что у детей с экссудативно-катаральным диатезом аллергические реакции могут вызывать различные медикаментозные препараты. В таких случаях важно своевременно отменить средство, вызывающее неблагоприятный эффект.

Задания для самостоятельной работы:

1. Решите ситуационные задачи и задания тестового контроля.
2. Пользуясь ниже приведенной схемой, осмотрите больного с проявлениями диатеза. Запишите в тетради выявленные изменения в состоянии здоровья вашего пациента.
3. Выпишите рецепты:
   а) супрастин
   б) тавегил
   в) левамизол
   г) аллопуринол

Схема обследования ребенка.

При сборе анамнеза обратить внимание на:

- течение беременности матери;
- заболевание матери во время беременности;
- прием лекарственных препаратов во время беременности;
- питание беременной;
- особенности вскармливания ребенка с момента рождения;
- реакции на профилактические прививки;
- перенесенные ребенком заболевания;
- особенности ухода за ребенком.

При объективном исследовании обратить внимание на:

- состояние питания ребенка;
- цвет кожных покровов;
- характер и локализацию кожных высыпаний и других изменений кожи (мацерации, эритема);
- размеры печени и селезенки, лимфоузлов;
- язык ребенка.

При интерпретации лабораторных анализов обратить внимание на:

- в клиническом анализе крови: содержание эритроцитов, Hb, лимфоцитов, эозинофилов, моноцитов, СОЭ);
- изменения в протеинограмме;
- изменения в клиническом анализе мочи.

Ситуационные задачи

Задача № 1

Мальчик Б., 6 месяцев, поступил в стационар. Анамнез жизни: ребенок от второй беременности, протекавшей с токсикозом, срочных родов. Масса тела при рождении 2950 см., длина – 50 см. Оценка по шкале Апгар 7/8 баллов. К груди приложен в родильном зале, сосал удовлетворительно. На естественном вскармливании до 2,5 месяцев, затем переведен на искусственное вскармливание в связи с гипогалактией у матери. Вакцинация БЦЖ в родильном доме, других прививок не проводили.

Анамнез заболевания: после перевода на искусственное вскармливание (смесь "Nan") у мальчика на коже щек появились участки покраснения с элементами микровезикул, которые в дальнейшем подвергались мокнутию с образованием зудящих корочек. В возрасте 3-х месяцев на волосистой части головы появились диффузные серовато-желтые чешуйки. С 4 месячного возраста проводилась частая смена молочных смесей ("Фрисолак", "Энфамил", "Симилак", "Хумана" и т.д.), на фоне чего кожные проявления заболевания усилились, вовлекая в процесс лицо, верхние и нижние конечности, туловище. В дальнейшем в процесс вовлекалась кожа сгибательных поверхностей рук и ног, область ягодиц. Применение наружных медикаментозных средств ("болтушки", кремы, мази, травяные ванны) и антигистаминных препаратов давали кратковременный эффект. В 5,5 месяцев введен прикорм – овсяная каша, после чего отмечалось выраженное беспокойство, появился разжиженный стул со слизью и непереваренными комочками, иногда с прожилками крови. Ребенок в последнее время практически не спит. Для обследования и лечения ребенок был направлен в стационар.

Семейный анамнез: мать – 29лет, страдает экземой (в настоящее время в стадии обострения); отец –31 год, страдает поллинозом.

При поступлении состояние ребенка тяжелое. Резко беспокоен. На волосистой части головы выражены проявления себорейного шелушения в виде "чепчика". Кожные покровы практически повсеместно (за исключением спины) покрыты мокнущими эритематозными везикулами, местами покрыты корочками. За ушами, в области шейных складок, в локтевых и подколенных сгибах, на мошонке и в промежности отмечаются участки с мокнутием и крупнопластинчатым шелушением. Пальпируются периферические лимфатические узлы до 0,5 см. в диаметре, безболезненные, эластической консистенции, не спаяны с окружающими тканями. Дыхание пуэрильное, хрипов нет. Тоны сердца ритмичные, ясные, ЧСС –114 уд/мин. Живот несколько вздут, безболезненный при пальпации во всех отделах; урчание по ходу кишечника. Печень + 3 см. из-под реберной дуги. Селезенка не пальпируется. Стул разжиженный, желто-зеленого цвета, с непереваренными комочками и слизью. Моча светлая. Общемозговых, очаговых и менингеальных симптомов нет.

Общий анализ крови: Hb - 104г/л, Эр.-3,5х 10^{12}/л, Ц.п.- 0,8, Лейк.- 11,2х10^{9}/л, п/я-7%, с-33% э-9%, л-41%, м-10% , СОЭ-12 мм/час.

Общий анализ мочи: цвет - светло желтый, удельный вес – 1010, белка – нет, глюкоза – нет, эпителий плоский – много, лейкоциты – 6-8 в п/з, эритроциты – нет, цилиндры – нет, слизь – много.

Биохимический анализ крови: общий белок – 68 г/л, мочевина – 3,6 ммоль/л, билирубин общий – 16,7 мкмоль/л, калий – 4,2 ммоль/л, натрий – 139 ммоль/л, кальций ионизированный – 0,95 ммоль/л (норма 0,8-1,1), фосфор – 1,0 ммоль/л (норма 0,6-1,6), железо – 8,1 мкмоль/л (норма 10,4-14,2), железсвязывающая способность сыворотки – 87,9 мкмоль/л (норма 63,0-80,0), свободный гемоглобин – не определяется (норма – нет), IgE – 830 МЕ/л (норма – до 100 МЕ/л).

Задание:

1. Обоснуйте Ваш диагноз?
2. Перечислите основные патогенетические механизмы развития заболевания у данного больного.
3. Наметьте план дальнейшего обследования.
4. Перечислите факторы риска, способствовавшие реализации заболевания у данного ребенка.
5. Основные принципы терапии данного заболевания.

Задача №2

Ребенок 6 лет пришел на вакцинацию, относится к группе часто болеющих.

При осмотре вялый, бледный, кожная складка дряблая, мышечная система слабо развита. Рост – 106 см. Вес – 24,5 кг.

Слизистая рта бледно-розовая, задняя стенка глотки с выраженными фолликулами, небные миндалины гипертрофированы II-III степени, дыхание через нос затруднено из-за аденоидных разрастаний III степени. Периферические л/у: пальпируются подчелюстные, паховые, подмышечные л/узлы: мелкие, множественные, подвижные, эластичной консистенции.

В сердце – приглушение сердечных тонов, функциональный систолический шум над всей сердечной областью, ЧСС – 90 в мин., АД – 95/65 мм. рт. ст.

Задание:

1) Определите состояние здоровья ребенка.
2) О каком диатезе можно в данном случае подумать?
3) Какие осложнения инфекционных заболеваний часто возникают на фоне этой аномалии конституции?
4) Необходимо ли этому ребенку лечение? Если да, то какое?

Задача №3

Ребенок 8 лет. Мама ребенка не первый раз обратилась с жалобами на боли в животе, частые головные боли, плохой сон, плохой аппетит, частые рвоты.

Мальчик отлично учится в школе, занятия даются ему легко, кроме школы посещает изостудию и шахматный кружок. Мальчик наблюдается у невропатолога.

Состояние ребенка ухудшилось (была неоднократная рвота с запахом ацетона) после употребления большого количества шоколадных конфет на дне рождения у друга.

Генеалогический анамнез: у дедушки подагра, у тети - мочекаменная болезнь, у матери мигрень.

При осмотре: вес – 26,5 кг. Рост – 128 см

По органам и системам в момент осмотра без патологии.

Задание:

1) Оцените состояние здоровья ребенка.
2) О каком диатезе в данном случае можно думать?
3) Какие обследования необходимо провести? Какие результаты ожидаются?
4) Какое лечение необходимо ребенку?

Тестовый контроль:

1. У детей раннего возраста наиболее часто встречается:
   а) инфекционная форма аллергии

б) пищевая аллергия
в) лекарственная аллергия
г) ингаляционная аллергия

2. Диатез, характеризующийся генетический детерминированными нарушениями ряда ферментов, принимающих участие в пуриновом обмене и накоплении мочевой кислоты, называется:
а) лимфатико-гипопластическим
б) нервно-артритическим
в) экссудативно-катальным

3. Генетически детерминированная особенность обмена веществ, определяющая своеобразие адаптивных реакций организма и предрасполагающая к определенной группе заболеваний, называется:
а) аномалией конституции
б) болезнью

4. Диатез, при котором наблюдается врожденная генерализованная иммунопатия, сочетающаяся с недостаточностью функции коры надпочечников, называется:
а) нервно-артритическим
б) лимфатико-гипопластическим
в) экссудативно-катаральным

5. Развитие ацетонемической рвоты наиболее вероятно при диатезе:
а) нервно-артритическом
б) лимфатико-гипопластическом
в) экссудативно-катаральным

6. Развитие острой надпочечниковой недостаточности наиболее вероятно при диатезе:
а) нервно-артритическом
б) лимфатико-гипопластическом
в) экссудативно-катаральным

7. Проявлением детской экземы у детей обусловлены генетически детерминированной гиперпродукцией:
а) IgA
б) IgD
в) IgM
г) IgE

8. Увеличение вилочковой железы характерно для диатеза:
а) нервно-артритического
б) лимфатико-гипопластического
в) экссудативно-катальным

9. При лечении ребенка с нервно-артритическим диатезом в последнюю очередь назначается:
а) аллопуринол
б) обильное щелочное питье
в) седативная терапия
г) диета с ограничением продуктов, богатых пуринами

10. Наиболее значимыми пищевыми аллергенами являются:
а) коровье молоко
б) белок куриного яйца
в) желток куриного яйца
г) рыба
д) манная крупа
е) кукурузная крупа

11. Основными маркерами лимфатико-гипопластического диатеза являются:
а) врожденная генерализованная иммунопатия
б) избыточный синтез гистамина
в) генетически детерминированная гиперпродукция IgE
г) увеличение лимфатических узлов

д) гиперплазия вилочковой железы
е) гипофункция коры надпочечников

12. При отсутствии первичной профилактики лимфатико-гипопластический диатез может привести к развитию таких состояний, как:
а) синдром мальабсорбции
б) синдром внезапной смерти
в) подагра
г) аутоиммунные заболевания
д) неврастенический синдром

13. При отсутствии первичной профилактики нервно-артритический диатез может привести к развитию таких состояний, как:
а) мочекаменная болезнь
б) синдром внезапной смерти
в) подагра
г) аутоиммунные заболевания
д) неврастенический синдром

Занятие №13 по теме:
"БОЛЕЗНИ НОВОРОЖДЕННЫХ".

I. Научно-методическое обоснование темы.

Перинатальное повреждение мозга, нередко сопровождающееся возникновением диэнцефальной патологии, может явиться причиной развития не только деструктивно-дистрофических процессов в ведущих отделах ЦНС, но и целого ряда гуморально-сомато-эндокринных нарушений, которые могут сохраняться не только в последующие периоды детства, но и у взрослых.

С точки зрения единства матери и плода, решение чрезвычайно сложных комплексных проблем перинатального периода зависит не только от деятельности педиатра, но также терапевта, акушера. Эти обстоятельства объясняют необходимость серьезного изучения заболеваний периода новорожденности студентами лечебного факультета.

II. Цель деятельности студентов на занятии:

Студент должен знать:

- Предрасполагающие факторы к развитию перинатальной патологии, родовой травмы новорожденных;
- Основные этиопатогенетические механизмы развития перинатальной энцефалопатии;
- Клинические проявления перинатальной патологии ЦНС, родовой травмы;
- Основные методы диагностики родовой травмы, перинатального поражения ЦНС;
- Основные принципы лечения и профилактики перинатальной патологии;
- Основные аспекты этиопатогенеза гемолитической болезни новорожденных;
- Клиническую картину ГБН и дифференциальную диагностику с другими желтухами неонатального периода;
- Основные принципы лечения и профилактики ГБН.

Студент должен уметь:

- Целенаправленно собрать анамнез;
- Провести объективное обследование новорожденного;
- Интерпретировать лабораторные и параклинические данные;
- Поставить диагноз;
- Составить план лечения больного;
- Выписать рецепты на основные медикаменты;
- Определить профилактические мероприятия.

III. Содержание обучения:

1. Перинатального поражения ЦНС (этиология, патогенез, клиника, лечение, профилактика).

2. Отдаленные последствия перинатальной энцефалопатии
3. Диспансерное наблюдение детей с перинатальным поражением ЦНС.
4. Виды родовых травм.
5. Травмы центральной и периферической нервной системы (клиника, лечение, отдаленные последствия)
6. Родовые повреждения костно-суставной системы (клиника, лечение).
7. Профилактика родового травматизма.
8. Гемолитическая болезнь новорожденных (этиология, патогенез, клиника, лечение, профилактика).

IV. Учебно-материальное обеспечение.

1. Наглядные пособия: таблицы, схемы, мультимедийные презентации, видеофильмы, аудиограммы.
2. Учебная медицинская документация (истории болезни, лабораторные исследования, рентгенограммы).
3. Технические средства обучения.
4. Литература.

V. Список рекомендуемой литературы.

1. Детские болезни [Электронный ресурс] : учебник / Под ред. А.А. Баранова. - 2-е изд., испр. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2012. Режим доступа: http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970411162.html
3.. Баранов А.А., Педиатрия [Электронный ресурс] : Национальное руководство. Краткое издание / под ред. А. А. Баранова. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015. - 768 с. - ISBN 978-5-9704-3409-3 - Режим доступа: http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970434093.html

Дополнительная литература

1. Пропедевтика детских болезней [Электронный ресурс] : учебник / Юрьев В. В. и др.; под ред. В. В. Юрьева, М. М. Хомича. - М. ГЭОТАР-Медиа, 2012. Режим доступа: http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970422151.html
2 Шабалов Н.П. Неонатология, учебное пособие в 2-х томах, М. 2004г.
3. Физикальное обследование ребенка [Электронный ресурс] : учеб. пособие / Р.Р. Кильдиярова, Ю.Ф. Лобанов, Т.И. Легонькова - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015. Режим доступа: http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970432433.html
4. Детские болезни. Т. 1. [Электронный ресурс] / Запруднов А.М., Григорьев К.И., Харитонова Л.А. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. Режим доступа: http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970424216.html
5. Детские болезни: учебник: в 2 т. / Запруднов А. М., Григорьев К. И., Харитонова Л. А. - 2-е изд., перераб. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2013. - Т. 1. - 768 с. : ил - ISBN 978-5-9704-2421-6.
6. Детские болезни [Электронный ресурс] : учебник / под ред. Р. Р. Кильдияровой - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015. Режим доступа: http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970429488.html
7. Лабораторные и функциональные исследования в практике педиатра [Электронный ресурс] / Кильдиярова Р.Р. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2012. Режим доступа: http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970419588.html
8. Неотложная педиатрия. Алгоритмы диагностики и лечения [Электронный ресурс] / Цыбулькин Э.К. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2012. Режим доступа: http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970417416.html
9. Педиатрия. История болезни [Электронный ресурс] : учеб. пособие / Р.Р. Кильдиярова, В.И. Макарова, Р.М. Файзуллина. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2016. Режим доступа: http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970437162.html
10. Кильдиярова, Р. Р. Клинические нормы. Педиатрия / Кильдиярова Р. Р. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2019. - 384 с. - ISBN 978-5-9704-5235-6. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970452356.html
11.Лекции по педиатрии.
12.Методические указания для внеаудиторной работы студентов

VI. Перечень вопросов для проверки исходного уровня знаний:

1. Анатомо-физиологические особенности ЦНС новорожденных.
2. Организация работы в палатах и отделениях новорожденных в роддоме.
3. Токсикозы беременных.
4. Аномалии развития и заболевания плода и его придатков.
5. Патология родов (роды крупным плодом, внутриутробная асфиксия плода и пр.).

VII. Перечень вопросов для проверки конечного уровня знаний:

1. Факторы риска перинатального поражения ЦНС.
2. Клинические признаки перинатального гипоксически-травматического поражения нервной системы у детей.
3. План лечебных мероприятий при перинатальной энцефалопатии.
4. Отдаленные последствия перинатальной энцефалопатии.
5. Диспансерное наблюдение детей с перинатальным поражением ЦНС.
6. Факторы риска родовой травматизации.
7. Дайте определения понятию "родовая травма". Какие виды родовых травм Вы знаете?
8. Опишите клинические проявления родовых травм центральной и периферической нервной системы, костные повреждения.
9. Назовите основные принципы лечения родовых травм.
10. В чем заключается профилактика родового травматизма?
11. Этиопатогенетические механизмы развития гемолитической болезни новорожденных (ГБН).
12. Назовите основные клинические проявления ГБН.
13. С какими заболеваниями необходимо дифференцировать ГБН?
14. Какие лечебные мероприятия проводятся больным ГБН?
15. Каков прогноз этого заболевания?
16. В чем заключается профилактика ГБН?
17. Как осуществляется диспансеризация больных ГБН на участке?

Блок информации.

ГЕМОЛИТИЧЕСКАЯ БОЛЕЗНЬ НОВОРОЖДЕННЫХ (ГБН)

– это тяжелое врожденное заболевание, возникающее внутриутробно или в первые дни после рождения в результате иммунологической несовместимости крови матери и плода по резус фактору, групповым антигенам крови и очень редко – по другим факторам крови (система Келла, Даффи, Лютерана, Льюиса и др.).

Резус-фактор является протеином, находится преимущественно в эритроцитах, но также содержится в меньших количествах в других клетках крови (лейкоцитах, тромбоцитах). Имеются следующие разновидности резус-фактора, которые качественно отличаются друг от друга: антигены Д, С и Е. Чаще всего ГБН развивается вследствие иммунологической несовместимости крови матери и плода по фактору Д.

Патогенез.

Попадая в кровь резус-отрицательного человека, антиген Д вызывает иммунную реакцию с выработкой антирезусных антител. ГБН развивается тогда, когда резус-отрицательная женщина беременна резус положительным плодом, который унаследовал резус-фактор от резус-положительного отца. Резус-фактор плода, проникая через плаценту в кровоток матери, иммунизирует ее, вызывая выработку антирезус-антител. Иммунизация женщин с резус отрицательной принадлежностью крови может наступить также после введения им резус-положительной крови независимо от метода и времени введения (внутримышечно или внутривенно), а также после искусственного или самопроизвольного аборта, внематочной беременности.

Антирезус-антитела, выработанные в организме матери в ответ на резус-фактор плода, попадают в кровь плода и вызывают реакцию антиген-антитело с его резус-положительными эритроцитами, что приводит гемолизу последних и накоплению в крови новорожденного непрямого билирубина в токсических количествах. При нормально протекающей беременности плацента является непроницаемой для антирезус-антител, выполняя барьерную функцию. Однако при ряде

патологических состояний, вызывающих нарушение целостности ворсин хориона или их проницаемость: токсикозы беременных, угроза прерывания беременности, экстрагенитальная патология, антирезус-антитела проходят через плаценту и, попадая в кровь плода, вызывают реакцию антиген-антитело с гемолизом его эритроцитов и развитием ГБ внутриутробно. Наиболее значительные трансплацентарные трансфузии антигенов и антител наблюдаются во время родовой деятельности, особенно при затяжных родах и при оперативных вмешательства (ручное отделение плаценты, поворот плода и др.).

При первой беременности иммунизация женщины начинается в основном только после родов и поэтому у плода и новорожденного ГБ не развивается. Каждая последующая беременность усиливает состояние сенсибилизации к резус-фактору, сопровождается повышением титра антирезус-антител во время беременности и возрастанием опасности поражения плода и новорожденного.

Реакция антиген-антитело ведет к усиленному гемолизу эритроцитов, в результате чего образуется значительное количество свободного (непрямого) билирубина, который оказывает токсическое действие на организм ребенка, нарушая тканевой метаболизм за счет выключения дыхательных ферментов из процессов фосфорилирования. Непрямой билирубин нерастворим в воде и не может выводиться из организма с мочой и калом. Благодаря хорошей растворимости свободного билирубина в липидах он накапливается в больших количествах в органах, богатых липидами – мозг, надпочечники, печень и др., вызывая нарушение их функции. Непрямой билирубин вступает во временную связь с альбумином и транспортируется кровью к печени, где захватывается печеночной клеткой и под действием фермента глюкуронилтрансферазы соединяется с двумя молекулами глюкуроновой кислоты, превращается в нетоксический водорастворимый связанный (прямой) билирубин – билирубиндиглюкуронид. Прямой (связанный) билирубин из печеночной клетки попадает в желчные капилляры, далее в желчные пути и желчный пузырь, откуда выделяется в кишечник. Одной из основных причин, способствующих накоплению непрямого билирубина в крови и тканях новорожденного и появлению желтухи, является значительное снижение активности глюкуронилтрансферазы. У недоношенных детей, в связи с еще большей незрелостью ферментных систем печени и замедленным их созреванием, процесс билирубинконъюгации задерживается и потому гипербилирубинемия выражена значительнее. Кроме того, повышенная проницаемость капилляров недоношенных детей и гистологическая незрелость их тканей облегчают переход непрямого билирубина в нервную ткань при более низких его концентрациях (150-170 мкмоль/л), особенно в сочетании с гипоксией и гипопротеинемией.

Клиническая картина ГБН. Различают 3 клинические формы заболевания

1) отечная
2) желтушная
3) анемическая

Отечная форма ГБН – это наиболее тяжелая форма гемолитической болезни. Заболевание развивается еще внутриутробно. Чаще всего рождению детей с отечной формой предшествует рождение детей с желтушной формой ГБ или самопроизвольные выкидыши. Дети с отечной формой очень бледны, анемичны, но без желтухи или последняя выражена очень незначительно. Отсутствие желтухи связано с тем, что непрямой билирубин, образующийся при гемолизе эритроцитов, переходит трансплацентарно в кровь матери и ее печенью конъюгируется. Частично функцию связывания непрямого билирубина, вероятно, берет на себя плацента, чем можно объяснить большие размеры ее при отечной форме ГБ.

Наиболее выраженными симптомами заболевания наряду с анемией являются значительный отек подкожной клетчатки, наличие свободной жидкости в полостях, увеличение печени и селезенки. В крови характерны гипопротеинемия и наличие молодых форм эритроцитов – нормобластов и эритробластов. При этой форме заболевания нередко наблюдается геморрагический синдром. Резко выраженная анемия в сочетании с гипопротеинемией и повреждением сосудистой стенки ведет к развитию сердечной недостаточности, являющейся чаще всего непосредственной причиной смерти. Однако применение дробных заменных переливаний небольших количеств эритроцитарной массы под контролем венозного давления в некоторых случаях дает возможность спасти этих детей.

Желтушная форма ГБН – наиболее частая, но менее тяжелая форма гемолитической болезни. Самый характерный ее симптом – желтуха, проявляющаяся иногда уже при рождении, однако чаще

всего возникающая в первые сутки жизни. С рождения у ребенка нередко наблюдается желтушное окрашивание первородной смазки и околоплодных вод. При этой форме ГБН отмечается быстрое нарастание желтухи. У здоровых новорожденных содержание билирубина в пуповинной крови в среднем составляет 25-30 мкмоль/л, не превышая 51 мкмоль/л. В дальнейшем нарастание непрямого билирубина в крови не должно превышать 3,2 мкмоль/л в час. При желтушной форме ГБН может иметь место как увеличенное содержание непрямого билирубина в пуповинной крови за счет внутриутробного накопления, так и быстрый почасовой прирост его в постнатальном периоде, ибо в момент родов антитела от матери обильно проникают к плоду.

При желтушной форме ГБН почасовой прирост билирубина колеблется от 5 до 17 мкмоль/л. Увеличение непрямого билирубина в крови выше критического уровня – 300-342 мкмоль/л приводит к поражению центральной нервной системы и развитию "ядерной желтухи". Симптомы билирубиновой интоксикации проявляются в ухудшении состояния ребенка, снижении физиологических рефлексов периода новорожденности, появлении гипотензии, летаргии.

У недоношенных детей могут возникнуть приступы апноэ, переходящие в асфиксию.

На фоне резкой гипотензии и арефлексии появляются кратковременные тонические судороги, ригидность затылочных мышц, "маскообразное лицо" с широко открытыми глазами. У глубоко недоношенных детей фаза угнетения может длиться несколько часов. У более зрелых и доношенных она быстро переходит в спастическую фазу, с тяжелой картиной поражения ядер головного мозга: пронзительный "мозговой" крик, разгибательный гипертонус, ригидность затылочных мышц, спазм взора, нистагм, симптом "заходящего солнца". Прогностически неблагоприятно появление синдрома дыхательных расстройств. В дальнейшем у этих детей возникают стойкие двигательные нарушения, спастические парезы, вестибулярные и глазодвигательные расстройства. Поражение слуха, отставание в физическом и нервно-психическом развитии.

Среди новорожденных с гемолитической болезнью важно выделить детей с наибольшим риском развития билирубиновой энцефалопатии. К ним относятся:

1) дети с бурным гемолизом эритроцитов при рождении,

2) недоношенные дети с гемолитической болезнью в сочетании с обширными геморрагиями и кровоизлияниями во внутренние органы,

3) недоношенные и доношенные дети с большой потерей массы,

4) гипотрофики,

5) дети, родившиеся в асфиксии.

Эритробластоз не является постоянным признаком при желтушной форме ГБН, однако служит достоверным показателем тяжести заболевания.

Анемическая форма – наиболее легкая форма ГБН, встречается редко. Основное ее проявление – анемия и бледность кожных покровов. Увеличение печени и селезенки выражено незначительно и встречается редко.

Диагноз устанавливается на основании наличия резус-несовместимости крови матери и плода, клинической картины и определения гемоглобина и эритроцитов в крови новорожденного.

Поскольку различные формы ГБН, в сущности, являются стадиями одного процесса, выделяются три степени тяжести заболевания: легкая, средней тяжести и тяжелая Степень тяжести ГБН оценивается по выраженности таких основных признаков заболевания как отечность, желтуха и анемия в момент рождения.

Если основные симптомы относятся к I степени, то ГБ следует считать легкой формы (оценка 1-3 балла), если имеется хотя бы один из признаков II степени, то это состояние средней степени тяжести (4-6 баллов). При наличии хотя бы одного признака III степени – тяжелая форма заболевания (7-9 баллов).

Основные клинические симптомы	**Степень тяжести ГБ**		
	I	**II**	**III**

Анемия (содержание Нв в пуповинной крови, г/л)	150	150-100	100
Содержание билирубина в пуповинной крови, мкмоль/л	85,5	85,5-136	137
Отечный синдром	Пастозность подкожной клетчатки	Пастозность и асцит	Универсальный отек

Лечение ГБН должно быть организовано своевременно и направлено на быстрейшее удаление из организма токсических продуктов распада эритроцитов, непрямого билирубина, а также антител, способствующих гемолизу. Наиболее эффективным методом лечения при тяжелой форме ГБН остается *заменное переливание крови (ЗПК)*. В последнее время имеются попытки вместо заменного переливания крови проводить гемосорбцию или плазмаферез с введением размороженной плазмы.

Показаниями к первому заменному переливанию крови в 1-2-е сутки жизни у доношенного новорожденного являются:

1) возникновение желтухи сразу после рождения или в первые часы жизни;
2) содержание билирубина в пуповинной крови выше 68 мкмоль/л;
3) почасовой прирост билирубина в первые часы жизни более 6,8 мкмоль/л;
4) уровень гемоглобина при рождении - 150 г/л и менее.

У недоношенных и незрелых новорожденных показания к заменному переливанию крови, кроме раннего появления желтухи и низкого уровня гемоглобина – содержание непрямого билирубина в пуповинной крови – 60 мкмоль/л и более и почасовой прирост билирубина 5 мкмоль/л и более.

Показаниями к повторному заменному переливанию крови (ЗПК) является такой же почасовой прирост билирубина у доношенных новорожденных, как и при первом переливании, но почасовой прирост исчисляется по отношению к цифрам, полученным после первого ЗПК.

Абсолютные показания к ЗПК (как первому, так и повторному) на 3-и, 4-е и позже сутки жизни – повышение уровня непрямого билирубина до 300 мкмоль/л у доношенного ребенка и до 270 мкмоль/л у недоношенного или незрелого новорожденного. Появление симптомов билирубиновой интоксикации, нарастающая вялость, снижение физиологических рефлексов периода новорожденности, приступы апноэ – показания для ЗПК независимо от уровня билирубина в крови.

При ГБН вызванной резус-конфликтом, переливается резус-отрицательная кровь, одногрупная с кровью ребенка, в количестве 150-180 мл/кг. При АВО-несовместимости заменное переливание осуществляется эритроцитарной массой 0(I) группы, совместимой по резус-фактору с кровью плода и плазмой АВ (IV) группы или одногруппной с кровью ребенка в соотношении 3:1. За 20-30 минут до операции ребенку вводится плазма или 10 % раствор альбумина в количестве 5-8 мл/кг массы для мобилизации билирубина из тканей в сосудистое русло. Операция начинается с выведения крови ребенка, дробными дозами, по 20 мл. выводится кровь ребенка и вводится донорская кровь (недоношенным трансфузии делаются по 10 мл. крови). После каждых 100 мл. перелитой донорской крови необходимы 2 мл. 10 % раствора глюконата кальция и 2 мл. 5 % раствора глюкозы. В конце операции вводится 25 мл. плазмы или 10% альбумина и 5-10 мл. 4-5% раствора гидрокарбоната натрия.

Инфузионная терапия осуществляется в дополнение к ЗПК или при нетяжелых формах ГБН самостоятельно. Используются следующие растворы: гемодеза – 10 мл/кг, альбумина – 10-20 % по 5-8 мл/кг, плазмы – 8-10 мл/кг, глюкозы 10%, реополиглюкина – 10 мл/кг в различных комбинациях. При низком почасовом диурезе (менее 0,5 мл/час) используются диуретические препараты.

Фототерапия (светолечение), направлена на разрушение непрямого билирубина в поверхностных слоях кожи новорожденного. Наиболее эффективна прерывистая фототерапия по 2 часа через каждые 2 часа (6 фотосеансов) или по одному часу через час (12 фотосеансов). Курс фототерапии – 24-48 часов, для усиления фотоэффекта рекомендуется витамин B_2 по 5 мг 2 раза в

сутки внутрь.

Для улучшения конъюгации и экскреторной функции печени назначаются фенобарбитал из расчета 10 мл/кг массы тела в сутки. Рекомендуется также антиоксидазная терапия: 20-30% раствор токоферола (витамин Е) по 0,2 мл. внутримышечно, 1 раз в сутки; рибофлавин (витамин B_2), кальция пангамат (витамин B_{15}) внутрь.

При синдроме "сгущения желчи" назначаются желчегонные (10 % раствор сернокислой магнезии) и спазмолитические средства. Выведению билирубина из кишечника способствует назначение карболена, агар-агара.

Вскармливание новорожденных с ГБН осуществляется сцеженным молоком для исключения физической нагрузки, которая может усилить гемолиз эритроцитов. Наличие антител в молоке матери не является противопоказанием для вскармливания грудным молоком, так как в желудочно-кишечном тракте ребенка антитела разрушаются. Однако прикладывать ребенка к груди целесообразно только после уменьшения желтухи и снижения содержания билирубина в крови.

Профилактика ГБН.

Специфический метод профилактики резус-сенсибилизации – введение резус-отрицательным женщинам после любого прерывания беременности (первые роды резус-положительным плодом, повторные роды без проявлений сенсибилизации, аборты, операции по поводу внематочной беременности) антирезус-иммуноглобулина. Антирезус-иммуноглобулин вводится по одной дозе (200 мкг) внутримышечно однократно не позднее 72 часов после родов. При искусственном прерывании беременности – сразу же после окончания операции. После операции кесарева сечения, ручного отделения последа, предлежания плаценты, преждевременной отслойки нормально расположенной плаценты препарат необходим в двойной дозе.

ГИПОКСИЯ

– это симптомокомплекс, который возникает в условиях кислородной недостаточности.

Наиболее частые причины перинатальных гипоксических церебральных повреждений следующие:

1. Причины, связанные с состоянием здоровья женщины – соматические, гинекологические, инфекционные заболевания женщины, в том числе специфические (цитомегалия, токсоплазмоз, герпесвирусная инфекция), проф. вредности (работа в условиях недостатка кислорода, влияние шума, вибрации, полей высокой частоты, интенсивных магнитных полей, контакт с химическими и биоорганическими веществами).
2. Причины, связанные с осложненным течением беременности – токсикоз II половины, угроза прерывания беременности.
3. Причины, связанные с осложнением течения родов – затяжные или стремительные роды, слабость родовой деятельности, дородовое излитие вод.
4. Причины, связанные с состоянием новорожденного – гипогликемия, тяжелые заболевания органов дыхания, сердечно-сосудистой системы, незрелость ребенка, диафрагмальная грыжа, способствующие сохранению тяжелой гипоксии после рождения ребенка.

Различают первичную (врожденную) и вторичную (постнатальную, возникающую в первые часы жизни) гипоксию новорожденных. По времени возникновения первичная асфиксия может быть анте- и (или) интранатальной. В зависимости от длительности воздействия выделяют острую (чаще интранатальную) и хроническую (чаще внутриутробную) гипоксию. Степень тяжести зависит от длительности, времени возникновения и выраженности гипоксии.

Патогенез антенатальной гипоксии. Патология беременности приводит к падению содержания кислорода в крови и к гипоксии. При этом включаются компенсаторные механизмы, направленные на улучшение снабжения органов и тканей кислородом: повышение числа циркулирующих эритроцитов, учащение сердечного ритма, увеличение выброса глюкокортикоидов, некоторое повышение систолического давления. Однако при длительной гипоксии эти компенсаторные механизмы истощаются. Включается энергетически невыгодный путь обмена углеводов – анаэробный гликолиз.

Циркулирующая кровь перераспределяется таким образом, что в первую очередь снабжаются кровью жизненно важные органы – мозг, сердце. Это, в свою очередь, приводит к обеднению снабжения кровью кишечника, мышечной ткани, почек и возникновению метаболического ацидоза,

который способствует нарушению проницаемости сосудистой стенки и клеточных мембран. Это опосредует выход жидкой части крови из сосудистого русла (отек мозга), гиповолюмию, увеличение гемоконцентрации вплоть до образования внутрисосудистых тромбов, развитие диапедезных и больших крупных кровоизлияний в головной мозг. Происходит гибель нейронов коры и подкорки. Одновременно из клеток выходит калий, появляется гипокальциемия, гипомагниемия, это усугубляет поражение сердца и центральной нервной системы. Снижается систолическое давление, что сопровождается резким падением интенсивности мозгового кровотока. Возникает ишемия мозга, которая является основным механизмом гипоксической энцефалопатии, а также ишемия сердца, папиллярных мышц.

Патогенез интранатальной гипоксии. В результате действия вредных факторов в родах, в организме ребенка развивается гипоксия, гиперкапния, ацидоз, которые вызывают спазм легочных артериол и отек альвеолярной стенки, тормозят синтез сурфактанта. Возникают ателектазы, которые усугубляют гипоксию, ацидоз. Спазм артериол ведет к повышению давления в сосудах легких, повышению проницаемости сосудистой стенки. Элементы плазмы пропотевают в альвеолы, выпадает фибрин, что приводит к образованию гиалиновых мембран. В сосудах происходит гемоконцентрация, внутрисосудистое свертывание, т.е. развивается отечно-геморрагический синдром вплоть до кровоизлияний в центральную нервную систему, в ткань легких и другие органы. Возникает синдром дыхательных расстройств. В основе развития постнатальной (вторичной) гипоксии лежат расстройства дыхания и кровообращения.

Внутричерепная родовая травма в отличие от гипоксии – это местное повреждение тканей плода в процессе родов в результате механических влияний, вызывающих сдавление мозга, размозжение, разрывы тканей, кровоизлияние в ткань мозга или оболочки. Этому способствует несоответствие родовых путей матери и размеров головки плода, аномалии предлежания, слишком бурная или затяжная родовая деятельность.

Под термином энцефалопатия понимают неклассифицированные поражения центральной нервной системы.

Клиническая картина. При рождении ребенка оценка состояния по шкале Апгар проводится двукратно – на 1-й и 5-й минутах жизни. У недоношенных новорожденных оценку по шкале Апгар следует сочетать с оценкой выраженности дыхательных расстройств.

В остром периоде гипоксия, в зависимости от степени тяжести, условно делится на легкую, среднетяжелую и тяжелую.

Легкая степень – оценка по шкале Апгар 6-7 баллов, характеризуется повышением нервно-рефлекторной возбудимости. Отмечается эмоционально-двигательное беспокойство, спонтанный рефлекс Моро, вздрагивание, мелкоамплитудный тремор, иногда непостоянный горизонтальный нистагм, преходящее косоглазие. Врожденные рефлексы умеренно усилены. Отмечается мышечная дистония, иногда – изменения ритма дыхания, умеренная тахикардия. К 15-му дню симптомы начинают исчезать.

Среднетяжелая степень – оценка по шкале Апгар – 4-5 баллов. В первые 7-10 дней жизни поражение нервной системы характеризуется следующими синдромами: общего угнетения, гипертензионным, гипертензионно-гидроцефальным, судорожным синдромом или их сочетанием.

Синдром общего угнетения проявляется значительной вялостью новорожденных, слабой реакцией на окружающее, снижением врожденных рефлексов, в том числе сосательного и глотательного, мышечной гипотонией, которая вскоре может сменяться повышением мышечного тонуса. В первые 5-7 дней иногда наблюдается судорожный синдром (клонико-тонические судороги), горизонтальный нистагм, преходящие очаговые симптомы поражения центральной нервной системы (нарушение функции черепно-мозговых нервов 3, 6, 7-й пар, анизорефлексия, асимметрия мышечного тонуса), нарушения сердечного ритма и дыхания.

При гипертензионном синдроме преобладает беспокойство новорожденных, общая гиперестезия, нарушение сна, иногда вскрикивание, тремор век, подбородка, повышение рефлексов орального автоматизма, сухожильных рефлексов, появление спонтанного рефлекса Моро. Возможно выбухание и напряжение родничков, протрузия глазных яблок, умеренно выраженный симптом Грефе.

Для гипертензионно-гидроцефального синдрома наряду с вышеописанной симптоматикой

типично расхождение черепных швов, увеличение размеров головы и родничков, изменение формы черепа.

Судорожный синдром характеризуется чаще генерализованными или локальными судорогами клонического или клонико-тонического характера. Судороги могут возникать в первые часы – дни после рождения ребенка.

Тяжелая степень – оценка по шкале Апгар 1-3 балла. Характеризуется симптомами пре- и коматозного состояния новорожденного. Отмечается резкая слабость, вялость, адинамия, крик слабый или отсутствует, мышечная гипотония или атония. Реакция на болевое раздражение резко снижена или не вызывается. Сухожильные и врожденные рефлексы, включая сосание и глотание, угнетены или отсутствуют, нередко наблюдается вертикальный нистагм, плавающие движения глазных яблок, анизокория. В наиболее тяжелых случаях зрачки сужены, реакция на свет вялая или отсутствует, корнеальные рефлексы резко снижены. Дыхание аритмичное, с частым апноэ, повторными приступами цианоза. Отмечается брадикардия, пульс аритмичный, артериальное давление понижено. Наблюдаются повторные судороги с преобладанием тонического компонента. В зависимости от характера повреждения и локализации очага возникают парезы черепно-мозговых нервов, двигательные нарушения. Поражения большей частью бывают диффузными, захватывая ствол, подкорковые отделы и кору мозга. В основе этих изменений лежит генерализованный отек мозга. Тяжесть состояния может быть обусловлена кровоизлияниями вследствие тяжелой гипоксии.

В восстановительном периоде наблюдаются следующие синдромы: двигательных нарушений, задержки психомоторного и предречевого развития, эпи- и гидроцефальный, вегето-висцеральных дисфункций, повышенной нервно-рефлекторной возбудимости и цереброастенический синдром.

Синдром двигательных нарушений может проявляться повышением или снижением двигательной активности, гипо- или гипертонией. При мышечной гипотонии снижена спонтанная активность, мышечный тонус, сухожильные рефлексы. При мышечной гипертонии также резко снижена двигательная активность, ребенок принимает эмбриональную позу, появляется общая скованность из-за высокого мышечного тонуса. Врожденные рефлексы имеют парадоксальную динамику: угнетение рефлексов сосания, глотания, опоры, ползания наряду с усилением и задержкой обратного развития рефлексов орального автоматизма, Робинзона, Бабкина. Возможны моно- и гемипарезы спастические и вялые, а также гиперкинезы.

Следует напомнить, что физиологический гипертонус появляется со 2-й недели жизни и исчезает к 3 мес. У незрелых и недоношенных гипертонус появляется позже и держится долго (до 5 мес.) Если мышечный тонус к 5 мес. не нормализуется, следует исключить детский церебральный паралич.

Исходы: выздоровление (нормализация тонуса мышц от проксимальных отделов к дистальным в течение 3-6 мес.), детский церебральный паралич.

Синдром задержки психомоторного и предречевого развития может развиваться у детей с судорожным синдромом, а также у детей, перенесших коматозное состояние. Психическое развитие обычно опережает моторное.

При преобладании нарушений статико-моторных функций ребенок начинает позднее держать голову, сидеть, ходить при нормальном психическом развитии.

Преимущественное нарушение речи характеризуется слабым криком или его отсутствием, нарушением темпов развития речи (задержка формирования артикуляции).

При преобладании нарушения психики ребенок позднее фиксирует взгляд, прослеживает за игрушкой, ориентируется в окружающей среде. Исходы: олигофрения.

Эписиндром характеризуется наличием повторяющихся судорог полиморфного характера от мелких приступов до развернутых общих судорог тонико-клонического характера. Судороги становятся пароксизмальными, серийными, сопровождаются нарушением сознания. Иногда отмечается появление пены у рта, упускание мочи. Исход лучше, если судороги возникают в периоде новорожденности или раннем грудном возрасте, когда они могут быть проявлением метаболических нарушений у ребенка с соматическим заболеванием, в более поздние сроки больше данных за развитие эпилепсии.

Гидроцефальный синдром проявляется в виде открытой наружной гидроцефалии, при которой отмечается расхождение швов черепа, выбухание и пульсация родничков, значительное увеличение

головы, увеличение затылочного бугра, симптом "заходящего солнца", протрузия глазных яблок, возможен нистагм, парез 3-6 пар черепно-мозговых нервов. Диагноз ставится по результатам ЭХО-энцефалографии и нейросонографии. При исследовании глазного дна могут выявляться кровоизлияния, изменения калибра сосудов. Рентгенография черепа позволяет исключить объемные образования в полости черепа, обнаружить кальцинаты вследствие перенесенной внутриутробной инфекции.

Течение гидроцефального синдрома, может быть благоприятным (во время лечения исчезают симптомы) и неблагоприятным: формирование истинной декомпенсированной гидроцефалии, эпилепсии, детского церебрального паралича.

Синдром вегето-висцеральных дисфункций характеризуется появлением "мраморного" рисунка кожи, акроцианоза, расстройствами терморегуляции, желудочно-кишечными дискинезиями с явлениями пилороспазма, повышением перистальтики кишечника, урчанием, запорами, срыгиванием, рвотой, лабильностью сердечно-сосудистой и дыхательной систем, повышенной потливостью, саливацией, нарушением аппетита. Исходы: благоприятный (у незрелых детей, т.к. сходные симптомы обусловлены незрелостью ЦНС), неблагоприятный – формирование вегето-сосудистой дистонии, дискинезии желудочно-кишечного тракта, желчевыводящей системы, энурез.

Синдром повышенной нервно-рефлекторной возбудимости. У детей отмечается плохой сон, беспокойство, повышенная двигательная активность, вздрагивания, оживление сухожильных рефлексов и рефлексов новорожденных, срыгивания, горизонтальный нистагм, непостоянное сходящееся косоглазие.

Исходы: выздоровление к 4-6 месяцам или позже, формирование судорожного синдрома (у 15-20% детей), переход в астено-невротический синдром (после года).

Цереброастенический синдром (астено-невротический синдром).

На фоне нормального психофизического развития наблюдается эмоциональная лабильность, двигательное беспокойство при незначительных изменениях в окружающей среде. Отмечается неуравновешенность процессов возбуждения и торможения, протекающих по двум типам: гиперстеническому и гипостеническому. Общее в симптоматике: страхи, тики, логоневроз, нарушение сна, трудная адаптация к новой обстановке.

Исход: выздоровление, психопатическое развитие личности.

Диагноз. При постановке диагноза учитывают заболевания матери, акушерский и гинекологический анамнез, данные клинико-лабораторного исследования. В качестве дополнительных диагностических методов проводят ультрасонографию, компьютерную томографию (позволяют определить площадь и локализацию повреждения), электроэнцефалографию (появление патологических потенциалов), радиоизотопное сканирование с изотопом технеция (позволяет определить локализацию участков некроза, околожелудочковое размягчение). Вспомогательное значение имеет эхоэнцефалография, которая позволяет установить локализацию кровоизлияния, окклюзионный синдром. Состояние церебрального кровообращения может быть уточнено с помощью реоэнцефалографии, допплерографии. Магнитно-резонансную томографию применять у новорожденных пока сложно из-за технических трудностей.

В качестве дополнительных методов исследования проводят люмбальную пункцию, офтальмоскопию, рентгенографию черепа. В остром периоде определяют кислотно-основное состояние и газовый состав крови, уровень гликемии, гематокритный показатель, электролиты (калий, натрий, кальций, магний), креатинин, киназу, ЛДГ. При тяжелой гипоксии целесообразно мониторное наблюдение за состоянием ребенка. Клинический анализ крови позволяет рано диагностировать анемию и подозревать развитие инфекции.

Дифференциальный диагноз перинатальной гипоксии проводят со следующими состояниями:

1. внутриутробной нейроинфекцией, которая может развиваться, если мать во время беременности перенесла инфекционное заболевание или страдает специфической инфекцией,
2. внутричерепной или спинальной родовой травмой,
3. острой надпочечниковой недостаточностью,
4. травмой паренхиматозных органов,
5. диафрагмальной грыжей,
6. врожденными пороками сердца,
7. постгеморрагической анемией,

8. наследственными нарушениями обмена веществ (фенилкетонурия, галактоземия),
9. врожденными пороками развития центральной нервной системы.

Лечение. Целесообразно поэтапное лечение детей с тяжелыми вариантами гипоксии.

1 этап – в родильном зале при рождении ребенка лечение направлено на восстановление сердечной деятельности и дыхания.

2 этап – в палате реанимации и интенсивной терапии – направлено на восстановление гемодинамики, ликвидацию метаболического ацидоза, сохранение функций центральной нервной системы.

Особую важность имеет соблюдение температурного режима новорожденного в процессе реанимации (ребенок помещается под источник тепла), так как переохлаждение сопровождается генерализованной вазоконстрикцией, усугубляя ацидоз.

Восстановление проходимости дыхательных путей начинается с момента рождения головы путем отсасывания содержимого рта и глотки электроотсосом через тонкий катетер. Эвакуация аспирированных масс из дыхательных путей после рождения осуществляется под контролем ларингоскопа, в дальнейшем проводится вспомогательная вентиляция легких 60% O_2 через маску. При тяжелой гипоксии после восстановления проходимости трахеобронхиального дерева приступают к искусственной вентиляции легких с помощью интубации, поскольку масочное дыхание для таких больных является недостаточным. В процессе ИВЛ проводится санация трахеобронхиального дерева путем введения через катетер в дыхательные пути 0,5-1 мл. 5% раствора бикарбоната натрия, 2-3 капель 2,4% раствора эуфиллина с последующим отсасыванием аспирата каждые 5-10 мин. Для профилактики воспалительных изменений в легких через эндотрахеальную трубку вводятся антибиотики в сочетании с кортикостероидными препаратами. Назначают оксигенацию 40% O_2.

При проведении ИВЛ у недоношенных целесообразно применять гелиокислородную смесь, оказывающую антиателектатическое действие, в соотношении 1:1 или 2:1, длительность ИВЛ - до 1 ч.

На II этапе реанимации в тяжелых случаях дыхательной недостаточности иногда используют метод гипербарической оксигенации. С целью восстановления сердечной деятельности при ее отсутствии или брадикардии (менее 100 в мин.) проводят непрямой массаж сердца совместно с ИВЛ и введением антиацидотических препаратов. Через 2-3 мин при его неэффективности внутрисердечно или в вену пуповины вводят 0,5 мл. 10% глюконата кальция и 1 мл. адреналина.

Одновременно проводится инфузионная терапия, основными задачами которой является ликвидация ацидоза, нормализация гемодинамики, метаболических нарушений, восстановление объема циркулирующей крови, ее реологических свойств, коррекция электролитных нарушений. Инфузия лекарственных растворов обычно проводится обычно путем пункции пупочной вены или ее катетеризации.

Лечение детей с гипоксией проводится в зависимости от тяжести состояния. Важное значение имеет коррекция сердечно-сосудистых нарушений. После полноценной оксигенации и ликвидации ацидоза, вводят строфантин или коргликон в дозе 0,03 мл на 1 кг. массы в 0,9% растворе хлорида натрия внутривенно медленно.

При брадикардии внутривенно вводится 0,05-0,1 мл 0,1% раствор атропина сульфата. Если брадикардия не исчезает, препарат вводят повторно в сочетании с адреналином. Для улучшения трофики сердечной мышцы включают витамины группы В, С, препараты калия – панангин, поляризующую смесь, сульфокамфокаин.

Для восстановления сосудистого тонуса, назначают преднизолон или гидрокортизон, при артериальной гипотонии внутривенно следует ввести допамин (10 мкг/кг/мин) или 0,2% раствор норадреналина (20 мкг/кг/мин) в 10% растворе глюкозы.

При назначении инфузионной терапии нужно определить суточную потребность новорожденного в жидкости – не более 50-60 мг/кг, скорость интравенозных вливаний 6-8 капель в минуту.

Для восстановления микроциркуляции используются декстраны, одновременно следует вводить салуретики (лазикс 1 мг/кг) для предупреждения гипергидратации.

Важное значение имеет борьба с отеком мозга путем введения альбумина, нативной плазмы (10-15 мл/кг) в сочетании с диуретиками. При снижении уровня сахара крови ниже 2 ммоль/л

необходимо введение 10-15 мл. 20% глюкозы и преднизолона 0,5 мг/кг. Дети с гипотрофией и недоношенные склонны к гипогликемии уже в первые 3-6 часов жизни.

В комплексное лечение детей целесообразно включать внутривенное введение кавинтона в дозе 2,5-5 мг/сут., сермиона 4 мг/сут., с целью улучшения энергообмена и увеличения резистентности мозговых клеток к гипоксии, трентала 0,5 мл/сут. для улучшения микроциркуляции, ноотропила 1-3 мл/сутки для поддержания обмена в нейронах.

Показаны витамины группы В, Е, С, липоевая кислота, коферменты – ККБ, АТФ.

Новорожденные с перинатальной энцефалопатией подлежат дальнейшему лечению в отделении реабилитации, предусматривающему продолжение курса, назначенного в родильном доме, с индивидуальной коррекцией его в зависимости от формирующейся на данном этапе синдромальной патологии.

При синдроме двигательных нарушений назначают 1% глютаминовую кислоту по 1 ч.л. 3 раза, АТФ по 1 мл в/м, ККБ по 25 мг в/м, 1% витамин B_6 по 0,5 в/м, дибазол по 0,5-1 мг в день 1-1,5 мес., массаж 3 курса (1 мес., 3 мес. и во 2-м полугодии), лечебную физкультуру на 2-м мес. жизни, упражнения в воде со 2-3-й недели жизни (температура воды при повышенном тонусе 38-39°С, при пониженном 35-34°С, во 2-м полугодии до 32°С).

При спастико-гипотоническом синдроме рекомендуется назначать мидокалм в дозе 5 мг/кг в день (курс лечения до 2 мес.).

При синдроме задержки развития рекомендуется энцефабол в сиропе 1/2 ч.л. в 1-е полугодие, 1 ч.л. во 2-е полугодие 1-2 мес.; пиридитол 0,25 х 2 раза в день, пирацетам (ноотропил) в/м или внутрь 30-50 мг/кг в сутки.

В лечении больных используют кавинтон, эуфиллин, витамины В1, В6, глютаминовую кислоту, дибазол. Очень вялым больным назначают церебролизин в/м 0,3-0,5 мг, аминалон 1/4 т. 2-3 раза в день 1-2 мес., витамин В12 50-100 мкг в сутки 10-15 дней, кобамамид (кофермент витамина В12) при гипотрофии 125-250 мкг в сутки в/м 7-10 дней или 3 недели внутрь в той же дозе.

При эписиндроме назначают фенобарбитал 1 мг/кг 2-3 раза в день не менее 6 мес. на фоне дегидратационной терапии (диакарб 0,02 г/кг в сутки курсами 3 дня, перерыв 1 день) в течение 1-1,5 мес. Дегидратацию повторяют короткими курсами (7-8 дней) – в критические периоды (на фоне острого респираторного заболевания, при прорезывании зубов, поступлении в детский коллектив). Рассасывающая терапия начинается через 1 мес. после судорог. Назначают алоэ 0,3-0,5 в/м 12-15 инъекций, лидазу п/к 8 ед.-16 ед.-32 ед. 10-12 инъекций 10-14 дней.

При гипертензионно-гидроцефальном синдроме рекомендуют диакарб 0,02 г/кг в сутки 1 раз утром 3 дня, перерыв 1 день, курс 1-1,5 мес., в сочетании с препаратами калия – аспаркам, панангин. При приеме диакарба может развиться метаболический ацидоз, поэтому полезно назначить соду внутрь или в свечах 50-80 мг/сут. Назначают верошпирон 2 мг/кг 2 дня, перерыв 1 день, дают 1-2 мес., назначают с препаратами калия.

Применяют также глицерол (тормозит продукцию ликвора) 1 ч.л. 3 раза 1-2 мес., микстуру с цитралью, сернокислую магнезию.

Используют сосудистые средства: винпоцетин или кавинтон 1 мг 2 раза, циннаризин или стугерон 5 мг 2 раза в день 1,5-2 мес., сермион 2 мг 2 раза в день, компламин 1/4 т. 2 раза в день, трентал ¼ т. 2 раза в день. Назначают средства, улучшающие обмен в нервной клетке: витамин B_6 1% 0,5 в/м или внутрь 1-2 мг/кг в сутки 1 мес., пиридоксальфосфат 2,5 мг (1/4 таблетки 1-2 раза в день 1-2 мес.), глютаминовую кислоту 5 мг (1/4т. 2 раза в день.)

При синдроме повышенной нервной рефлекторной возбудимости назначают реланиум 0,5 мг/кг в сутки, седуксен 1 мг/кг в сутки, тазепам 1 мг/кг в сутки, 1% бромистый натрий 1 ч.л. 3 раза в день; микстуру с цитралью 1 ч.л. 3 раза, отвары растений с седативными действиями (корень валерианы, пиона, трава душицы, шалфея, мяты, пустырника).

При астено-невротическом синдроме показано: возбудимым детям – витамины В, Е, препараты брома, углекислые и сульфидные ванны, мепробамат, терален, тазепам, элениум, вялым детям – ванны с морской солью, витамины B_6, С, кофеин, элеутерококк, пантокрин.

Последовательное этапное длительное лечение детей с перинатальной энцефалопатией способствует предотвращению развития органической патологии и позволяет успешно справиться с функциональными поражениями центральной нервной системы.

Прогноз. Прогноз зависит от причины, вызвавшей гипоксию и от тяжести клинических проявлений. При острой интранатальной гипоксии при условии рационального лечения прогноз, как правило, благоприятный. У детей, перенесших хроническую внутриутробную гипоксию, прогноз для полного выздоровления надо делать с осторожностью.

При современных методах этапного лечения после перенесенной гипоксии 60-70% детей к 1 году не имеют неврологических отклонений, 20-25% нуждаются в продолжении лечения, а у 1-6% выявляются тяжелые органические нарушения (ДЦП, глухота, слепота, гидроцефалия).

Профилактика. Профилактика перинатальной гипоксии сводится к антенатальной охране плода, своевременному и рациональному лечению поздних токсикозов беременности, снижению частоты недонашивания, своевременному родоразрешению, правильной тактике ведения родов.

Задания для самостоятельной работы:

1. Решите ситуационные задачи.
2. Составьте тестовые задания по теме.
3. Осмотрите новорожденного ребенка с родовой травмой или ГБН. Опишите в рабочей тетради выявленные Вами отклонения в состоянии здоровья вашего пациента.

Схема обследования больного.

При сборе анамнеза обратите внимание на:

- очаги хронической инфекции у матери. Заболевания в период беременности.
- особенности течения беременности и родов (токсикозы, гипоксия плода, оценка новорожденного по шкале Апгар);
- особенности периода адаптации в раннем неонатальном периоде;
- вес при рождении, особенности вскармливания, прибавку в весе.

При объективном исследовании обратить внимание на:

- физическое и нервно-психическое развитие ребенка;
- цвет кожных покровов и слизистых;
- состояние костно-мышечной системы (наличие деформаций, патологической подвижности, боль при пальпации и движении, ограничение подвижности одной из конечностей);
- наличие отечного синдрома;
- тахикардию, циркуляторные расстройства;
- увеличение печени и селезенки.

При интерпретации лабораторных данных:

- группу крови и резус-фактор ребенка и матери;
- снижение Hb;
- увеличение содержания непрямой фракции билирубина, динамику почасового прироста непрямого билирубина;
- гипопротеинемию (гипоальбуминемию), повышение уровня глобулиновых фракций;
- показатели цереброспинальной жидкости.

При дополнительном обследовании обратить внимание на:

- рентгенологическое исследование черепа и костей конечностей;
- УЗИ печени и селезенки;
- ЭЭГ;
- нейросонограмму.

Ситуационные задачи.

Задача №1

Ребенок 4 дней, от I беременности, срочных родов. Масса тела при рождении 3200 гр., длина – 50 см. При рождении кожные покровы желтушные, желтуха наросла к 4-му дню жизни, отмечалась вялость и сонливость. Границы сердца: верхняя – II ребро, левая – на 1 см. кнаружи от левой сосковой линии, правая – правая парастернальная линия. Тоны сердца приглушены. Пульс 130 уд/мин,

удовлетворительного наполнения. Над верхушкой сердца выслушивается нежный систолический шум. В легких – без особенностей. Печень выступает из-под края реберной дуги на 3 см., селезенка – на 1,5 см. мышечный тонус снижен.

Кровь матери – B(III) Rh (-); кровь ребенка O(I) Rh (+).

Общий анализ крови: Нв-106 г/л, эритроциты – $3{,}4x10^{12}$/л, цветной показатель – 0,9, ретикулоциты – 3,5%, тромбоциты – $204x10^{9}$/л, лейкоциты – $9{,}7x10^{9}$/л, эозинофилы – 1%, п/я - 20%, с/я – 69%, лимфоциты – 10%, моноциты – 10%, СОЭ – 8 мм/ч.

Биохимичесий анализ крови: билирубин прямой – 10 мкмоль/л, непрямой – 211 мкмоль/л, АЛТ – 126 нмоль/л.

Вопросы:

1. Поставьте диагноз.
2. Каков патогенез заболевания?
3. Наметьте план дополнительного обследования и лечения.

Задача №2

Мальчик А., 4 дней, поступил в отделение патологии новорожденных из родильного дома по поводу выраженной желтухи.

Из анамнеза известно, что ребенок от женщины 23 лет, имеющей 0(1) Rh-отрицательную группу крови. Отец ребенка имеет A(II) Rh-отрицательную группу крови.

Первая беременность закончилась медицинским абортом при сроке 10 недель. Настоящая беременность вторая, протекала с гестозом во второй половине. Роды срочные. Масса тела при рождении 3200 гр., длина тела 52 см. Закричал сразу, крик громкий. К концу первых суток отмечена иктеричность кожных покровов и склер. На вторые сутки желтуха усилилась.

При поступлении в стационар состояние тяжелое, выраженная иктеричность кожных покровов и склер, ребенок вялый, отмечается мышечная гипотония, гипорефлексия. Печень выступает из-под края реберной дуги на 2,5 см., селезенка у реберного края. Стул переходный.

Общий анализ крови: Hb - 141 г/л, Эр. - $3{,}9x10^{12}$/л, Ц.п. - 0,99, Лейк. - $9{,}4x10^{9}$/л, п/я-7%, с-53%, э-1%, л-32%, м-7%, СОЭ – 1 мм/час.

Биохимический анализ крови на 2-й день жизни: общий белок – 54,4 г/л, билирубин: непрямой – 180 мкмоль/л, прямой – нет.

Задание:

1. Поставьте и обоснуйте диагноз.
2. Какие обследования надо провести дополнительно для уточнения диагноза?
3. Как следует кормить этого ребенка?
4. Назначьте лечение.
5. Чем следует делать заменное переливание крови в случае его необходимости? Как выбрать группу крови и Rh фактор?

Задача №3

Девочка Л, поступила в стационар в возрасте 6 дней.

Из анамнеза известно, что ребенок от женщины 26 лет, от первой беременности, протекавшей с токсикозом в первом триместре, нефропатией. Роды в срок, слабость родовой деятельности, стимуляция окситоцином. 1-й период 12 часов, 2-й – 25 минут, безводный промежуток – 10 часов, в родах отмечалось затруднение выведения плечиков. Масса тела при рождении 4200 гр., длина тела 54 см. Оценка по шкале Апгар 7/8 баллов.

После рождения ребенок беспокойный, отмечается гипервозбудимость, мышечная дистония, объем активных движений в левой руке снижен. В роддоме ребенку проводилось лечение сернокислой магнезией 25%, 5мл в/м, фенобарбиталом 0,005 х 2 раза, викасолом 0,3 мл в/м № 2. На 6-е сутки ребенок переведен в стационар для дальнейшего лечения.

При поступлении состояние ребенка средней тяжести. Кожные покровы розовые, мраморность рисунка. Пупочная ранка сухая. В легких дыхание пуэрильное. Тоны сердца ритмичные. Живот мягкий, печень выступает из-под реберного края на 1,5 см, селезенка не пальпируется. Стул желтый, кашицеобразный. Окружность головы – 37 см, большой родничок 2х2 см. Черепно-мозговая

иннервация без особенностей. Рефлексы новорожденных: орального автоматизма +, но ладонно-ротовой слева не вызывается, хватательный и рефлекс Моро слева снижены. Мышечный тонус дистоничен, в левой руке снижен, рука приведена к туловищу, разогнута во всех суставах, ротирована внутрь в плече, кисть в ладонном сгибании. Активные движения ограничены в плечевом и локтевом суставах. Движения в пальцах сохранены. Сухожильный рефлекс с двуглавой мышцы слева не вызывается. На опоре сидит, автоматическая походка вызывается. Рефлексы: ползания +, защитный +, спинальные рефлексы +.

Общий анализ крови: Hb - 221 г/л, Эр. - 6,5х 10^{12}/л, Ц.п. – 0,97, тромб. -310,0х10^{9}/л, Лейк. - 8,2х10^{9}/л, п/я-6%, с-56%, э -1%, л-30%, м-8%, СОЭ-2 мм/час.

Биохимический анализ крови: общий белок – 55,0 г/л, билирубин: непрямой –98 мкмоль/л, прямой – нет, мочевина – 4,0 ммоль/л, калий – 6,0ммоль/л, натрий – 136 ммоль/л, кальций – 1,05 ммоль/л.

Нейросонограмма: немногочисленные эхоплотные включения в подкорковых ганглиях, повышена эхогенность перивентрикулярных областей, глубина большой затылочной цистерны 8 мм (норма – 6 мм).

Задание:

1. Ваш предварительный диагноз?
2. Какие дополнительные исследования необходимо провести для уточнения диагноза?
3. Назначьте лечение.

Занятие №14 по теме: "ПОЛИКЛИНИКА. БОЛЕЗНИ НОВОРОЖДЕННЫХ".

I. Научно-методическое обоснование темы.

В современной патологии детей грудного возраста не утратила актуальности проблема внутриутробного инфицирования, неонатального сепсиса, характеризующегося особой тяжестью и высокой летальностью. Инфицированию новорожденных в значительной степени способствуют: наличие хронических очагов инфекции у матери, неблагоприятное течение беременности и родов, развитие перинатальной патологии, приводящей к декомпенсации гомеостатических систем.

С точки зрения единства матери и плода, решение чрезвычайно сложных комплексных проблем перинатального периода зависит не только от деятельности педиатра, но также терапевта, акушера. Эти обстоятельства объясняют необходимость серьезного изучения заболеваний периода новорожденности студентами лечебного факультета.

II. Цель деятельности студентов на занятии:

Студент должен знать:

- Предрасполагающие факторы к развитию перинатальной патологии, инфицированности, сепсиса у новорожденных;
- Основные этиопатогенетические механизмы развития сепсиса;
- Клинические проявления неонатального сепсиса, локальных гнойных поражений;
- Лабораторные методы диагностики гнойно-воспалительных заболеваний и сепсиса;
- Основные принципы лечения и профилактики гнойно-септических заболеваний новорожденных.

Студент должен уметь:

- Целенаправленно собрать анамнез;
- Провести объективное обследование новорожденного;
- Интерпретировать лабораторные и параклинические данные;
- Поставить диагноз;
- Составить план лечения больного;
- Выписать рецепты на основные медикаменты;
- Определить профилактические мероприятия.

III. Содержание обучения:

1. Нозологические формы локальной гнойно-септической инфекции.

2. Этиология и патогенез гнойно-септических заболеваний в современных условиях.
3. Сепсис (определение, клинические формы, лабораторная диагностика).
4. Особенности лечебных мероприятий при гнойно-воспалительных заболеваниях и сепсисе новорожденных.
5. Профилактика и диспансерное наблюдение больных перенесших ГВЗ и сепсис.
6. Внутриутробные инфекции (основные этиологические факторы, особенности клинической картины).
7. Дополнительные методы исследования внутриутробных инфекций у новорожденных.
8. Лечебные и профилактические мероприятия при внутриутробных инфекциях.

IV. Учебно-материальное обеспечение.

1. Наглядные пособия: таблицы, схемы, мультимедийные презентации, видеофильмы, аудиограммы.
2. Учебная медицинская документация (истории болезни, лабораторные исследования, рентгенограммы).
3. Технические средства обучения.
4. Литература.

V. Список рекомендуемой литературы.

1. Пропедевтика детских болезней [Электронный ресурс] : учебник / Юрьев В. В. и др.; под ред. В. В. Юрьева, М. М. Хомича. - М. ГЭОТАР-Медиа, 2012. Режим доступа: http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970422151.html
2 Шабалов Н.П. Неонатология, учебное пособие в 2-х томах, М. 2004г.
3. Физикальное обследование ребенка [Электронный ресурс] : учеб. пособие / Р.Р. Кильдиярова, Ю.Ф. Лобанов, Т.И. Легонькова - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015. Режим доступа: http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970432433.html
4. Детские болезни. Т. 1. [Электронный ресурс] / Запруднов А.М., Григорьев К.И., Харитонова Л.А. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. Режим доступа: http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970424216.html
5. Детские болезни: учебник: в 2 т. / Запруднов А. М., Григорьев К. И., Харитонова Л. А. - 2-е изд., перераб. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2013. - Т. 1. - 768 с. : ил - ISBN 978-5-9704-2421-6.
6. Детские болезни [Электронный ресурс] : учебник / под ред. Р. Р. Кильдияровой - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015. Режим доступа: http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970429488.html
7. Лабораторные и функциональные исследования в практике педиатра [Электронный ресурс] / Кильдиярова Р.Р. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2012. Режим доступа: http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970419588.html
8. Неотложная педиатрия. Алгоритмы диагностики и лечения [Электронный ресурс] / Цыбулькин Э.К. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2012. Режим доступа: http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970417416.html
9. Педиатрия. История болезни [Электронный ресурс] : учеб. пособие / Р.Р. Кильдиярова, В.И. Макарова, Р.М. Файзуллина. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2016. Режим доступа: http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970437162.html
10. Кильдиярова, Р. Р. Клинические нормы. Педиатрия / Кильдиярова Р. Р. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2019. - 384 с. - ISBN 978-5-9704-5235-6. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970452356.html
11.Лекции по педиатрии.
12.Методические указания для внеаудиторной работы студентов

VI. Перечень вопросов для проверки исходного уровня знаний:

1. Анатомо-физиологические особенности новорожденных, способствующие развитию гнойно-септических заболеваний.
2. Организация работы в палатах и отделениях новорожденных в роддоме.
3. Асептика и антисептика в акушерстве.
4. Токсикозы беременных.

5. Оценка состояния новорожденных по шкале Апгар.
6. Причины гипоксии плода.
7. Течение беременности, родов и послеродового периода при острых и хронических инфекциях и заболеваниях важнейших органов и систем.
8. Послеродовые инфекционные заболевания.

VII. Перечень вопросов для проверки конечного уровня знаний:

1. Этиология сепсиса и гнойно-септических заболеваний в современных условиях.
2. Клиника омфалита.
3. Клинические признаки везикулопустулеза.
4. Понятие о "пресепсисе", лечебные мероприятия. Группа риска по сепсису.
5. Определение и схема диагноза сепсиса.
6. Клинические формы сепсиса (клинико-морфологическая, биохимическая характеристика).
7. Особенности путей заражения "входных ворот" и метастазирования при сепсисе в современных условиях.
8. Дополнительные методы исследования, лабораторная диагностика сепсиса, гнойно-септических заболеваний.
9. Основные принципы терапии сепсиса.
10. Выбор антибактериальной терапии при сепсисе.
11. Заместительная терапия.
12. Принципы обследования и лечения матери больного сепсисом ребенка.
13. Рекомендации по ведению здорового образа жизни в период беременности.
14. Обработка пупочной ранки, уход за кожей и слизистой новорожденного.
15. Основные требования, предъявляемые к медперсоналу, обслуживающему палаты новорожденных.

Блок информации.

ЛОКАЛЬНЫЕ ГНОЙНО-ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ.

Этиология большинства этих заболеваний – граммположительные микроорганизмы (стафило- и стрептококки), в 1/4-1/3 случаев – грамотрицательные микробы (клебсиелла, кишечная палочка, псевдомонас и др.).

Омфалит – гнойное или серозное воспаление пупочной ранки, кожи и подкожного жирового слоя вокруг пупка, пупочных сосудов, сопровождающееся серозным или гнойным отделяемым, инфильтрацией и гиперемией пупочного кольца, замедленной эпителизацией ранки. На передней стенки живота видны красные полосы, характерные для присоединяющего лимфангита, расширенные поверхностные вены, а при пальпации определяются признаки поражения пупочных сосудов (при тромбофлебите пупочной вены круглый тяж пальпируется по средней линии живота над пупком, а при тромбартериите – с двух сторон: ниже пупка и сбоку). Возможно сочетание с неполным свищом и фунгусом пупка.

Лечение. Местно – обработка водными и спиртовыми растворами антисептиков (фурацилин, хлорофиллипт, бриллиантовый зеленый, р-р калия перманганата), лизоцимом, применение гелий-неонового лазера, при значительной инфильтрации – мазь Вишневского, при некротических изменениях – масло облепиховое и шиповника. Фунгус пупка прижигают 1 раз в день палочкой ляписа.

С учетом чувствительности высеянной из пупочной ранки флоры и выраженности воспалительного процесса, антибиотики применяют как местно (орошения, мази), так и парентерально, одновременно проводят мероприятия по стимуляции пассивного (γ-глобулин, антистафилококковая плазма и др.), а позднее и активного иммунитета. При токсикозе важна активная инфузионная терапия.

Прогноз при рано начатой терапии благоприятный, но в отдаленном периоде возможна портальная гипертензия.

Свищ пупка – врожденная аномалия развития, является следствием незаращения желточного

протока или мочевого хода, существующих в раннем эмбриональном периоде и облитерирующихся к моменту рождения. Свищ бывает полным и неполным. Полные свищи могут быть двух видов (из незаращенного мочевого протока и незаращенного протока между пупком и кишечной петлей (в эмбриональном периоде проток соединяет кишечник с желточным мешком).

Клиническая картина. После отпадения пуповинного остатка обнаруживают свищевое отверстие, из которого выпячивается слизистая оболочка ярко-красного цвета и вытекает кишечное содержимое (полный свищ желточного протока). При неполном свище мочевого хода на дне пупочной ямки нет шаровидного выпячивания слизистой оболочки, а имеется участок мокнущей поверхности со свищевым отверстием в центре. Из этого отверстия при натуживании струйкой выделяется моча. Неполные свищи протекают с явлениями незначительного мокнутия пупка, кожа вокруг которого может быть мацерированной.

Лечение. Полный свищ подлежит хирургическому лечению по установлении диагноза, неполный – в возрасте старше 6 месяцев, т.к. при правильном уходе за пупком, возможно самостоятельное его закрытие.

Везикулопустулез – поверхностная стафилодермия новорожденных. Процесс локализуется в устье эккринных потовых желез. В патогенезе имеют значение астенизация и иммунная недостаточность у искусственно вскармливаемых детей. Способствующими факторами чаще всего являются перегревание, повышенная потливость, мацерация.

Клиническая картина характеризуются появлением поверхностно расположенных пузырьков величиной 1-3 мм., наполненных вначале прозрачным, а затем мутным содержимым. Гнойнички чаще множественные, локализуются на ягодицах, нижней части живота, волосистой части головы, в естественных складках. Кожа вокруг элементов не изменена, либо слегка гиперемирована, основание не инфильтрировано, и инфекционный процесс захватывает кожу не глубже мальпигиевой сети. Динамика развития везикулопустулеза характерна: через 2-3 дня после появления пузырьки лопаются и образуется поверхностная эрозия, а затем она подсыхает и эпителизируется без последующей пигментации. При ранней диагностике и активном лечении общее состояние детей не нарушено, аппетит больных сохранен, температура тела нормальная. Однако иногда заболевание прогрессирует, развиваются пузырчатка, абсцессы потовых желез, псевдофурункулы, метастатические гнойные очаги - отит, пневмония, остеомиелит и др.

Лечение. Умывать, купать детей в период заболевания не рекомендуется. Очаги поражения и видимо здоровую кожу обрабатывают антисептическими бактерицидными средствами: р-р фурацилина, 0,1% р-р риванола, 0,1-0,2% р-р перманганата калия, анилиновые красители. Непосредственно на очаги пустулезных элементов наносят пасты с 1% эритромицина, 1% линкомицина, мази с антибиотиками.

Пузырчатка новорожденных (пемфигус) – более тяжелая форма стафилококковых пиодермий, протекающих доброкачественно или злокачественно.

Доброкачественная форма пузырчатки характеризуется появлением в конце первой недели жизни или позднее на фоне эритематозных пятен пузырьков и вялых пузырей размером 0,2-0,5 см, наполненных серозно-гнойным содержимым. Локализация – нижняя часть живота, конечности, паховые, шейные и др. складки. Элементы пузырчатки полиморфны, окружены венчиком гиперемии, имеют инфильтрированное основание (поражены все слои кожи). Чаще гнойнички множественные, высыпающие толчками. Общее состояние не нарушено, либо средней тяжести – вялость, аппетит сниженный, субфебрильная температура. При активном и рано начатом лечении через 2-3 нед. отмечается выздоровление, хотя по началу и доброкачественно протекающая пузырчатка может привести к метастатическим гнойным очагам, сепсису.

Злокачественная форма пузырчатки, называющаяся также пиококковым пемфигоидом, развивается в те же сроки, что и доброкачественная, но при ней наблюдаются вялые, размером от 0,5 до 2-3 см и более в диаметре, пузыри, кожа между которыми слущивается. Температура фебрильная, общее состояние тяжелое с преобладанием в клинической картине явлений интоксикации и анемии. В периферической крови имеются анемия разной степени выраженности, лейкоцитоз с нейтрофилезом и сдвигом влево, увеличенная СОЭ. Заболевание высоко контагиозно и, как правило, заканчивается сепсисом.

Эксфолиативный дерматит новорожденных (болезнь Риттера) – тяжелая форма

эпидемической пузырчатки новорожденных.

Клиническая картина характеризуется состоянием эритродермии с множественными пузырями, обширными эрозивными поверхностями. Симптом Никольского положительный. Лишенные эпидермиса участки кожи напоминают ожог II степени. Различают три стадии болезни: эритроматозную, эксфолиативную и регенеративную. В тяжелых случаях процесс протекает септически со снижением массы тела, токсикозом, желудочно-кишечными расстройствами, анемией, диспротеинемией.

Лечение. Обязательно парентеральное введение полусинтетических пенициллинов, обладающих свойством ингибировать выработку эпидермолитического токсина и устойчивой к пенициллазе микробной флоры. В качестве антибиотиков специфического антистафилококкового действия используют фузидин-натрий, линкомицина гидрохлорид и цефалоспорины III-IV поколений. Одновременно с антибиотиками применяют гамма-глобулин, антистафилококковую плазму, антистафилококковый гамма-глобулин, стафилококковый анатоксин. С целью детоксикации вводят капельно в/в альбумин, реополиглюкин, полиглюкин, нативную плазму, 20% р-р глюкозы, проводят гемасорбцию или плазмаферез. При дисбактериозе кишечника назначают эубиотики (бифидумбактерин, бификол, бактисубтил, лактобактерин и др.). Показана витаминотерапия (аскорбиновая кислота, пиридоксальфосфат, пантотенат или пангамат кальция, витамины А и Е).

Наружное лечение и уход за детьми имеют особое значение вследствие контагиозности процесса. Производят ежедневную смену белья. Рекомендуют ежедневные ванны с раствором калия перманганата (1:10000). Пузыри вскрывают или отсасывают их содержимое шприцем. Кожу вокруг пузырей обрабатывают анилиновыми красителями, 0,1-0,2% спиртовым р-м сангвиритрина, 1-2% салициловым спиртом. Образующиеся эрозии подвергают УФО с последующей обработкой мазями и пастами, содержащими антибиотики.

Профилактика. Тщательное соблюдение гигиенического режима. Обязательное кварцевание палат. По возможности детей, страдающих стафилодермиями, помещают в боксы. Сохраняется грудное вскармливание или при гипогалактии у матери ребенка переводят на донорское грудное молоко.

Стафилококковая пиодермия. Различают поверхностные и глубокие формы. К поверхностным относят остиофолликулит, фолликулит; к глубоким – гидраденит, фурункул, карбункул.

Остиофолликулит – гнойное воспаление устья волосяного фолликула с образованием поверхностной конической пустулы, пронизанной в центре волосом. При распространении нагноения вглубь фолликула возникает фолликулит. Более глубокое гнойно-некротическое воспаление волосяного фолликула и окружающих тканей с образованием некротического стержня называется фурункулом. Фурункул верхней части лица опасен из-за возможности метастазирования инфекции с возникновением септического состояния с явлениями менингита.

Гидроаденит – гнойное воспаление апокринных потовых желез, располагающихся чаще в области заднего прохода, гениталий. Патогенетические факторы те же, что и для всех стафилококковых процессов, но добавочное воздействие оказывают повышенная потливость, щелочная реакция пота.

Стрептококковая пиодермия проявляется основным первичным пустулезным элементом – фликтеной. Наиболее часто встречающимися разновидностями пиодермии у детей являются поверхностное стрептококковое поражение – импетиго и глубокое – эктима. Стрептококковое импетиго проявляется поверхностным пузырем – фликтеной. Локализация: лицо, кожа туловища, конечности. В углах рта фликтены быстро вскрываются, а эрозивная поверхность трансформируется в продольную трещину (заеда). На ногтевых фалангах кистей фликтены подковообразно окружают ноготь, образуют околоногтевое импетиго (турниоль). При сочетанном поверхностном стрептостафилококковом инфицировании возникает вульгарное импетиго, отличающееся значительной контагиозностью, склонностью к диссеминации на различных участках кожного покрова.

Остеомиелит острый – гнойное воспаление элементов кости. Возбудителем может быть любой гноеродный микроорганизм.

Клиническая картина. Заболевание начинается остро. Первым симптомом является резкая

боль в конечности, от которой ребенок кричит и избегает всяких движений. У новорожденных это проявляется беспокойством, когда их берут на руки или перекладывают. Температура тела поднимается до 39-40°С. Наблюдаются рвота, понос. Внешние признаки остеомиелита вначале могут отсутствовать. По мере развития процесса, когда он переходит на мягкие ткани, появляется локальная припухлость, изменяется конфигурация конечности. Кожа становится отечной и гиперемированной. Ближайший сустав деформирован.

Клиническое течение острого остеомиелита зависит от ряда причин: вирулентности микроорганизма и реактивности макроорганизма и др. Различают три формы заболевания: токсическую, септикопиемическую, местную. Первая характеризуется бурным началом, преобладают явления сепсиса, и больной нередко умирает раньше, чем успели проявиться местные изменения. Вторая форма наблюдается чаще других; четко выражены местные проявления, сочетающиеся с общетоксической реакцией, иногда поражаются сразу несколько костей, наблюдаются гнойные метастазы в другие участки тела. Третья форма отличается легким течением с преимущественным выражением местной реакции.

Диагноз. Распознавание затруднено у новорожденных. При подозрении на остеомиелит у них особенно тщательно исследуют концы трубчатых костей и суставы. Диагностику уточняет рентгенологическое исследование. Ранние рентгенологические признаки появляются у детей на 7-10 день болезни. В начале болезни в крови – лейкоцитоз со сдвигом лейкоцитарной формулы влево; однако в тяжелых случаях нередко бывает лейкопения.

Лечение хирургическое.

Дакриоцистит новорожденных – воспаление слезного мешка. Причина – неполное раскрытие носослезного протока к моменту рождения. Проявляется слезостоянием, слизисто-гнойным отделяемым у внутреннего угла глаза. При надавливании на область слезного мешка из слезных точек выделяется гнойное содержимое.

Лечение. Массаж области слезного мешка в направлении сверху вниз для разрыва пленки и восстановления проходимости носослезного протока. Если проходимость не восстанавливается в течение недели, ребенка необходимо направить к окулисту для зондирования и промывания слезных путей.

Парапроктит – воспаление параректальной клетчатки. У детей наблюдается реже, чем у взрослых, и обычно имеет характер подкожного абсцесса. Внедрению инфекции способствует мацерация кожи и опрелости.

Клиническая картина. На ограниченном участке кожи около заднего прохода появляются уплотнение и гиперемия, сопровождающаяся болью во время дефекации. Ребенок становится беспокойным, иногда нарушается общее состояние, температура тела повышается до 38 - 39°С. Боли постепенно нарастают.

Диагноз парапроктит без труда распознают во время осмотра промежности. Характерно резкое усиление боли при надавливании. Иногда при этом выделяется гной из заднего прохода.

Лечение заключается в возможно более раннем вскрытии абсцесса. Иногда происходит самопроизвольное вскрытие гнойника. При этом после стихания воспалительных явлений остается свищ с гнойным отделяемым. В таких случаях говорят о хроническом парапроктите.

Флегмона новорожденных – своеобразное воспаление подкожной клетчатки, наблюдаемое в первый месяц жизни. Возбудителем может быть любой гноеродный микроорганизм, чаще стафилококк.

Клиническая картина. Заболевание начинается остро. Ребенок беспокоен, теряет аппетит, температура тела поднимается до 39-40°С. На коже появляется ограниченный участок покраснения и уплотнения, болезненный на ощупь. Наиболее частая локализация – крестцово-копчиковая область, грудь, шея. Воспалительный очаг быстро увеличивается по площади. Кожа над ним приобретает багровый, затем цианотичный оттенок. На 2-3-и сутки в центре поражения возникает участок размягчения. В этом месте кожа быстро расплавляется и образуется свищ, через который отторгаются некротизированные ткани. По краям происходит отслойка кожи, которая подвергается расплавлению, и образуется обширная рана с неровными краями. Нередко некроз распространяется вглубь и вширь, обнажаются кости.

Лечение хирургическое.

Сепсис новорожденных.

Сепсис – это генерализованное полиэтиологическое инфекционное заболевание с ациклическим течением, наличием первичного гнойно-воспалительного очага, возникновение и течение которого определяются особенностями макроорганизма и свойств возбудителя.

Клиническая классификация. В классификации сепсиса по времени возникновения выделяют внутриутробный и постнатальный сепсис.

Под внутриутробным сепсисом понимается заболевание, уже развившееся внутриутробно, т.е. антенатально, у внутриутробно инфицированного плода. Причем в этом случае первичный гнойно-воспалительный очаг находится вне организма ребенка (хорионит, хориоамнионит, плацентит и т.д.).

Внутриутробное инфицирование – это состояние, характеризующееся микробной контаминацией (обсеменением) плода. Контаминация микроорганизмами плода может происходить антенатально (что отмечается редко) или интранатально (в период родов), что встречается значительно чаще.

В зависимости от состояния реактивности макроорганизма, вирулентности и степени колонизации (микробного заселения) при интранатальном внутриутробном инфицировании в постнатальной период жизни ребенка происходят процессы постепенно вытеснения этой микрофлоры сапрофитами, или формируется носительство данной флоры, или при срыве компенсаторных защитных механизмов макроорганизма развивается гнойно-воспалительное заболевание (локализованное или сепсис). Следует подчеркнуть, что заболевание, как таковое, развивается в постнатальном периоде и, если это сепсис, рассматривается как постнатальный сепсис.

При постнатальном сепсисе всегда имеется первичный гнойно-воспалительный очаг. В зависимости от его локализации выделяют пупочный, отогенный, кожный, легочной, кишечный, уросепсис и др. У новорожденных и грудных детей чаще встречается пупочный сепсис с первичным очагом в области пупочной ранки и/или пупочных сосудов. В последние годы первичным септическим очагом нередко оказываются инфицированные тромбы, тромбофлебиты, возникающие в связи с катетеризацией вен для проведения инфузионной терапии, а также слизистая пищевода и кишечника. Причиной сепсиса могут быть почти все виды условнопатогенных и некоторые патогенные микроорганизмы: стафилококки, стрептококки, бактерии кишечной группы, группы псевдомонад, анаэробы и др.

В **этиологии** сепсиса новорожденных ведущее место занимают (до 50%) занимают стафилококки, на втором месте (36%) стоит грамотрицательная флора, в основном энтеробактерии. Определенное значение (до 10%) имеет смешанная этиология заболевания.

Этиология заболевания накладывает определенный отпечаток на клиническую картину болезни, ее исход, определяет выбор антибактериальной терапии. Поэтому установление этиологического диагноза сепсиса является обязательным.

Клинические формы. Большинство авторов выделяет две клинические формы сепсиса – септицемию и септикопиемию.

Септицемия – сепсис без метастазов. Клинические симптомы могут не иметь строгой специфичности, т.к. зависят от свойств микроорганизма, а также от степени нарушения параметров гомеостаза.

Бактериемия, в процессе заселения организма новорожденного ребенка микробной флорой, может возникать как кратковременный эпизод практически у каждого ребенка, в том числе у практически здорового (так называемая "асимптоматическая бактериемия", выявляемая в среднем у 15% новорожденных первой недели жизни).

Развитие сепсиса (септицемия) зависит не столько от самого факта циркуляции бактерий, а от способности к очищению и скорости очищения крови и лимфы от микробов элиминирующими системами организма. Нарушение функции последних лежит в основе развития сепсиса.

Септицемия, развившаяся в результате внутриутробного инфицирования, уже в первые дни жизни сопровождается тяжелым общим состоянием, прогрессирующим угнетением функции ЦНС, гипотермией, реже – гипертермией, бледно- или грязно-серой окраской кожи, рано проявляющейся и быстро нарастающей желтухой, прогрессирующим отечным синдромом, увеличением печени и селезенки, дыхательной недостаточностью при отсутствии выраженных рентгенографических изменений. Могут отмечаться срыгивания, рвота, геморрагический синдром.

Сепсис, развившийся после рождения, чаще характеризуется более постепенным началом. После внедрения инфекционного агента скрытый период составляет 2-5 дней, у недоношенных детей он удлиняется до 3 недель. Поэтому в клинической картине сепсиса условно выделяют предвестники заболевания, ранние симптомы и разгар процесса.

К предвестникам болезни можно отнести снижение активности, аппетита ребенка, срыгивание, местные симптомы. Оценка пупочной ранки, как места первичного внедрения инфекции, представляет наибольшие трудности, т.к. преобладающая сейчас грамотрицательная флора не дает выраженной местной воспалительной реакции. Учитывается позднее отпадение пупочного остатка (после 6-го дня у доношенных и 10-го у недоношенных), состояние дна ранки (уплотнение, выпячивание или резкое западение), характер и длительность отделяемого, сохранение плотной корочки после 16-18-го дня жизни. О наличии воспалительного процесса свидетельствуют пастозность ткани в нижнем сегменте пупочного кольца, появление или усиление венозной сети на передней брюшной стенке, особенно справа, напряжение прямой мышцы живота выше пупочного кольца или прямых мышц ниже его. При тромбофлебите удается пропальпировать уплотненную пупочную вену. При пальпации сосудов от периферии к центру на дне пупочной ранки может появиться гнойное отделяемое. Симптомы поражения пупочной ранки и сосудов, будучи почти постоянным проявлением пупочного сепсиса, сами по себе не служат, однако, критерием генерализации инфекции.

Развитие сепсиса характеризуется появлением инфекционного токсикоза – вялостью или беспокойством, температурной реакцией, срыгиванием, диспепсией, отечным синдромом или, наоборот, эксикозом, дисрефлексией, дистонией.

В период разгара болезни токсикоз еще более усиливается. Выявляется токсическое поражение отдельных органов, не являющееся проявлением септикопиемии. Так, например, отмечается нарушение функции печени (гепатомегалия, желтуха, повышение прямого билирубина и трансаминаз); диспептические расстройства; реакция со стороны почек (олигурия, протеинурия, лейкоцитурия, эритроцитурия).

Септицемию может осложнять присоединение пневмонии, как самостоятельного интеркуррентного заболевания с аэробронхогенным путем инфицирования. На фоне септицемии также возможны дыхательные нарушения, обусловленные нарушениями микроциркуляции в легких, метаболическими изменениями в миокарде.

Септикопиемия характеризуется наличием гнойных метастазов (очагов отсева). Наиболее частой локализацией пиемических очагов являются мозговые оболочки, легкие, кости, печень, реже другие органы. В настоящее время смена возбудителя на грамотрицательную флору отразилась на особенностях метастазирования: участились случаи развития гнойного менингита со скудной клинико-ликвородинимической симптоматикой в начале заболевания, что требует повторных спинномозговых пункций. При уменьшении частоты таких метастатических очагов, как эпифизарный остеомиелит, что более типично для стафилококка, участились метафизарные и эпифизарные поражения, вялотекущие, трудные для диагностики, протекающие нередко без отчетливого артрита, со скудными и нечеткими рентгенологическими изменениями. В подобных случаях ведущими симптомами становятся переразгибание конечностей в суставе и болевой синдром при пассивных движениях. Лишь на третьей неделе может появиться периостальная реакция, определяемая на ощупь и рентгенологически.

Течение сепсиса. По течению можно выделить молниеносное течение сепсиса, приводящее к фатальному исходу в течение 3-7 дней, острое (продолжительностью 4-8 недель) и затяжное.

Для молниеносного течения сепсиса характерно развитие септического шока, что и является непосредственной причиной смерти больного.

Клинически шок проявляется катастрофическим нарастанием тяжести состояния, резкой бледностью кожи, усиливающейся в дистальных отделах, понижением температуры тела до субнормальных цифр, быстрой сменой тахикардии на брадикардию, нарастанием глухости тонов сердца, возникновением и быстрой генерализацией склеремы, появлением олигурии, кровоточивости, прогрессирующей дыхательной недостаточностью, появлением картины отека легких ("шоковое легкое") в силу глубоких нарушений микроциркуляции, микроциркуляторной блокады почек, легких, что выражается в развитии острой почечной недостаточности и отека легких.

В основе патогенеза этого варианта сепсиса – неадекватная реакция организма на инфекционный процесс, срыв защитных механизмов. Установлена роль гормонального дисбаланса (гипофиз – щитовидная железа – надпочечники) в происхождении септического шока.

При остром течение сепсиса выделяются начальный период, период разгара, восстановления и выздоровления.

Клиника начального периода при остром течении сепсиса характеризуется наличием первичного очага и постепенно нарастающих общих изменений. В периоде разгара проявления токсикоза максимально выражены, характерными чертами его являются нарушение терморегуляции, функции ЦНС, дыхания, гемодинамики и ЖКТ.

Период восстановления характеризуется санацией метастатических очагов, постепенным стиханием токсикоза, при этом сохраняется увеличение печени и селезенки, плоская весовая кривая. В периоде реконвалесценции отмечается восстановление функции всех органов и систем, нормализация окраски и тургора кожи, прибавка массы тела.

Лабораторная диагностика сепсиса. Наиболее информативными являются изменения периферической крови. В ранние сроки сепсиса, как привило, имеет место умеренный лейкоцитоз, анемия чаще всего незначительная или отсутствует. В разгаре болезни нарастает число лейкоцитов, отмечается сдвиг лейкоцитарной формулы влево, появляются миелоциты, токсическая зернистость нейтрофилов. В этот период постоянный симптом – анемия. У недоношенных новорожденных, особенно при грамотрицательной этиологии заболевания, может наблюдаться лейкопения (до 4,0 х 10^{9}/л).

Тромбоцитопения также не является абсолютным критерием сепсиса.

Некоторую значимость представляют исследования ферментного статуса лейкоцитов, особенно щелочной фосфатазы нейтрофилов, показатели которой повышаются при сепсисе. Однако этот тест не имеет абсолютной значимости, поскольку при локальных гнойных инфекциях также бывает положительным.

Внедрение иммунологических методов диагностики в клиническую практику позволило разработать методы ранней диагностики сепсиса. К ним относятся:

– снижение процента переваривания в нейтрофилах и моноцитах периферической крови (при исследовании фагоцитарной активности) более чем в 2 раза ниже нормы;

– увеличение количества нейтрофилом и моноцитов, дающих положительную реакцию на нитро-синий тетразолий (НСТ-тест) свыше 70%;

– снижение количественных и функциональных показателей Т-лимфоцитов более чем в 2 раза по сравнению с нормой.

Посевы крови в диагностики сепсиса играют важную роль и определяют этиологию болезни.

Лечение.

1. Больных помещают в отдельный бокс для исключения перекрестного инфицирования.
2. Рациональная антибиотикотерапия с учетом чувствительности возбудителя (курс около 3-х недель). В первые дни антибиотики вводят внутривенно.
3. Детям с проявлением молочницы обязательно назначают противогрибковые препараты (флюканазол, кетоконазол).
4. Питание нативным грудным молоком.
5. Дезинтоксикационная терапия:
   - плазмаферез с заменой плазмы больного на свежезамороженную;
   - инфузия реополиглюкина, 10% р-ра глюкозы, плазмы (5-10 мл/кг), 5-10% р-р альбумина.
6. Специфическая пассивная иммунотерапия – в/в введение препаратов Ig (иммуноглобулин человеческий нормальный) на курс 5-7 инфузий.
7. При стафилококковом сепсисе показано введение гипериммунного антистафилококкового гаммаглобулина в/м по 1 дозе, 3-6 инъекций в течение 2-3 дней, возможно также повторное введение антистафилококковой плазмы в разовой дозе 5-8 мл/кг.
8. Инфузионная терапия под контролем КЩС и электролитного состава крови, Ht, ЭКГ.
9. Глюкокортикоиды коротким курсом (5-7 дней включая период снижения дозы) назначают при

септическом шоке. Из расчета 1-2 мг/кг/сут.

10. При признаках гиперкоагуляции назначают антиагреганты (дипиридамол), в/в среднемолекулярные декстраны (реополиглюкин), гепарин натрий в дозе 150-300 Ед/кг/сут.
11. Профилактика осложнений антибиотикотерапии – витамины группы В, витамин С, Е, бифидумбактерин.
12. После стихания острых явлений проводят стимулирующую и антиоксидантную терапию (оротовая кислота, карнитин, тиоктовая кислота, тактивин), массаж, лечебную гимнастику.

Схема обследования больного.

При сборе анамнеза обратить внимание на:

- очаги хронический инфекции (особенно урогенитальной), мастит у матери. Заболевания в период беременности, послеродовой период (температура);
- особенности течения беременности и родов (токсикозы, гипоксия плода, оценка новорожденного по шкале Апгар, прививка пробы туберкулеза);
- гнойно-септические заболевания кожи, пупочной ранки, глаз в роддоме и в период новорожденности, опрелости;
- вскармливание, прибавку в весе. Вес при рождении, анорексия;
- температурная кривая, заболеваемость (частота);
- характер стула.

При объективном исследовании обратить внимание на:

- нервно-психическое и физическое развитие ребенка;
- наличие интоксикации, инфекции, токсикоза. Характер температурной кривой;
- цвет, чистоту кожи, слизистых, пупочной ранки, характер стула, состояние пупочных вен, артерий;
- отечный синдром;
- тахикардию, циркуляторные расстройства, парез кишечника;
- увеличение печени, селезенки лимфоузлов;
- наличие метастатических гнойных очагов (остеомиелит, пиелонефрит, менингоэнцефалит);
- ДВС-синдром (гипер-, гипокоагуляция).

При чтении лабораторных данных:

1. Обратить внимание на:

- нейтрофильный или лимфоцитарный лейкоцитоз, ускорение СОЭ, снижение Hb;
- диспротеинемию (гипоальбумиемию, повышение уровня глобулиновых фракций в 1,5 – 2 раза и содержание фракций в пределах возрастных норм);
- сдвиги в мезенхимальных реакциях (СРБ,ДФА);
- изменение в коагулограмме;
- бактериологические исследования (посев мочи, кала, с кожи, крови, пупочной ранки, слизистой и т.д.);
- серологические исследования с выделенным возбудителем.

2. Обратить внимание на:

- рентгенологическое исследование черепа (признаки повышенного внутричерепного давления);
- костей конечностей (остеомиелит);
- почек (признаки пиелонефрита);
- легких (пневмония).

Задания для самостоятельной работы:

1. Решите ситуационные задачи.
2. Составьте задания для тестового контроля по теме.
3. Осмотрите новорожденного с гнойно-воспалительными заболеваниями, опишите выявленные вами изменения. Составьте план обследования вашего больного.

Ситуационные задачи.

Задача №1

Больной К. поступил в отделение патологии новорожденных в возрасте 1 суток.

Из анамнеза известно, что ребенок от матери 19 лет, страдающей пиелонефритом. Беременность первая, протекала с токсикозом в первом и обострением хронического пиелонефрита в третьем триместрах. Роды срочные, 1-й период родов 13 часов, 2-й – 25 минут, безводный промежуток – 7 часов. Задние воды зеленоватые, с неприятным запахом. Масса тела при рождении 2850 гр., длина тела 49 см. Оценка по шкале Апгар 6/7 баллов.

При первичном осмотре обращало на себя внимание снижение двигательной активности, повторные приступы асфиксии. Кожные покровы бледные с сероватым оттенком, мраморность рисунка, акроцианоз, цианоз носогубного треугольника, одышка с втяжением межреберных промежутков, отделение пенистой слизи изо рта. В родильном доме начата инфузионная и антибактериальная терапия, для дальнейшего лечения ребенок переведен в стационар.

При осмотре к концу первых суток жизни состояние тяжелое, крик слабый, сосет вяло. Гипотермия. Кожные покровы серые, выраженный цианоз носогубного треугольника, крылья носа напряжены. Дыхание поверхностное, 80 в минуту, с периодами апноэ. Втяжение межреберных промежутков, эпигастральной области. Перкуторно над легкими определяется укорочение звук, аускультативно – дыхание ослаблено, на глубоком вдохе выслушиваются крепитирующие хрипы. Тоны сердца приглушены, ритмичные, PS – 170 в 1 минуту. Живот мягкий, доступен пальпации. Печень выступает из-под реберного края на 2см, селезенка не пальпируется. В неврологическом статусе: вялость, адинамия, мышечная гипотония, безусловные рефлексы снижены.

Общий анализ крови: Hb–180 г/л, Эр.-5,5х10^{12}/л, Ц.п.-0,9, тромб. -208,0х10^{9}/л, Лейк. -23,1х10^{9}/л, миелоциты-2%, метамиелоциты–4% п/я-13%, с-6%, э–5%, л-11%, м-15%, СОЭ-4мм/час.

Кислотно-основное состояние крови: pO_2-55 мм. рт. ст., pCO_2-70 мм. рт. ст., pH-7,21, BE-18ммоль/л, AB-9ммоль/л, SB- 8ммоль/л, BB-19ммоль/л.

Задание:

1. Поставьте диагноз данному ребенку.
2. Перечислите предрасполагающие факторы, которые способствовали развитию данного заболевания.
3. Назначьте лечение.

Задача №2

Мальчик Ю., 1 месяц, находится в стационаре.

Из анамнеза известно, что ребенок от матери 24-х лет. Беременность первая, протекала с токсикозом в первом триместре, в 24-26 недель гестации отмечалось повышение температуры без катаральных явлений, не лечилась. Роды на 37-й неделе, в головном предлежании. 1-й период - 8 часов, 2-й - 25 минут, безводный промежуток – 9 часов, околоплодные воды светлые. Масса тела при рождении 2700 гр., длина тела 48 см., окружность головы – 35 см., грудной клетки – 32 см. Выписан из родильного дома на 7-й день жизни.

Дома ребенок был вялым, сосал по 60-70 мл за одно кормление. Прибавка в массе на первый месяц составила 200г. При посещении поликлиники выявлено увеличение размеров головы, и для обследования ребенок был госпитализирован.

При поступлении состояние тяжелое. Кожа бледно-розовая, сухая. Питание понижено, подкожно-жировой слой источен. Голова гидроцефальной формы. Окружность головы – 40 см., грудной клетки – 34 см., саггитальный шов открыт на 1 см., венечный – на 0,2 см., большой родничок 4х4 см, выполнен, малый родничок – 0,5х0,5 см. Выражен симптом Грефе, горизонтальный нистагм. Преобладает тонус разгибателей. Печень выступает из-под реберного края на 2,5 см, селезенка – на 1 см.

Исследование спинномозговой жидкости: прозрачность – мутная, белок –1660 г/л, цитоз – 32 в 3 мкл: нейтрофилы – 5%, лимфоциты – 27%.

РСК с токсоплазменным антигеном: у ребенка – 1:64, у матери – 1:192.

Задание:

1. О каком заболевании можно думать в данном случае?

2. Какое дополнительное обследование следует провести для уточнения диагноза? Возможные результаты?
3 .Оцените результаты исследования ликвора?
4. Каковы принципы лечения данного заболевания?

Задача №3

Девочка Д, 13 дней, находится в отделении патологии новорожденных.

Из анамнеза известно, что ребенок от матери 24 лет, страдающей генитальным герпесом. Беременность первая, протекала с обострением герпеса в 36-37 недель гестации. Роды срочные, в головном предлежании. 1 период – 7 часов, 2-й – 25 минут, безводный промежуток – 12 часов. Околоводные воды светлые. Оценка по шкале Апгар 7/8 баллов. Масса тела при рождении 2950 гр., длина тела 51 см, окружность головы – 35 см, грудной клетки – 32 см. В периоде ранней неонатальной адаптации отмечались повышенная возбудимость, крупноразмашистый тремор рук, расхождение сагиттального шва на 0,3 см, большой родничок 2х2, малый 0,3х0,3. На 3 день жизни появилась желтуха с тенденцией к нарастанию, в связи с чем на 5-й день жизни в состоянии средней тяжести ребенок переведен в стационар.

На 13 день жизни на туловище, конечностях, слизистой рта появились везикулярные высыпания с плотной покрышкой и прозрачным содержимым. Через 3 дня состояние ухудшилось до тяжелого, отмечался подъем температуры до 38,3°С, гиперестезия, клонико-тонические судороги.

Общий анализ крови на 6-й день жизни: Эр. - 4,6х 10^{12}/л, Hb - 172г/л, Ц.п.- 0,94, Тромб.- 310,0х10^{9}/л, Лейк. - 10,0х10^{9}/л, п/я-1%, с-30%, л- 54%, м-15%, СОЭ-2 мм/час.

Биохимический анализ крови: общий белок – 60,0 г/л, билирубин: общий –310 мкмоль/л, непрямой – 298 мкмоль/л, прямой – 12мкмоль/л, мочевина – 4,2 ммоль/л, холестерин – 3,6ммоль/л, калий – 5,1 ммоль/л, натрий –141 ммоль/л.

Исследование спинномозговой жидкости на 12 день жизни: прозрачность –мутная, белок – 1650 г/л, реакция Панди +++, цитоз – 350 в 3мкл: нейтрофилы –25%, лимфоциты –75%.

Задание:

1**.** О каком заболевании с большей вероятностью можно думать в данном случае?
2. Какое дополнительное обследование следует провести для уточнения диагноза?
3. Оцените результаты общего анализа крови, исследования ликвора?
4. Оцените результат биохимического анализа крови. Чем могут быть обусловлены выявленные изменения?
5. Какова лечебная тактика в этом случае?

Занятие по теме: "Острая ревматическая лихорадка»

I. Научно-методическое обоснование темы.

По данным ВОЗ, около 30% всех заболеваний взрослых приходится на группу ревматических болезней, каждый 10-й инвалид страдает одной из этих болезней. Болезни этой группы нередко начинаются в детском и юношеском возрасте, трудны для ранней диагностики, протекают тяжелее, чем у взрослых. Ранняя диагностика этих заболеваний и соответствующая терапия имеют принципиальное значение для прогноза болезни и жизнибольного.

II. Цель деятельности студентов.

Студент должен знать:

- основные вопросы этиологии и патогенеза ревматизма, предрасполагающие факторы, ведущие к нарушению иммуногенеза;
- морфологические изменения соединительной ткани при ревматизме;
- особенности течения ревматизма у детей;
- клинические, лабораторные и инструментально-графические диагностические критерии ревматизма;
- классификация ревматизма;

- основные принципы лечения и профилактики ревматизма у детей.

Студент должен уметь:

- целенаправленно собрать анамнез и провести объективное обследование ребенка;
- выявить диагностические и дифференциально-диагностические критерии, а такжевозможные этиологические и патогенетические механизмы заболевания;
- провести дифференциальный диагноз ревматизма с инфекционно-аллергическим миокардитом, септическим эндокардитом, ревматоидным артритом;
- поставить диагноз согласно существующей классификации, установить степеньактивности и степень недостаточности кровообращения;
- составить план лечебных и профилактических мероприятий (первичных и вторичных).

III. Содержание обучения:

Этиопатогенез ревматизма. Особенности ревматизма у детей.

1. Основные патоморфологические изменения при ревматизме.
2. Клинические проявления и диагностические критерии ревматизма (основные, дополнительные).
3. Классификация ревматизма.
4. Клинические признаки ревматических пороков сердца (недостаточность митрального клапана, стеноз атриовентрикулярного отверстия, недостаточность аортального клапана и др.).
5. Характеристика и исход затяжного и острого течения ревматизма.
6. Диагностические критерии степеней недостаточности кровообращения.
7. Клинические и лабораторные, морфологические показатели активности ревматического процесса.
8. Лечебные мероприятия при ревматизме различной степени активности.
9. Лечение недостаточности кровообращения. Проведение лечебных мероприятий при недостаточности кровообращения у детей I, II, III ст.

Дифференциальный диагноз ревматического кардита и неспецифических кардитов, септического эндокардита, врожденных пороков сердца, функциональных расстройств сердечной

10. Основные патоморфологические изменения при ревматизме.
11. Клинические проявления и диагностические критерии ревматизма (основные, дополнительные).
12. Классификация ревматизма.
13. Клинические признаки ревматических пороков сердца (недостаточность митрального клапана, стеноз атриовентрикулярного отверстия, недостаточность аортального клапана и др.).
14. Характеристика и исход затяжного и острого течения ревматизма.
15. Диагностические критерии степеней недостаточности кровообращения.
16. Клинические и лабораторные, морфологические показатели активности ревматического процесса.
17. Лечебные мероприятия при ревматизме различной степени активности.
18. Лечение недостаточности кровообращения. Проведение лечебных мероприятий при недостаточности кровообращения у детей I, II, III ст.
19. Дифференциальный диагноз ревматического кардита и неспецифических кардитов, септического эндокардита, врожденных пороков сердца, функциональных расстройств сердечной деятельности.

IV. Учебно-материальное обеспечение.

1. Наглядные пособия: таблицы, схемы, мультимедийные презентации, видеофильмы, аудиограммы.
2. Учебная медицинская документация (истории болезни, лабораторные исследования, рентгенограммы).
3. Технические средства обучения.
4. Литература.

V. Список рекомендуемой литературы.

1. Детские болезни: учебник / под ред. А.А.Баранова. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. –1008 с.
2. Педиатрия: Учебник для медицинских вузов. Под ред. Н.П. Шабалова. – СПб:СпецЛит, 2006. – 895 с.
3. Пропедевтика детских болезней / Н.А. Геппе. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. – 464 с.
4. Шабалов Н.П. Неонатология: Учебное пособие. – М.: МЕДпресс-информ, 2009.
5. Лекции по педиатрии. Пособие для студентов медицинских вузов п/ред. М.В. Эрман. – СПб "Фолиант", 2001. – 480 с.
6. Лекции по педиатрии.
7. Методические указания для внеаудиторной работы студентов 5 курса лечебногофакультета по дисциплине "Педиатрия".

VI. Перечень вопросов для проверки исходного уровня знаний:

1. Назовите АФО органов кровообращения у детей.
2. Определите границы сердца у детей разных возрастных групп.
3. Каковы особенности иммунитета и неспецифической реактивности у детей.
4. Представьте схему этиопатогенеза ревматизма.
5. Перечислите основные патоморфологические изменения при ревматизме.

VII. Перечень вопросов для проверки конечного уровня знаний:

1. Особенности ревматизма у детей.
2. Назовите диагностические критерии ревматизма (основные, дополнительные).
3. Классификация ревматизма.
4. Назовите клинические признаки ревматических пороков развития сердца (недостаточность митрального клапана, стеноз атриовентрикулярного отверстия, недостаточность аортального клапана и др.).
5. Характеристика и исход затяжного и острого течения ревматизма.
6. Назовите симптомы выпота в полость перикарда.

7. Диагностические критерии степеней недостаточности кровообращения.

8. Клинические и лабораторные, морфологические показатели активности ревматического процесса.

9. Назвать лечебные мероприятия при ревматизме различной степени активности. Сердечные гликозиды, дозировки в детском возрасте и симптомы начального токсическогодействия.

10. Лечение недостаточности кровообращения. Проведение лечебных мероприятий при недостаточности кровообращения у детей I, II, III ст.

11. Дифференциальный диагноз ревматического кардита и неспецифических кардитов, септического эндокардита, врожденных пороков сердца, функциональных расстройств сердечной деятельности.

12. Признаки ревматического полиартрита у детей (клинические, лабораторные).

13. Назовите симптомы и применяемые пробы ранней диагностики хореи.

14. Перечислите клинические и инструментально-графические признаки кардита.

15. Назовите формы поражения кожи при ревматизме.

16. План лечебных мероприятий: при остром, затяжном, непрерывном рецидивирующем течении ревматизма у детей.

Блок информации.

ОСТРАЯ РЕВМАТИЧЕСКАЯ ЛИХОРАДКА

ОРЛ – одна из актуальных проблем клинической медицины вообще и педиатрии в частности, в которой переплетаются интересы кардиологов, иммунологов, хирургов и т.д. Начавшись в детстве, ревматизм увеличивает число нетрудоспособных среди взрослого населения.

Этиология и патогенез.

Большинство авторов придают β-гемолитическому стрептококку группы А решающее значение в этиологии ревматизма. В пользу стрептококковой теории свидетельствуют возникновение ревматизма через 2-8 нед. после стрептококковой инфекции, высокие титры антител к стрептококку в крови больных в активной фазе, выделение из крови у 60-75% больных стрептококкового антигена, резкое снижение заболеваемости и рецидивов при бициллинопрофилактике. Рецидивы ревматизма возникают в 2,5 раза чаще у лиц с хроническим тонзиллитом, чем без него. Латентные и хронические формы ревматизма в настоящее время объясняют превращением стрептококка в безоболочечные L-формы; последние обнаруживаются после многолетней бициллинопрофилактики, персистируют в органах и тканях, так как не поддаются фагоцитозу и устойчивы к антибиотикам.

В настоящее время признают значение социально-гигиенических условий, семейно- бытовых контактов, т.е. стрептококкового окружения. Больные ревматизмом являются рассадником стрептококка, у родственников детей, больных ревматизмом чаще бывает хронический тонзиллит, чем в популяции. Ревматизм возникает у лиц с генетической недостаточностью, т.е. это болезнь наследственного предрасположения. Тип наследования полигенный, при котором наряду с генетическими определенную роль играют факторы внешней среды.

Не менее важное значение имеет нарушение иммунного гомеостаза, т.е. ревматизм –клинико-иммунное заболевание. Стрептококк воздействует на организм своими токсинами(стрептолизин-О, ДНК-аза, протеиназа, гиалуронидаза, стрептокиназа), которые обладают свойствами антигена, и к ним вырабатываются антитела (антистрептолизин О, антистрептогиалуронидаза и др.). У сенсибилизированных детей с хроническим тонзиллитом новое обострение стрептококковой инфекции приводит к накоплению в повышенном количестве иммунных комплексов (стрептококковый антиген+антитело+комплемент). Циркулируя в сосудистой системе, они фиксируются в стенке сосудов микроциркуляторного русла и повреждают их. Последнее облегчает поступление антигенов и белков в соединительную ткань, способствуя ее деструкции (аллергические реакции немедленного типа). Из-за общности антигенного строения стрептококка и соединительной ткани сердца (феномен молекулярной мимикрии) иммунные реакции в оболочках сердца повреждают их с образованием аутоантигенов и аутоантител. Аутоантигены обладают высокой специфичностью и большим разрушительным действием на эндомиокард, чем один стрептококковый антиген. Аутоантитела при ревматизме называются антикардиальными антителами (АКА). Иммуннокомплексная реакция приводит к хроническому воспалению сердца.

При ревматизме страдает и клеточный иммунитет, при этом образуется клон сенсибилизированных лимфоцитов-киллеров, несущих на себе фиксированные антитела к сердечной мышце и эндокарду и повреждающих их (аллергические реакции замедленного типа). Выявлено достоверное повышение числа В-лимфоцитов, Т-лимфоцитов и Т- хелперных индукторных клеток (CD4), уменьшение процента Т-супрессорных клеток (CD8), что свидетельствует об иммунорегуляторном дефиците.

Клиническая патоморфология.

При ревматизме особое значение приобретает поражение микроциркуляторного русла (васкулит), его соединительнотканных структур (дезорганизация), вслед за чем, развертываются патологические реакции в соединительной ткани сердца, легких, печени, суставов, ЦНС и других органов с последующим вовлечением паренхиматозных элементов.

А.И. Струков выделил 4 стадии дезорганизации соединительной ткани:

1) мукоидное набухание,

2) фибриноидное набухание,

3) гранулематозная,

4) склеротическая.

Для клиницистов важно выделение стадии мукоидного набухания, поскольку прирано начатом лечении возможно обратное развитие патологического процесса.

При фибриноидном набухании происходит более глубокая деструкциясоединительной ткани, и, следовательно, вероятность обратного развития меньше. Обе стадии всегда свидетельствуют об активном ревматическом процессе и морфологически выражаются неспецифическим экссудативным компонентом, что наиболее характерно для детского организма. Со степенью развития неспецифического экссудативного компонента связана тяжесть клинических проявлений ревматизма (миокардит, полисерозиты, хорея). Ашоф-Талалаевские гранулемы обнаруживаются в пристеночном и клапанном эндокарде, перикарде, стенках сосудов и соединительнотканных образованиях других органов. Цикл развития гранулемы – 3-4 мес. Локализованная преимущественно в сердце гранулематозная реакция соответствует в клинике латентному течению ревматизма.

Классификация.

Наиболее удобной в повседневной практике врача является классификация ревматизма, принятая на симпозиуме Всесоюзного научного общества ревматологов в 1964 г., позволяющая оценить все возможные проявления ревматизма. Активная фаза определяется активностью (максимальная, умеренная, минимальная). О неактивной фазе можно говорить не ранее чем через 6 месяцев после исчезновения клинических и лабораторных признаков активности процесса, так как морфологические изменения сохраняются значительно дольше, чем клинико-лабораторные.

Течение определяется реактивностью больного, учитываются особенности начала и течения заболевания, его продолжительность.

– *острое:* яркие, бурные клинические проявления, полисиндромность, лабораторные показатели отражают высокую активность процесса, положительная динамика заболеванияв течение 2-3 мес., порок сердца формируется реже, такое течение встречается чаще при первичном ревматизме;

– *подострое:* развитие клинических симптомов медленнее, меньше наклонность к полисиндромности, длительность заболевания 2-6 мес., менее выражен эффектантиревматической терапии, чаще формируется порок сердца;

– *затяжно-вялое*: торпидное течение, заболевание длится более 4-6 мес., без выраженных обострений, но и без полных ремиссий. Как правило, это ревмокардит с умеренной или минимальной активностью, часто формируется порок сердца, несмотря на проводимое лечение.

– непрерывно-рецидивирующее: наиболее тяжелое течение, встречается чаще у детей старшего возраста и характеризуется яркими обострениями, полисиндромностью; под влиянием лечения наступает неполная ремиссия с последующим ухудшением;

– латентное – нет, и не было в прошлом активной фазы, отсутствует ревматический анамнез, сразу определяется порок сердца, чаще недостаточность митрального клапана.

РАБОЧАЯ КЛАССИФИКАЦИЯ РЕВМАТИЗМА

Фаза	**Клинико-анатомическая характеристика поражения**		***Течение***	***НК***
	Сердца	***Других систем и органов***		
Активная ***Активность*** I, II, III степени	а) ревмокардит первичный;б) ревмокардит возвратный(без порока клапанов, с пороками клапанов); в) ревматизм без явныхизменений	Полиартрит, серозиты (плеврит, перитонит, абдоминальный синдром),хорея, энцефалит, менингоэнцефалит,церебральные васкулиты, нефрит, гепатит, пневмония, поражения кожи,ирит, иридоциклит, тиреоидит	Острое, подострое, затяжно-вялое, непрерывно-рецидивирующее, латентное	H_0- нет H_1- I ст. HII-II ст. HIII-III ст.
Неактивная	а) порок сердца (какой);б) миокардиосклероз ревматический	Последствия и остаточные явления перенесенных внесердечных поражений		

ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ РЕВМАТИЗМАКИСЕЛЯ-ДЖОНСА-НЕСТЕРОВА

Основные	***Дополнительные***
Кардит Полиартрит Хорея Ревматические узелки Анулярная сыпь Связь с перенесенными стрептококковыми заболеваниями • Эффективность антиревматической терапии	Лихорадка Артралгии Лейкоцитоз, увеличение СОЭ Удлинение интервала Р-Р на ЭКГ • Серологические и биохимические показатели • Повышенная проницаемостькапилляров • Утомляемость, боли в животе, носовые кровотечения

Ряд авторов считают, что диагноз ревматизма вероятен при двух основных или одном основном и двух дополнительных критериях. Лабораторные показатели остаются неспецифичными, отражая тяжесть любого инфекционного процесса.

ПЕРВИЧНЫЙ РЕВМАТИЗМ

Первичному ревматизму свойственно острое или подострое течение. Через 2-3 нед. после носоглоточной инфекции (ОРВИ, ангина, фарингит), реже без нее появляются первые симптомы ревматизма. Этот этап можно называть периодом предвестников, так какпосле ангины остаются вялость, недомогание, жалобы на головную боль, повышенную утомляемость, плохое усвоение учебного материала, потливость, носовые кровотечения, сохраняется субфебрилитет. К начальным проявлениям ревматизма у детей следует отнести внезапный подъем температуры, симптомы интоксикации, артралгии или полиартрит. Изменения суставов встречаются у 1/2 - 1/3 больных первичным ревматизмом. Выраженность этого признака дала основание врачам прошлых лет называть заболевание "острым суставным ревматизмом". При ревматическом полиартрите поражаются в основном крупные и средние суставы (коленные, голеностопные, локтевые), обычно симметричные. Поражение летучее, мигрирующее – за 1-7 дней охватываются разные суставы, реже изменен один сустав. Суставы опухшие, их контуры сглажены,пассивные и активные движения резко ограничены, кожа над ними гиперемирована, на ощупь они горячие. Однако, несмотря на остроту поражения, обусловленного серозным

воспалением, под влиянием лечения суставной синдром быстро исчезает, все изменения проходят бесследно. Повышенная температура держится 3-5 дней, она нормализуется вместе с угасанием суставного синдрома.

Одновременно с поражением суставов выявляются и становятся ведущими признаки ревмокардита. При ревмокардите в процесс вовлекаются три области, и в зависимости от преобладания тех или иных клинических симптомов можно говорить о преимущественном вовлечении одной из них, но не об изолированном эндокардите, миокардите и перикардите. Тяжесть клинических проявлений определяется поражением миокарда. Миокардит может быть более или менее диффузным, что зависит от неспецифического экссудативного компонента.

При ярко выраженном миокардите отмечаются тяжелое общее состояние детей, бледность кожных покровов, одышка, боли в области сердца, сердцебиение. Верхушечный толчок ослаблен, границы сердечной тупости расширены, больше влево, тоны приглушены, часто бывает брадикардия до 50-60 в 1 мин. или тахикардия, редко выслушивается аритмия в виде экстрасистолии.

Систолический шум при ревматическом миокардите может быть различным. Это мягкий, негрубый шум с максимумом в 5-ой точке и на верхушке, без зоны проведения (шум дисфункции, гипотонии папиллярных мышц) или "шум выброса" на основании сердца, связанный с изменением скорости кровотока, давления в легочной артерии, изменением вязкости крови, увеличением ее объема, компенсаторным нарастанием силы сокращений миокарда желудочков. Интенсивность таких шумов уменьшается при переходе в вертикальное положение или при физической нагрузке. На ФКГ эти шумы отличаются от органических тем, что они не связаны с 1 тоном, меняют свою форму и амплитуду в разных кардиоциклах. Возможен и шум относительной недостаточности МК.

В диагностике миокардита большое значение имеет динамичность аускультативных симптомов на фоне лечения.

Диффузному поражению миокарда в клинической картине может сопутствовать сердечная недостаточность в виде одышки, тахикардии, увеличения печени.

На ЭКГ возможны следующие изменения:

а) нарушение ритмической деятельности в виде тахи- или брадикардии, миграции водителя ритма, атриовентрикулярной диссоциации, реже – экстрасистолия;

б) нарушение атриовентрикулярной проводимости в виде удлинения интервала Р-Р, которое возникает у 10-30% больных ревматизмом;

Причиной этого феномена может быть повышенная лабильность вегетативной нервной системы с ваготонией (быстро переходящее удлинение Р-Q) или поражение воспалительным процессом атриовентрикулярного соединения (держится более длительно).

в) изменения зубца Т незначительны при умеренно выраженном миокардите, при этом он может быть несколько сглаженным или высоким, заостренным (ваготония) в левых грудных отведениях.

На фоне лечения отмечается положительная динамика.

г) Снижение вольтажа комплексов QRS встречается нечасто и свидетельствует о тяжести процесса.

На ФКГ можно обнаружить:

а) уменьшение амплитуды 1 тона на верхушке, что может быть связано как с поражением миокарда, так и с удлинением интервала Р-Р;

б) увеличение амплитуды 3 и 4 тонов;

в) функциональный или органический систолический шум (связан с 1 тоном, среднечастотный).

Рентгенологическое обследование информативно при ярко или умеренно выраженном кардите (увеличение полости левого желудочка, снижение амплитуды пульсации его миокарда) и не имеет диагностического значения при малой активности.

При недостаточности митрального клапана выслушиваются ослабленный 1 тон, грубый, дующий систолический шум с максимумом на верхушке сердца, начинается одновременно с 1 тоном, хорошо проводится в левую подмышечную область, а нередко и на спину; мелодия шума незначительно меняется при переходе в положение стоя. На ФКГ это высокочастотный шум на верхушке сердца, занимает 2/3 систолы или всю систолу, имеет различную амплитуду, убывающий, реже лентообразный, связан с 1 тоном. При значительной митральной регургитации на верхушке сердца выслушивается мезодиастолический шум, связанный с относительным стенозом МК; во время диастолы в левый желудочек из левого предсердия возвращается большой объем крови, равный поступившему в норме по легочным венам, и дополнительный объем из-за недостаточности МК; это вызывает несоответствие размеров антриовентрикулярного кольца количеству протекающей крови. На ЭКГ могут быть признаки повышенной биоэлектрической активности миокарда левого желудочка.

У многих больных при рентгенологическом исследовании определяется сердце митральной конфигурации с увеличением обеих левых сердечных камер 1-2 степени, характерна динамичность этих изменений на фоне лечения.

При поражении аортального клапана выслушивается льющийся протодиастолический шум вдоль левого края грудины, максимально в третьем-четвертом межреберье слева. На ФКГ шум связан со 2 тоном, имеет затухающую форму, занимает всю диастолу или 2/3 ее. На рентгенограмме возможна аортальная конфигурация сердечной тени.

Клинически при ревмокардите реже всего в воспалительный процесс вовлекается перикард. Перикардит свидетельствует о панкардите. Как правило, перикардит сочетается с вовлечением плевры. Клинически появляются жалобы на резкие боли в области сердца, сухой и навязчивый кашель, дети занимают в постели вынужденное сидячее положение с наклоном вперед. При сухом фибринозном перикардите над всей областью сердца или над каким-либо одним участком выслушивается шум трения перикарда, напоминающий хруст снега (шум выслушивается в систолу и диастолу, не связан с тонами сердца). Он может быть непостоянным, выслушиваться всего несколько часов, исчезать и вновь появляться.

При накоплении выпота в полости перикарда наблюдается:

а) исчезновение или уменьшение ранее отмечавшейся пульсации в области сердца и шума трения

перикарда;

б) быстрое увеличение сердца;

в) сближение границ относительной и абсолютной тупости;

г) изменение конфигурации сердечной тени в виде трапеции на рентгенограмме;

д) снижение вольтажа комплексов QRS, подъем выше изолинии сегмента QT с деформацией зубца Т на ЭКГ.

Одновременно нарастает тяжесть состояния, появляются набухание шейных вен, одышка, больной занимает вынужденное положение. Могут быть боли в животе, отеки, печень становится большой, плотной, болезненной. Серозный экссудат, сопровождающий наиболее острые формы ревматизма, обычно не бывает обильным и быстро рассасывается. Фибринозный экссудат рассасывается медленно, подвергаясь организации (облитерация полости). Обнаружение на рентгенограммах нечеткости, неровности, деформации контуров тени сердца и диафрагмы у 40% больных первичным ревмокардитом свидетельствует о раннем вовлечении в процесс серозных оболочек, которое клинически своевременно не распознается.

Помимо поражения сердца и суставов, при ревматизме в процесс вовлекается **ЦНС** (хорея, менингоэнцефалит, энцефалопатия, нейроревматизм). У детей наиболее часто встречается хорея Сиденгама (в 11-13% случаев первичного ревматизма). Обычно болеют дети 5-10 лет.

При объективном исследовании можно установить **типичную триаду симптомов**:

1) *непроизвольные дистальные размашистые гиперкинезы;*
2) *мышечная гипотония;*
3) *расстройство координации движений.*

Одновременно бывают проявления вегетативной дисфункции и психопатологические черты. В неврологическом статусе отмечаются повышение сухожильных рефлексов, особенно коленных (положительный рефлекс Гордона), симптом Черни (западение передней стенки живота во время выдоха), неустойчивость в позе Ромберга (простой и усложненной), отрицательные пальценосовая, пяточно-коленная пробы, положительные симптомы "дряблых плеч", "глаз и язык Филатова" (больной не может долго держать глаза плотно зажмуренными, отмечается подергивание высунутого языка) и др.

Обратное развитие симптомов наступает в течение 1,5-3 мес. Хорея рецидивирует, ина ее фоне часто формируется порок сердца. Вместе с тем хореические явления проходят бесследно, но может длительно сохраняться астенический синдром.

К более редким симптомам ревматизма относятся аннулярная сыпь и ревматические узелки. Аннулярная сыпь при ревматизме представляет собой округлые розовато-красные пятна, в центре бледные и располагаются чаще на боковых поверхностях грудной клетки, живота, внутренней поверхности плеч, бедер, шее, спине. Сыпь появляется нередко в самом начале заболевания, держится недолго (поэтому часто пропускается), исчезает бесследно (без пигментации и шелушения). Она встречается и при других состояниях (хронический тонзиллит, ОРВИ), поэтому диагностическая ценность этого признаки невелика, он имеет значение только в сочетании с другими симптомами ревматизма.

Еще реже в настоящее время можно увидеть ревматические узелки, которые раньше обнаруживались при тяжелом, непрерывно-рецидивирующем течении ревматизма. Узелки представляют собой округлые плотные, единичные или множественные, безболезненные образования размером 2-8 мм., располагающиеся в области сухожилий, апоневрозов, сохраняющиеся от нескольких дней до нескольких месяцев.

Иногда ревматизм начинается с абдоминального синдрома. Абдоминальный синдром является результатом остро возникшего серозного воспаления брюшины (васкулит) с последующим асептическим экссудативным перитонитом, реже он обусловлен иррадиацией болей с органов грудной полости (плеврит, перикардит) или связан с растяжением капсулы печени (ревматический гепатит, застойная печень). Абдоминальный синдром бесследно проходит в течение нескольких часов или дней на фоне антиревматической терапии.

Другой редкой формой ревматического полисерозита является плеврит (сухой иэкссудативный). Плеврит часто сочетается с перикардитом, обычно нетяжелый и быстро проходит при лечении. Такую же положительную динамику претерпевает и ревматическая пневмония, интерстициальная по характеру.

Поражение почек при ревматизме выражается мочевым синдромом: умеренная протеинурия, лейкоцитурия, реже эритроцитурия. Эти изменения доброкачественные и обусловлены вовлечением в процесс тубулоинтерстициальной ткани. Крайне редко возникает ревматический нефрит.

Помимо клинических признаков, отмечаются и характерные изменения лабораторных показателей. При активном ревматическом процессе СОЭ составляет более

30 мм/ч, но довольно быстро снижается на фоне гормонотерапии. В формуле крови отмечается сдвиг влево (повышение количества палочкоядерных нейтрофилов). Количество лейкоцитов может быть повышено. Содержание гемоглобина и цветовой показатель снижены. В анализах мочи количество эритроцитов может составлять 10-12 и в редких случаях 50-80 в поле зрения (нефрит); количество белка, теряемое с мочой, как правило, незначительное и соответствует тяжести ревматической инфекции, возможно умеренная лейкоцитурия. Иммунобиохимические анализы крови: повышение титра АСЛ- О, АСК, АСН (норма 1:250-500), показателей дифениламиновой реакции (норма до 0.210 ед. оптической плотности), серомукоида (норма до 0,180 ед.), обнаружение С-реактивного белка (в норме отсутствует), повышенным оказывается уровень фибриногена (в норме до 9,2 мкмоль/л) при снижении фибринолитической активности крови. Изменения белковых фракций: активному ревматическому процессу свойственны снижение альбуминов, увеличение α2- и β-глобулинов.

ВОЗВРАТНЫЙ РЕВМАТИЗМ

Об обострении ревматизма свидетельствуют вновь появившиеся признаки интоксикации, подъем температуры или субфебрилитет, суставной синдром (могут быть как артралгии, так и полиартрит), могут рецидивировать симптомы хореи, аннулярная сыпь. С каждой новой атакой ревматизма экстракардиальные проявления будут становиться менее яркими, но все они свидетельствуют об активизации процесса. Повторной можно считать атаку, возникшую не ранее, чем через 10-12 мес. При обострении в более ранние сроки на фоне неполной ремиссии ревматизм нужно считать непрерывно-рецидивирующим.

Решающее значение при возвратном ревматизме приобретают изменения сердца: расширение границ относительной сердечной тупости, нарастание глухости тонов сердца, появление новых органических шумов или усиление уже имеющихся.

В результате повторных атак ревматизма у детей формируются пороки сердца. Если после первой атаки порок обнаруживается только у 14-18% больных, то после второй, третьей – у 100%. Рецидивирующий кардит без формирования порока сердца долженпоставить диагноз ревматизма под сомнение.

Пороки сердца следует разделить на простые (изолированные поражения одного клапана), сочетанные (стеноз и недостаточность одного клапана) и комбинированные (2 и3 клапанов). По частоте вовлечения на первом месте стоит митральный клапан, на втором

– аортальный, на третьем – их комбинация, затем – пороки трехстворчатого клапана (чаще с поражением митрального или аортального клапанов, реже возникает изолированно), редко поражаются клапаны легочной артерии. При возвратном ревмокардите тяжесть заболевания будет определяться не только активностью процесса, но и выраженностью клапанной деформации. Последняя может быть 1 степени (незначительная), 2 степени (умеренная) и 3 степени (резкая).

Лечение.

Современная ревматология достигла бесспорных успехов в лечении РЛ. Большой заслугой отечественных исследователей явилась разработка методов комплексного этапного лечения, основанного на знании важнейших этиопатогенетических особенностей этого заболевания и предусматривающего:

- лечение острого периода болезни в стационаре;
- долечивание в местном ревматологическом санатории;
- диспансерное наблюдение в кардиоревматологическом кабинете поликлиники.Эта система выдержала испытание временем и сохраняется до сих пор.

Современный врач располагает мощным арсеналом антиревматических средств, которые назначают с первого дня установления диагноза РЛ.

Принимая во внимание отчетливый противовоспалительный и гипосенсибилизируюший эффект стероидных гормонов, педиатры единодушно приходят кзаключению о том, что кортикостероиды и

в современных условиях показаны детям при РЛ с отчетливым компонентом воспаления, т. е. при ярко и умеренно выраженном кардите, при максимальной или умеренной степени активности процесса, при остром и реже – подостром течении заболевания.

При минимальной степени активности или латентном течении РЛ гормональныепрепараты не обладают выраженной терапевтической активностью. При этих формахболее обосновано применение нестероидных противовоспалительных препаратов (НПВП).Учитывая стрептококковую этиологию РЛ, остается в силе принцип одновременного назначения с гормонами 10-14-дневного курса пенициллина или егоаналогов. При наличии множественных и часто обостряющихся очагов инфекции курс пенициллинотерапии удлиняется, а по показаниям, больных уже в стационаре переводят на лечение бициллином.

Наряду с ярким положительным эффектом стероидных гормонов многие авторы отмечают их побочное действие. Клинические признаки нежелательного влияния кортикостероидов разнообразны и выражаются транзиторным повышением артериального давления, избыточным отложением жира, гипертрихозом, нарушением менструальногоцикла, изменениями кожи (сухость, угри, пигментные пятна и др.), функций нервной системы и желудочно-кишечного тракта и т. д.

В терапии первичного ревмокардита с поражением клапанного аппарата, а также затяжных форм РЛ до настоящего времени широко применяют препараты хинолинового ряда: делагил, плаквенил и др.

В последние два десятилетия в связи с изменившимся течением РЛ при ее лечении все шире используют только нестероидные противовоспалительные препараты. Одним из первых при этом заболевании стали применять индометацин.

В последнее десятилетие при РЛ широко используются диклофенак натрия (вольтарен, бетарен и др.). Назначают из расчета 2-3 мг/кг массы тела в сутки. Курс лечения – 1-1,5 мес. Бруфен (ибупрофен) применяют при РЛ у детей в суточной дозе 600- 800 мг. в течение длительного времени.

Исследования терапевтической активности различных антиревматических средств позволили установить, что нестероидные противовоспалительные препараты при РЛ удетей в отличие от взрослых заметно уступают гормональной терапии, особенно при наличии кардита различной степени выраженности. Однако этот вопрос широко дискутируется.

При тяжелых формах заболевания, протекающих с панкардитом и полисерозитом, может быть использована пульс-терапия метилпреднизолоном.

Вторым важным этапом комплексного восстановительного лечения больных РЛ по- прежнему следует считать местный ревматологический санаторий. Его задача заключается в том, чтобы путем применения соответствующего лечебно-двигательного режима и ряда терапевтических и профилактических мероприятий добиться окончательного стихания активности и полной компенсации ревматического процесса, а также восстановления функциональной способности сердечно-сосудистой системы.

Третьим компонентом реабилитационной терапии является диспансерное наблюдение за детьми, перенесшими ревмокардит. Оно включает регулярный осмотр пациента, продолжение (при необходимости) противовоспалительного лечения, назначение общеоздоровительных мероприятий, закаливающих процедур, дозированной физкультуры, проведения вторичной профилактики рецидивов заболевания.

Профилактика.

Опираясь на теоретические концепции возникновения РЛ, многолетний опыт ревматологов, существующие методические инструкции, а также рекомендации ВОЗ (1989), была разработана программа предупреждения РЛ и борьбы с рецидивамизаболевания, т. е. первичная и вторичная профилактика.

Первичная профилактика по-прежнему охватывает два этапа:

1. *Меры общего плана.*
2. *Борьбу со стрептококковой инфекцией.*

1. *Меры общего плана*, предусматривающие укрепление здоровья детей и подростков:

- обеспечение правильного физического развития ребенка;
- закаливание с первых месяцев жизни;
- полноценное витаминизированное питание;

- максимальное использование свежего воздуха;
- рациональная физкультура и спорт;
- борьба со скученностью в жилищах, школах, детских учреждениях;
- выполнение широкого комплекса санитарно-гигиенических правил.

2. *Меры по борьбе со стрептококковой инфекцией*:

- ранняя диагностика;
- правильное лечение инфекций верхних дыхательных путей, вызванных стрептококком группы А.

Высокоэффективным препаратом выбора при стрептококковой инфекции (ангина, обострение хронического тонзиллита, скарлатина) остается пенициллин. Его назначают по 750 000 ЕД/сут. дошкольникам, по 1 000 000 – 1 500 000 Ед/сут. пациентам школьного возраста в течение 10-14 дней или 5 первых дней с последующим введением бициллина-5в дозе 750 000 – 1 50 000 ЕД/сут. дважды с интервалом 5 дней. При пероральном применении доза феноксиметилпенициллина и его аналогов составляет: оксациллина, ампициллина – 500 000 – 750 000 ЕД/сут. детям дошкольного возраста и 1 000 000 – 1 500
000 Ед/сут. школьного.

Согласно рекомендациям ВОЗ (1989) эффективным препаратом в лечении носоглоточной инфекции является пероральный кислотоустойчивый пенициллин – феноксиметилпенициллин (оспен) в тех же дозах. Оптимальным препаратом из этой группы на сегодняшний день следует считать амоксициллин.

Для пациентов, страдающих аллергией, приемлемой альтернативой являются эритромицин, полусинтетический макролидный антибиотик азитромицин (сумамед) и рокситромицин.

Другие антибиотики широкого спектра действия, например цефалоспорины, также могут эффективно элиминировать стрептококк группы А из верхних дыхательных путей.

Вторичная профилактика, направленная на предупреждение рецидивов и прогрессирования болезни у детей, перенесших РЛ, состоит в регулярном введении бициллина (пенициллина пролонгированного действия), высокая эффективность которого доказана многолетними исследованиями отечественных и зарубежных авторов.

Оптимальной следует считать круглогодичную профилактику, проводимую ежемесячно. Ее назначают всем детям, перенесшим РЛ, в течение последующих 5 лет. Это связано с тем, что наибольшее число рецидивов приходится на первые 5 лет после предшествовавшей атаки. Однако продолжительность вторичной профилактики, составляя не менее 5 лет, для детей, перенесших артрит или хорею без поражения сердца, определяется индивидуально для каждого больного. Так, больным, перенесшим первичную или возвратную РЛ с поражением сердца, особенно при наличии признаков формирующегося или сформированного порока сердца, круглогодичная профилактика должна проводиться вплоть до достижения 18-летнего возраста, а при необходимости и дольше.

Круглогодичную профилактику осуществляют с помощью бициллина-5 в дозе 1 500 000 Ед один раз в 4 нед. детям школьного возраста и подросткам. дошкольникам бициллин-5 вводятся в дозе 750 000 Ед 1 раз в 2 нед.

По рекомендациям ВОЗ пациентам, подверженным высокому риску рецидивирования ревматического процесса, бициллин-5 следует вводить 1 раз в 3 нед. в дозе 1 500 000 Ед школьникам и 1 раз в 10 дней по 750 000 Ед – детям дошкольного возраста. Перспективными антибиотиками пролонгированного действия считаются также бензатина бензилленициллин – **ретарпен** и новый бензатина бензилпенициллин – **экстенциллин**, которые хорошо себя зарекомендовали для вторичной профилактики РЛ у взрослого контингента больных.

Вторичную профилактику можно проводить ежедневным приемом антибиотиков (пенициллина и его аналогов) внутрь.

Помимо указанных выше мер вторичной профилактики, при присоединении острых респираторных инфекций, ангин, фарингита, после тонзилэктомий и других оперативных вмешательств больным РЛ рекомендуется проведение текущей профилактики (10-дневный курс пенициллина).

Схема обследования больного
При сборе анамнеза обратить внимание на:

- родословную больного (наличие ревматических, стрептококковых, аллергических заболеваний в семье и у родственников больного);
- особенности иммунной системы (частота вирусных, бактериальных инфекций, ихтечение, применяемая терапия и реакции на нее, прививки и прививочная реакция);
- аллергическая настроенность;
- хронические очаги инфекции (гайморит, тонзиллит, отит, кариес зубов). Эффективность лечебных мероприятий;
- жилищно-бытовые условия (скученность), режим дня (пребывание на свежем воздухе);
- жалобы, развитие заболевания, длительность отдельных симптомов (лихорадка, еехарактер, суставной синдром и др.)

При объективном осмотре обратить внимание на:

- показатели физического развития, их динамику;
- состояние нервной системы (изменение психики, поведения, характера, состояние черепно-мозговых нервов, сухожильные рефлексы, очаговая симптоматика), вегетативные нарушения;
- поражение сердца (кардит, кардиосклероз: подсчет пульса, измерение АД, аускультативные и перкуторные данные). Диагностика недостаточности кровообращения по показаниям (применение функциональных проб);
- размеры печени, селезенки (как проявление висцерального синдрома, так и недостаточности кровообращения), лимфатические узлы;
- состояние опорно-двигательного аппарата: осмотр, пальпация, объем пассивных и активных движений, количество вовлеченных в процесс суставов, наличие контрактур, анкилозов, периартикулярных изменений, мышц (полимиалгии, миозит, уплотнение), кожи(цвет, эластичность, сухость, тургор, высыпания – характер, длительность).

При оценке параклинических методов исследования обратить внимание на:

- в анализе крови на лейкоцитоз, увеличение СОЭ, диспротеинемию, гиперглобулинемию, гиперальфа-2-глобулинемию, серомукоидов, ДФА, титров стрептококковых антител.
- анализ мочи (суточная протеинурия, проба по Нечипоренко, Аддиса-Каковского, по Зимницкому, клиренса эндогенного креатинина);
- рентгенологическое исследование органов грудной клетки (размеры сердца, расширение границ, признаки перикардита), суставов (остеопороз, остеолиз, разрушение хряща, анкилозы, утолщение и уплощение суставной сумки);
- инструментально-графичесике исследования: ЭКГ – нарушение ритма, проводимости, изменение зубцов; ФКГ – ослабление, раздробленность и деформация комплексов, пан-или протосистолический шум на верхушке, шум трения перикарда; ЭхоКГ – нарушение сократительной способности сердца, состояние клапанного аппарата, размеры полостей сердца и крупных сосудов и др.
- осмотр окулиста, ЛОР-врача, невропатолога и др. специалистов.

Задания для самостоятельной подготовки:

1. Решите ситуационные задачи.
2. Составьте задания тестового контроля по теме.
3. Осмотрите и опишите больного с ревматизмом. Оставьте план обследования.
4. Выпишите в рабочих тетрадях рецепты:

а) бициллин 5 б) азитромицинв) пенициллин г) диклофенак д) преднизолон

Ситуационные задачи.

Задача №1

Мальчик И., 11 лет, поступил в отделение самотеком.

Из анамнеза известно, что 2,5 месяца назад перенес скарлатину (типичная форма, средней степени тяжести). Получал антибактериальную терапию. Через месяц выписан в школу. Тогда же стали отмечать изменения почерка, мальчик стал неусидчивым, снизиласьуспеваемость в школе,

появилась плаксивость. Вскоре мама стала замечать у мальчика подергивания лицевой мускулатуры, неточность движений при одевании и во время еды. Периодически повышалась температура до субфебрильных цифр, катаральных явлений не было. Обратились к врачу, был сделан анализ крови, в котором не выявлено изменений. Был поставлен диагноз: "Грипп, астенический синдром". Получал оксациллин в течение 7 дней, без эффекта. Неврологические расстройства нарастали: усилились проявления гримасничанья, мальчик не мог самостоятельно одеться, иногда требовалась помощь при еде, сохранялась плаксивость и раздражительность, в связи с чем больной был госпитализирован.

При поступлении состояние тяжелое. Мальчик плаксив, раздражителен, быстро устает, отмечается скандированность речи, неточное выполнение координационных проб, мышечная гипотония, гримасничанье. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Область сердца визуально не изменена. Границы сердца: правая – по правому краю грудины, верхняя – по III ребру, левая – на 1 см кнутри от средне-ключичной линии. Тоны сердца умеренно приглушены, выслушивается негрубый систолический шум на верхушке, не проводится, в ортостазе его интенсивность уменьшается. Живот мягкий, доступен пальпации, печень, селезенка не увеличены.

Вопросы:

1. Обоснуйте и сформулируйте предварительный диагноз.
2. Какие обследования следует провести больному.
3. Составьте план лечения.

Задача №2

Мальчик В., 1 года 2 месяцев, поступил в отделение с жалобами на снижение аппетита, рвоту, потерю массы тела, влажный кашель.

Из анамнеза известно, что до 1 года ребенок развивался в соответствии с возрастом, ходит самостоятельно с 10 месяцев. В возрасте 11,5 месяцев перенес острое респираторноезаболевание, сопровождавшееся катаральными явлениями и абдоминальным синдромом (боли в животе, жидкий стул), отмечалась субфебрильная температура. Указанные изменения сохранялись в течение 7 дней.

Через 2-3 недели после выздоровления родители отметили, что ребенок стал быстро уставать при физической нагрузке во время игр, отмечалась одышка. Состояние постепенно ухудшалось: периодически появлялись симптомы беспокойства и влажного кашля в ночные часы, рвота, ухудшился аппетит, мальчик потерял в весе, обращала на себявнимание бледность кожных покровов. Температура не повышалась. Участковым педиатром состояние расценено как проявление железодефицитной анемии, ребенок направлен на госпитализацию для обследования.

При поступлении состояние тяжелое, аппетит снижен, неактивен. Кожные покровы, зев бледно-розовые. Частота дыхания 44 в 1 минуту, в легких выслушиваются единичные влажные хрипы в нижних отделах. Область сердца: визуально – небольшой сердечный левосторонний горб, пальпаторно – верхушечный толчок разлитой, площадь его составляет примерно 8 $см^2$, перкуторно – границы относительной сердечной тупости: правая – по правому краю грудины, левая – по передней подмышечной линии, верхняя – II межреберье, аускультативно – ЧСС - 140 уд/мин, тоны сердца приглушены, в большей степени I тон на верхушке, там же выслушивается негрубого тембра систолический шум, занимающий 1/3 систолы, связанный с I тоном. Живот мягкий, печень + 6 см. по правой средне-ключичной линии, селезенка + 1 см. Мочеиспускание свободное, безболезненное.

Общий анализ крови: Hb - 110 г/л. Эр - 4,l x10^{12}/л, Лейк - 5,0x10^{9}/л, п/я - 2%, с - 56%, л - 40%, м - 2%, СОЭ - 10 мм/час.

ЭКГ: низкий вольтаж комплексов QRS в стандартных отведениях, синусовая тахикардия до 140 в минуту, угол альфа составляет -5°. Признаки перегрузки левого предсердия и левого желудочка. Отрицательные зубцы Т в I, II, aVL,V5, V6 отведениях, RV5<RV6.

Рентгенография грудной клетки в прямой проекции: легочный рисунок усилен. КТИ - 60%.

ЭхоКГ: увеличение полости левого желудочка и левого предсердия, фракция изгнания составляет 40%.

Задание:

1. Обоснуйте и сформулируйте диагноз.
2. Оцените представленные результаты обследования.
3. Какие еще обследования хотели бы Вы провести ребенку?
4. Проведите дифференциальный диагноз.
5. Составьте план лечения данного ребенка.

Задача №3

Больная Р., 9 лет, поступила в стационар с жалобами на длительный субфебрилитет, слабость и утомляемость, плохой аппетит.

Анамнез заболевания: данные жалобы появились после удаления кариозного зуба 4 недели назад. К врачу родители не обращались, проводили лечение самостоятельно жаропонижающими средствами. Однако лихорадка сохранялась, слабость и ухудшение самочувствия нарастали, в связи с чем, ребенок был госпитализирован.

Анамнез жизни: девочка родились от первой нормально протекавшей беременности, срочных родов, в физическом и психомоторном развитии не отставала, В возрасте 1 месяцабыл выслушан систолический шум с punctum maximum в III-IV межреберье слева от грудины. После обследования диагностирован дефект межжелудочковой перегородки небольших размеров, расположенный в мембранозной части субаортально. В дальнейшем самочувствие девочки оставалось хорошим, признаков сердечной недостаточности не наблюдалось, лечения не получала.

При поступлении состояние больной тяжелое, очень бледна, вялая, отмечается одышка в покое до 28 в минуту. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Область сердца визуально не изменена. При пальпации верхушечный толчок разлитой и усиленный, расположен в IV-V межреберье на 2 см. кнаружи от левой средне-ключичной линии. В области III-IV межреберья слева определяется систолическое дрожание, диастолическое дрожание во II-III межреберье слева от грудины. Границы сердца при перкуссии: правая – по правому краю грудины, верхняя – во II межреберье, левая – на 2 см.кнаружи от средне-ключичной линии. При аускультации: в III-IV межреберье слева от грудины выслушивается грубый, скребущего тембра систолический шум, связанный с I тоном и занимающий 3/4 систолы; шум проводится практически надо всей областью

сердца. Во II-III межреберье слева от грудины выслушивается протодиастолический шум, проводящийся вдоль левого края грудины. Во II межреберье слева – акцент II тона. Частота сердечных сокращений 100 уд/мин. АД 115/40 мм. рт. ст. Живот мягкий, доступен глубокой пальпации, печень выступает на 3 см. из-под края реберной дуги по правой средне-ключичной линии.

Общий анализ крови: Эр - 4,lxl0^{12}/л, Hb - 105 г/л, Лейк. – 12,0x10^{9}/л, п/я - 7%, с - 37%, э - 3%, л - 50% м - 3%, СОЭ - 40 мм/час.

Общий анализ мочи: удельный вес -1018, белок - 0,05‰, лейкоциты - 2-3 в п/з, эритроциты - отсутствуют.

ЭКГ: синусовая тахикардия, нормальное положение электрической оси сердца, признаки перегрузки правого и левого желудочков.

Задание:

1. Обоснуйте и сформулируйте предварительный диагноз.
2. Назовите основные клинические критерии данного заболевания, в том числе и не представленные у больной.
3. Какие еще обследования необходимо провести данной больной? Каковы их предполагаемые результаты?
4. Составьте план лечения больного.

Занятие по теме:
"ЮВЕНИЛЬНЫЙ РЕВМАТОИДНЫЙ АРТРИТ".

I. Научно-методическое обоснование темы:

По данным ВОЗ, диффузные заболевания соединительной ткани занимают одно из ведущих мест в структуре заболеваемости у взрослых, каждый 10-й инвалид страдает данной патологией. Болезни этой группы нередко начинаются в детском и юношеском возрасте, трудны для ранней диагностики, протекают тяжелее, чем у взрослых. Ранняя диагностика этих заболеваний и соответствующая терапия имеют принципиальное значение для прогноза болезни и жизни больного.

II. Цель деятельности студентов.

Студент должен знать:

- основные диагностические критерии и особенности течения ювенильного ревматоидного артрита (ЮРА);
- принципы постановки диагноза ЮРА;
- лечение и профилактические мероприятия при ЮРА.

Студент должен уметь:

- решать вопросы диагностики по ведущим клиническим и лабораторным синдромам;
- определить степень активности аутоиммунного процесса, индивидуального прогноза;
- обосновать диагноз;
- составить план лечения;
- наметить профилактические мероприятия, определить прогноз.

III. Содержание обучения:

1. Основные концепции патогенеза диффузных болезней соединительной ткани.
2. Нозологические формы диффузных болезней соединительной ткани.
3. Клинико-морфологические изменения при диффузных болезнях соединительнойткани.
4. Ведущие клинические и лабораторные синдромы при диффузных болезнях соединительной ткани.
5. Принципы терапии и профилактики диффузных болезней соединительной ткани.
6. Дифференциальный диагноз воспалительных заболеваний суставов (ревматических,ЮРА, инфекционно-аллергических).
7. "Большие" и "малые" диагностические критерии ювенильного ревматоидного артрита.

8. Рабочая группировка клинических форм ЮРА в детском возрасте.
9. Принципы лечения ЮРА.
10. Особенности течения диффузных болезней соединительной ткани.
11. Принцип лечения этих заболеваний и профилактика.

IV. Учебно-материальное обеспечение.

1. Наглядные пособия: таблицы, схемы, мультимедийные презентации, видеофильмы, аудиограммы.
2. Учебная медицинская документация (истории болезни, лабораторные исследования, рентгенограммы).
3. Технические средства обучения.
4. Литература.

V. Список рекомендуемой литературы.

1. Детские болезни: учебник / под ред. А.А.Баранова. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. –1008 с.
2. Педиатрия: Учебник для медицинских вузов. Под ред. Н.П. Шабалова. – СПб:СпецЛит, 2006. – 895 с.
3. Пропедевтика детских болезней / Н.А. Геппе. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. – 464 с.
4. Шабалов Н.П. Неонатология: Учебное пособие. – М.: МЕДпресс-информ, 2009.
5. Лекции по педиатрии. Пособие для студентов медицинских вузов п/ред. М.В. Эрман. – СПб "Фолиант", 2001. – 480 с.
6. Лекции по педиатрии.
7. Методические указания для внеаудиторной работы студентов 5 курса лечебногофакультета по дисциплине "Педиатрия".

VI. Перечень вопросов для проверки исходного уровня знаний:

1. Предрасполагающие факторы в развитии ревматических болезней (ревматизма,СКВ, ЮРА) у детей.
2. Изложите основные концепции патогенеза диффузных болезней соединительнойткани.
3. Дайте определение и назовите нозологические формы диффузных болезней соединительной ткани.

VII. Перечень вопросов для проверки конечного уровня знаний:

1. Назовите клинико-морфологические изменения при склеродермии, системной красной волчанке, дерматомиозите, узелковом периартериите.
2. Определите степень активности аутоиммунного процесса при диффузных болезнях соединительной ткани по ведущим клиническим и лабораторным синдромам.
3. Перечислите дифференциально-диагностические критерии воспалительных заболеваний суставов (ревматических, ЮРА, инфекционно-аллергических).
4. Назовите особенности течения диффузных болезней соединительной ткани в детском возрасте.
5. Определите лечебную тактику при заболеваниях соединительной ткани и меры их профилактики.
6. Назовите "большие" и "малые" диагностические критерии ювенильного ревматоидного артрита.
7. Перечислите основные принципы терапии ЮРА у детей.

Блок информации.

Ювенильный ревматоидный артрит (ЮРА)

представляет собой хроническое воспалительное заболевание суставов с неясной этиологией и сложным патогенезом, приводящее к постепенной деструкции суставов и сочетающееся у ряда больных с выраженными внесуставными проявлениями.

Этиология и патогенез.

ЮРА относится к мультифакториальным, полигенно наследуемым заболеваниям, в развитии которых имеют место не только средовые и инфекционные, но и наследственные факторы, в том числе иммуногенетические. Среди больных ЮРА достоверно чаще, чем в популяции, встречаются антигены А1, А28, В27, В40, DR5.

Клиническая картина.

Клинические проявления ЮРА многообразны и зависят от разных причин: возраста и пола ребенка, факторов, спровоцировавших заболевание, характера дальнейшегоразвития процесса.

В большинстве случаев клиническую картину болезни определяет поражение суставов. Начало заболевания может быть медленным, малозаметным, с появления несильной боли и припухлости в каком-либо одном суставе, чаще коленном или голеностопном. Спустя 2-3 нед. или 1-2 мес. патологический процесс развивается в другом симметричном суставе. Эта симметричность поражения типична для ЮРА. Помимо боли и ограничения подвижности суставов дети испытывают общее недомогание, слабость, у них снижается масса тела, появляется субфебрилитет, СОЭ увеличивается до 20-25 мм/ч. В дальнейшем, при отсутствии своевременной диагностики и адекватной терапии, в процесс могут постепенно вовлекаться и другие суставы – лучезапястные, локтевые, челюстно- височные, мелкие суставы кисти и стопы, суставы шеи. При поражении 2-4 суставов принято говорить об олигоартрите. Вовлечение в процесс 5 суставов и более свидетельствует о развитии полиартрита. Такое подострое течение процесса обычно наблюдается у детей старше 5 лет, преимущественно у школьников. У детей, заболевших ЮРА в раннем возрасте (1-4 года), чаще наблюдается острое начало болезни, сопровождающееся лихорадкой, выраженными артралгиями с вовлечением в процесс сразу 4 суставов и более, в том числе мелких суставов кисти и столы. На фоне лихорадки у них нередко появляются полиморфные высыпания на коже, увеличение периферических лимфатических узлов, печени и селезенки. Больные перестают двигаться, занимают вынужденное положение, обеспечивающее наименьшую болезненность в покое. Это вынужденное положение со временем закрепляется благодаря мышечным контрактурам, и ребенок теряет возможность двигаться и обслуживать себя.

Острое начало ЮРА иногда не сопровождается отчетливым поражением суставов. Ведущими клиническими проявлениями могут быть стойкая интермиттирующая лихорадка с подъемами температуры в утренние часы, полиморфная сыпь и выраженные артралгии, преимущественно в крупных суставах – коленных, голеностопных, тазобедренных. При этом в анализах крови определяется высокий нейтрофильный лейкоцитоз с палочкоядерным сдвигом, значительное увеличение СОЭ (до 60 мм/ч). Отсутствие отчетливых изменений в суставах значительно затрудняет диагностику заболевания. Довольно редко ЮРА протекает в форме моноартрита – чаще всего коленного сустава. Обычно это упорный синовит у девочек первых лет жизни, сопровождающийся поражением глаз – увеитом. У детей 1-2 лет диагностика увеита значительно затруднена из-за отсутствия жалоб у ребенка, что нередко приводит к поздней диагностике – на стадии значительной потери зрения или даже развития слепоты. Рассматривая, последовательно клиническую картину ЮРА, следует, прежде всего, остановиться на особенностях суставного синдрома как основного проявления заболевания.

Внесуставные изменения обычно наблюдаются при тяжелых системных формах ЮРА.

Поражения сердца при ЮРА не являются редкостью. Наиболее часто изменения в сердце наблюдаются у детей с острым началом болезни в сочетании с другими внесуставными изменениями, такими как лихорадка, сыпь, увеличение лимфатическихузлов, печени, селезенки. У этой категории больных в 40-43% случаев (по данным клинико-инструментальных исследований) выявляется миокардит, чаще диффузный. Он имеет весьма типичную клиническую картину: у больного появляются цианоз губ и акроцианоз, тахи-, реже брадикардия, увеличение размеров сердца, разлитая его пульсация, приглушенность тонов, мягкий систолический шум на верхушке. Данные инструментальных методов – ЭКГ и ЭхоКГ – подтверждают клинический диагноз

миокардита. В тяжелых случаях появляются признаки нарушения кровообращения: увеличивается печень, появляется пастозность голеней. Следует отметить, что миокардит быстро поддается комплексному лечению. Эндокард вовлекается в процесс крайне редко, счем связано практически полное отсутствие клапанных пороков сердца у больных с ЮРА. Примерно в 50% случаев поражение миокарда сочетается с перикардиальными изменениями. Однако ревматоидный перикардит может протекать изолированно или на фоне полисерозита – плеврита, серозного перитонита. Такой вариант перикардита нередко наблюдается у детей дошкольного возраста. На фоне адекватной терапии (обычно в течение 7-10 дней) отмечается отчетливая положительная динамика с дальнейшим благоприятным исходом.

Чрезвычайно редко у детей наблюдаются явления коронарита, причем, как правило, эта патология обнаруживается также только при инструментальном исследовании. В процесс вовлекаются мелкие ветви коронарных артерий. При поражении более крупных сосудов появляются клинические симптомы: боль за грудиной, чувство страха. Коронарит,как правило, является одним из признаков генерализованного васкулита и общего злокачественного течения процесса.

Легочные изменения при ЮРА встречаются значительно реже, чем сердечные, в виде изолированного поражения плевры, заращения синусов, плевроперикардиальных спаек, реже встречается сочетание экссудативного плеврита с изменениями в легочнойткани– пневмонитом. Как правило, это односторонний процесс, но может быть идвусторонним. У больного резко нарастает одышка, появляются навязчивый кашель,вначале сухой, а затем влажный, обилие мелкопузырчатых и крепитирующих хрипов внижних отделах легких, чаще справа.

Эти легочно-плевральные изменениясопровождаются другими симптомами активности ЮРА – лихорадкой, сыпью, вовлечением в процесс ретикулогистиоцитарной системы (увеличением периферическихлимфатических узлов, печени, селезенки). Рентгенологически в этот период выявляетсяусиление сосудисто-интерстициального рисунка легких пятнисто-ячеистого характера,"мутный", или "молочный" фон, иногда преходящие очаговоподобные тени.

Поражение почек при ЮРА проявляется обычно мочевым синдромом, причем в зависимости от состава осадка, наличия или отсутствия белка, длительности приема НПВП и базисных препаратов трактовка его может быть разной. По данным морфологов, можно выделить три типа поражения почек:

- гломерулонефрит,
- межуточный нефрит,
- амилоидоз.

Последний является наиболее частым и грозным осложнением ЮРА, стоящим на первом месте среди возможных причин летального исхода. При ЮРА амилоидоз может развиваться у детей в любом возрасте, причем не всегда при длительном течении болезни. Это грозное осложнение развивается преимущественно у больных с системными формами заболевания – при синдромах Стилла и Висслера-Фанкони.

Глаза нередко вовлекаются в патологический процесс при ревматоидном артрите. Клинически сопровождается слабо выраженным покраснением конъюнктивы глаз, светобоязнью. Как правило, при этом имеется олиго- или моноартрит. При биомикроскопии в этот период отмечаются расширение сосудов конъюнктивы, мелкие и средние преципитаты, быстро формирующиеся пигментные синехии, изменение формы зрачка. Функции глаза в острый период снижены, но восстанавливаются при купировании процесса. Более частым и тяжелым признаком ревматоидного поражения глаз является хронический передний иридоциклит. Его характеризует вялое, почти бессимптомное течение. Диагноз иногда ставят при профилактическом осмотре. Как правило, выявляются грубые изменения глаз и выраженное снижение зрительных функций: радужка атрофирована, зрачковый край ее смещен, пигментная кайма часто разрушена. У 35% детей отмечаются почти полное заращение зрачка, частичное или полное помутнение хрусталика, помутнение стекловидного тела.

Наиболее характерной для ревматоидного поражения глаз считается триада симптомов: вялотекущий увеит, лентовидная дистрофия роговицы и осложненная катаракта. Эти изменения могут появиться уже на ранних стадиях заболевания.

Поражение мышц наблюдается у 70-75% детей, страдающих ЮРА. Большинство авторов

согласны с тем, что мышечные атрофии вторичны и связаны с нарушением функции суставов. Как правило, мышечная атрофия наиболее отчетлива проксимальнее больного сустава, симметрична и особенно ярко выражена при генерализованном процессе со значительным снижением функциональной способности суставов. Реже встречаетсямиозит, проявляющийся миалгиями.

Увеличение лимфатических узлов наблюдается у детей с ЮРА довольно часто, особенно в остром периоде болезни и при системных формах заболевания. В размерах могут увеличиваться все периферические лимфатические узлы, но чаще преобладает аденопатия подмышечных и паховых групп.

Спленомегалия встречается значительно реже, главным образом при синдроме Стилла. Клинически селезенка пальпируется на 2-3 см. ниже реберной дуги, край ее обычно эластичный, при благоприятном течении процесса она быстро уменьшается в размерах.

У большинства больных ЮРА подъемы температуры тела до субфебрильных цифр наблюдаются в остром периоде болезни и непродолжительны. Более высокая и упорная лихорадка типична для системных форм болезни – синдромов Стилла и Висслера-Фанкони (аллергосептический вариант). При синдроме Стилла температура повышается чаще вечером, но не более 38-38,5°С, а иногда бывает субфебрильной. Лихорадочный период продолжается 2-3 нед. и купируется на фоне адекватной терапии. Наиболее высокая и упорная лихорадка отмечается при аллергосептическом синдроме. Подъем температуры обычно наблюдается в ранние утренние часы (от 5 до 7 ч.), нередко сопровождаетсясильным ознобом. Температура достигает 39-40°С, держится 4-5 ч., затем снижается, сопровождаясь проливным потом. В вечерние часы температура повышается редко.

Сыпь. Кожные высыпания у больных ЮРА, как правило, наблюдаются при системных формах заболевания. При синдроме Стилла сыпь обычно мелкоточечная, реже пятнисто-папулезная, локализуется на груди, животе, иногда на разгибательной поверхности верхних и нижних конечностей. Яркость и обилие сыпи иногда совпадают с повышением температуры. На высоте активности процесса она может сохраняться 1-3 нед.и постепенно угасать на фоне терапии. Совершенно иной бывает сыпь при аллергосептическом синдроме. Обычно она возникает на фоне резкого подъема температуры и очень разнообразна: от скарлатиноподобной и кореподобной до типичных для этого синдрома "линейных" высыпаний, представляющих собой скопления эритематозной сыпи в виде линий длиной от 1 до 3-4 см., локализующихся обычно на внутренней поверхности бедер и боковых поверхностях грудной клетки. Несмотря на обилие и яркость, сыпь никогда не сопровождается зудом, что отличает ее от аллергической, в частности медикаментозной сыпи. По мере падения лихорадки (к 12-13 ч. дня) она угасает, но не исчезает полностью. Длительная, упорная сыпь, как правило, сопровождает тяжелые формы ЮРА и является прогностически неблагоприятным симптомом.

Отставание в росте и снижение массы тела – частые проявления ЮРА, выраженность которых прямо пропорциональна степени тяжести заболевания. Так, при преимущественно суставной форме болезни с множественным поражением суставов наблюдается отставание роста костей в длину, при этом, чем раньше заболел ребенок, тем эта зависимость более выражена. Существует непосредственная локальная связь между поражением суставов и костью. Однако наиболее интенсивно замедляется рост детей с системными формами ЮРА.

Данные лабораторных исследований. Лабораторные показатели при ЮРА чаще всего отражают наличие и выраженность воспалительного процесса и поэтому неспецифичны. Исключение представляет обнаружение ревматоидного фактора (РФ). К сожалению, у детей ревматоидный фактор находят не более чем у 15-20% пациентов, причем, по нашим данным, в 2 раза чаще в синовиальной жидкости, чем в сыворотке крови.

Общий анализ крови. Одним из наиболее важных показателей является повышение СОЭ, в значительной степени зависящее от формы заболевания. Так, при моно- и олигоартрите СОЭ редко достигает высоких цифр (30-35 мм/ч), при полиартрите и системных формах ЮРА увеличивается до 50-60 мм/ч. Уровень лейкоцитов также зависит от формы заболевания. При олигоартрите лейкоцитоза вообще может не быть или число лейкоцитов не превышает $8\text{-}10 \times 10^9$/л. Более значительные сдвиги в анализах периферической крови наблюдаются при системных формах. Для синдрома Стилла характерна быстро прогрессирующая гипохромная анемия при умеренном лейкоцитозе, и даже лейкопении с увеличением СОЭ до 40-50 мм/ч. Для аллергосептического синдрома типичен выраженный лейкоцитоз до $20\text{-}30 \times 10^9$/л с нейтрофилезом до 70-80% и

палочкоядерным (10-12%) сдвигом. СОЭ может достигать 50-60 мм/ч, количествотромбоцитов – 400-500 тыс. Следует отметить, что величина СОЭ и активность процесса не всегда прямо коррелируют между собой. У ряда больных на фоне терапии практически исчезают воспалительные явления в суставах, отсутствуют признаки висцеральных поражений, а уровень СОЭ продолжает сохраняться достаточно высоким, что, по- видимому, указывает на неполную ремиссию процесса.

Сывороточные иммуноглобулины. Как правило, в активной фазе ЮРА у больных повышается уровень сывороточных иммуноглобулинов, причем у некоторых пациентов всех фракций (A, M, G).

С-реактивный белок (СРБ) также является одним из неспецифических показателей активности ревматоидного процесса, а колебания отражают ее степень; повышение уровня СРБ выявляется у 60-70% больных. В последние годы более подробно изучено происхождение СРБ. Он вырабатывается гепатоцитами под влиянием интерлейкина-6 (IL- 6), синтез которого индуцируется интерлейкином-1 (IL-1) и фактором некроза опухолей альфа (ФНО-α). Считается, что подобное происхождение имеет и амилоидный белок.

Антинуклеарный фактор (АНФ), представляющий собой антитело к цельному ядру клетки, используют обычно как скрининг тест при системной красной волчанке. У
больных ЮРА он определяется достаточно редко и свидетельствует в этом случае в пользутяжести процесса. Однако существует группа больных с частым присутствием АНФ – это девочки в возрасте до 4 лет с моно- или олигоартритом, сопровождающимся развитием увеита. Обнаружение у них АНФ свидетельствует о высокой степени риска развития поражения глаз.

Рентгенологические данные при ЮРА. Всего различают 4 стадии рентгенологических изменений:

I стадия – остеопороз, преимущественно эпифизарный;

II стадия – остеопороз и начальная хрящевая деструкция, сужение суставной щели;

III стадия – выраженная деструкция хряща и кости, костные эрозии;

IV стадия – симптомы III стадии и анкилозы.

Рентгенологический метод дает полную и наиболее точную информацию о состоянии опорно-двигательного аппарата больного. Следует учитывать, что у одного и того же больного разные суставы имеют различные рентгенологические изменения.

Однако при оценке тяжести принимают во внимание максимальные изменения любого сустава.

Диагностические критерии ЮРА.

В практике, для диагностики ЮРА, используют диагностические критерии Американской ревматологической ассоциации (АРА):

1. *начало заболевания до 16-летнего возраста;*
2. *поражение одного или более суставов, характеризующееся припухлостью/выпотом либо имеющее как минимум два из следующих признаков: ограничение функции,болезненность при пальпации, повышение местной температуры;*
3. *длительность суставных изменений не менее 6 нед.;*
4. *исключение всех других ревматических заболеваний.*

Следует отметить, что для постановки диагноза определенного ЮРА по критериям АРА необходимо наличие всех 4 признаков.

Клинико-анатомическая характеристика заболевания	Клинико-иммунологическая характеристика	Течение болезни	Степень активности процесса	Рентгенологическая стадия артрита	Функциональная способность больного
Преимущественно суставная форма: • полиартрит • олигоартрит (2–3 сустава) • моноартрит	ЮРА–РФ+	Быстро прогрессирующее	I, II, III степень	I – околосуставной остеопороз	I – способность к самообслуживанию сохранена
Суставно-висцеральная форма: • с ограниченными висцеритами • синдром Стилла • аллергосептический синдром (Висслера–Фанкони) *Ревматоидный артрит с поражением глаз*	ЮРА–РФ–	Медленно прогрессирующее	Ремиссия	II – остеопороз, хрящевая деструкция, сужение суставной щели III – костные эрозии IV – анкилоз	II – способность к самообслуживанию частично утрачена III – способность к самообслуживанию утрачена полностью

Синдром Стилла по данным литературы встречается достаточно редко, всего в 12- 16% от всех случаев ЮРА у детей, преимущественно дошкольного возраста. Для него характерно скорее острое, манифестное, чем подострое начало, причем, на самых ранних этапах болезни в процесс вовлекаются суставы – полиартрит с первых дней заболевания является одним из ведущих симптомов при синдроме Стилла. Для этого варианта ЮРА характерны внесуставные проявления, прежде всего лихорадка, чаще фебрильная, иногда достигающая 39-40°С, продолжающаяся, как правило, не более 3-4 нед. По мере прогрессирования суставного синдрома лихорадка снижается, но могут сохраняться отдельные подъемы температуры, нередко сопровождающиеся кожными высыпаниями. Сыпь при синдроме Стилла чаще мелкоточечная, напоминающая скарлатинозную, реже кореподобная, нестойкая, исчезающая вместе с лихорадкой.

В течение болезни у детей быстро развивается общая дистрофия. Резко обозначаются увеличенные периферические лимфатические узлы, иногда достигающиеразмеров лесного ореха, особенно в подмышечных и паховых областях. Увеличиваются в размерах печень и селезенка. Сердце при синдроме Стилла страдает у 75% больных, преимущественно миокард, у 20% – перикард, у 10% формируется аортит. Следует отметить, что при этой форме заболевания наиболее часто развивается вторичный амилоидоз (до 20%) с преимущественным поражением почек. При этом у больных в течение 2-3 лет может сохраняться селективная протеинурия, а на 4-5-м году она становится постоянной. Течение процесса при синдроме Стилла, как правило, быстро прогрессирующее. Отмечается высокая гуморальная активность – СОЭ до 60 мм/ч, повышение всех классов иммуноглобулинов (больше G), увеличение СРБ. Отмечается большая склонность к **лейкопении, чем к лейкоцитозу**, быстро нарастает гипохромная анемия. Уже на 2-3-м году болезни могут развиться деструктивные изменения хряща, костные эрозии, в отдельных случаях – анкилозы мелких костей запястья, определяемые рентгенологически. Синдром Стилла, как правило, длительно текущий процесс. Инвалидизация при нем достигает 25-30%.

Аллергосептический синдром (**синдром Висслера-Фанкони**) существенно отличается от синдрома Стилла, прежде всего, отсроченными суставными проявлениями, что значительно затрудняет раннюю диагностику. Как правило, в процессе участвуют крупные суставы: коленные, голеностопные, часто тазобедренные и очень редко суставы кистей и стоп. В них довольно быстро развиваются деструктивные изменения: разволокнение хряща, костные эрозии, причем этот процесс быстро прогрессирует, приводя к значительному разрушению, например, головки бедренной кости.

Для аллергосептического синдрома свойствен и особый характер лихорадки: она обычно появляется в ранние утренние часы, начиная с 5-6 ч., после сильного озноба. Продолжительность лихорадки – 3-4 ч., затем наступает гектическое падение температуры, сопровождающееся проливным потом. Начало лихорадки часто совпадает с появлением кожных высыпаний. Сыпь при аллергосептическом синдроме носит чрезвычайно упорный характер, и, так же как лихорадка может длиться месяцами. Локализуется она на туловище и разгибательных

поверхностях конечностей, обычно полиморфна, наблюдаются групповые скопления на боковых поверхностях груди, на бедрах. Очень типична так называемая "линейная сыпь", представляющая скопления мелких элементов сыпи в виде линий длиной 1-2 см.

Значительно отличается от синдрома Стилла и картина крови. С самого началаболезни при синдроме Висслера-Фанкони наблюдается высокий нейтрофильный лейкоцитоз с палочкоядерным сдвигом (лейкопения при синдроме Стилла!) до 30000-40000 лейкоцитов, из них 15-20% – палочкоядерные.

Из висцеральных поражений при аллергосептическом варианте наблюдаются лимфаденопатия, гепато-, реже спленомегалия, довольно часто развивается миокардит и миоперикардит, значительно утяжеляющий клиническую картину болезни. Течениезаболевания быстропрогрессирующее, у 10-12% больных формируется вторичный амилоидоз, чаще всего почек. При поздней диагностике и неадекватной терапии аллергосептический вариант ЮРА дает большой процент инвалидизации больных главным образом вследствие поражения тазобедренных суставов.

Лечение ЮРА представляет сложную задачу и требует специальных знаний для выбора правильного направления терапии в зависимости от формы и характера течения заболевания. Однако в любом случае сохраняется основной принцип: использование быстродействующих нестероидных противовоспалительных препаратов (НПВП) и базисных, или препаратов длительного действия. Особое место в лечении ЮРА занимают глюкокортикоиды, применяемые в настоящее время преимущественно при системных формах заболевания.

Нестероидные противовоспалительные препараты. Широкое распространение получили такие препараты, как индометацин (производное индола) и вольтарен (производное фенилуксусной кислоты). Индометацин и вольтарен назначают детям в дозе 2-3 мг/кг в сутки, т. е. от 25 до 100 мг/сут., в зависимости от массы тела больных, на длительный срок (в течение месяцев и лет), поэтому, учитывая побочные эффекты, особенно ульцерогенное воздействие на слизистую оболочку желудка, необходимы постоянный эндоскопический контроль, а также применение цитопротекторов.

Детям назначают бруфен из расчета 30-40 мг/кг в сутки в течение нескольких месяцев. Напроксен (напросин) сравним по своему терапевтическому эффекту с бруфеном, но по сравнению с бруфеном имеет более длительный период выведения из плазмы – 10-17 ч. Выпускается в таблетках по 250 мг, детская форма – в виде сиропа.

Базисные препараты, действующие медленно, в отличие от быстродействующихНПВП, в большей степени влияют на иммунологические процессы, замедляют суставную деструкцию, влияют на сроки ремиссии даже после отмены из-за их кумулятивных свойств. В эту группу входят наиболее часто используемые у детей хинолиновые производные, метотрексат, циклоспорин А, сульфасалазин. У взрослых часто используют соли золота, не получившие столь широкого распространения в практике педиатров из-за значительных побочных эффектов. По тем же причинам у детей не используется и такой базисный препарат, как д-пеницилламин.

Делагил назначают детям 1 раз в сутки (на ночь) по 4 мг/кг, но не более 250 мг во время или после еды. Плаквенил (гцдроксихлорохин) назначают также однократно из расчета 8 мг/кг в сутки, но не более 400 мг. Многолетняя практика применения хинолиновых препаратов у детей с нетяжелыми медленно прогрессирующими формами ЮРА показала их эффективность и безопасность при длительном использовании.

Одним из лучших иммуносупрессантов, в том числе при лечении тяжелых форм ЮРА, в настоящее время считается метотрексат, используемый при многих ревматическихзаболеваниях, назначают один раз в неделю от 2,5 до 7,5-10 мг., в зависимости от поверхности тела ребенка, подросткам максимально по 15 мг.

К новым иммуносупрессивным препаратам, назначаемым при лечении ЮРА, следует отнести циклоспорин А, широко известный в трансплантологии. Назначение циклоспорина А показано больным тяжелым ЮРА с генерализованным суставным синдромом или системными его формами. Доза циклоспорина А – от 2,5 до 4 мг/кг в сутки в 2 приема. Необходим тщательный контроль за функцией почек, так как одним из серьезных побочных эффектов препарата является накопление шлаков, повышение уровня креатинина. Контроль должен осуществляться 1 раз в 10 дней.

Одним из используемых в настоящее время иммуносупрессантов является сульфасалазин

(салазосульфацяридин). Известно, что этот препарат с успехом используется при лечении язвенных колитов и обладает выраженной антибактериальной активностью по отношению к кишечной флоре. При ревматоидном артрите положительный эффект наступает через 2-3 мес. от начала лечения. Взрослым назначают по 0,5 г 3-4 раза в день, детям в зависимости от массы тела – от 0,5 до 1,5 г в сутки.

Глюкокортикоиды. В настоящее время при лечении ЮРА используют в основном два препарата – преднизолон и метилпреднизолон (метипред, солюмедрол), обладающих как противовоспалительными, так и иммуносупрессивными свойствами. При всех своих достоинствах глюкокортикоиды имеют столь очевидные негативные побочные действия, что использование их в последние годы при ЮРА ограничено наиболее тяжелыми вариантами заболевания. Их назначают при системных формах – синдромах Стилла и аллергосептическом, в последние годы чаще в виде курсов пульс-терапии. При тяжелых формах ЮРА назначают преднизолон внутрь в дозе 0,5-1 мг/кг в сутки. Эту дозу принимают в течение не более 2-3 нед. и за тем снижают ее по 1/4, 1/8 таблетки 1 раз в 4-5 дней до поддерживающей дозы 5 мг/сут. В значительной степени это явление можно предотвратить одновременным введением глюкокортикоидов внутрисуставно. При этом используют такие препараты, как метипред, соломедрол и дипроспан (бета-метазон динатрия фосфата + бетаметазон дилропионат). Препараты вводят во все болезненные суставы в дозе от 0,2 до 1 мл. в зависимости от размера сустава. Кратность введения в одинсустав обычно не превышает 2-3 раз.

Внутривенный человеческий иммуноглобулин. В последние годы в лечении системных форм ЮРА с острым началом, высокой лихорадкой, сыпью, нейтрофильным лейкоцитозом успешно используют внутривенный иммуноглобулин – ВВИГ (сандоглобулин, интраглобин Ф, пентаглобин, октагам). Доза вводимого ВВИГ составляет 0,4-0,5 г/кг на курс. Один курс терапии состоит из трехкратного введенияиммуноглобулина через день. При соответствующих показаниях курс лечения повторяют ежемесячно или с интервалом 3-6 мес.

Антицитокиновая терапия. Среди широкого спектра "провоспалительных" медиаторов, принимающих участие в патогенезе РА, особое внимание привлечено к фактору некроза опухоли-α (ФНО-α), который рассматривается как основной цитокин, определяющий развитие синовиального воспаления и остеокластопосредованной костной деструкции при артритах. Поэтому в настоящее время ФНО-α является важнейшей мишенью для так называемой *антицитокиновой терапии* РА. Это послужило основанием для разработки ингибиторов ФНО-α, блокирующих биологическую активность этого цитокина в циркуляции и на клеточном уровне. На мировом фармацевтическом рынке существует 3 препарата, которые являются блокаторами ФНО-α: инфликсимаб, адалимумаб и этанерцепт.

Местная терапия, т. е. воздействие непосредственно на суставы, играет важную роль в общем лечении ЮРА. Так, широко используется внутрисуставное введение кортикостероидов – метилпреднизолона, солюмедрола, дипроспана. При местном применении кортикостероидов наступает быстрый и выраженный эффект: исчезает боль, восстанавливается подвижность сустава, особенно при экссудативном синовите, когда в момент пункции удаляется значительное количество синовиальной жидкости. Количество вводимых препаратов зависит от величины сустава и возраста ребенка. В мелкие суставы вводят 0,1-0,2 мл препарата, в более крупные до 1 мл. Один и тот же сустав пунктируют 1 раз в неделю, всего не более 2-3 пункций. Продолжительность эффекта различна – от нескольких недель до нескольких месяцев.

Во время пребывания больных в стационаре и санатории можно также вводитьпрепараты с помощью ультразвука, применять низкоэнергетическое лазерное облучение.

При снижении общей и местной активности процесса рекомендуются массаж илечебная физкультура.

Задания для самостоятельной подготовки:

1. Осмотрите больного с ЮРА, используя ниже приведенную схему. Опишите выявленные вами изменения в рабочей тетради.
2. Решите ситуационные задачи.
3. Составьте вопросы для тестового контроля по теме.

Схема обследования больного

При сборе анамнеза обратить внимание на:

- родословную больного (наличие ревматических, стрептококковых, аллергическихзаболеваний в семье и у родственников больного);
- особенности иммунной системы (частота вирусных, бактериальных инфекций, ихтечение, применяемая терапия и реакции на нее, прививки и прививочная реакция);
- аллергическая настроенность;
- хронические очаги инфекции (гайморит, тонзиллит, отит, кариес зубов). Эффективность лечебных мероприятий;
- жилищно-бытовые условия (скученность), режим дня (пребывание на свежемвоздухе);
- жалобы, развитие заболевания, длительность отдельных симптомов (лихорадка, ее характер, утренняя скованность, суставной синдром и др.).

При объективном осмотре обратить внимание на:

- показатели физического развития, их динамику;
- состояние нервной системы (изменение психики, поведения, характера, состояние черепно-мозговых нервов, сухожильные рефлексы, очаговая симптоматика), вегетативные нарушения;
- поражение сердца (кардит, кардиосклероз: подсчет пульса, измерение АД, аускультативные и перкуторные данные). Диагностика недостаточности кровообращения по показаниям (применение функциональных проб);
- поражение почек (гломерулонефрит): оценить диурез, отеки, изменения сердечно- сосудистой системы;
- поражение легких (альвеолиты, легочные васкулиты, прогрессирующий пневмофиброз);
- размеры печени, селезенки (как проявление висцерального синдрома, так и недостаточности кровообращения), лимфатические узлы;
- состояние пищеварительного тракта;
- состояние опорно-двигательного аппарата: осмотр, пальпация, объем пассивных и активных движений, количество вовлеченных в процесс суставов, наличие контрактур, анкилозов, периартикулярных изменений, мышц (полимиалгии, миозит,

уплотнение), кожи (цвет, эластичность, сухость, тургов, высыпания – характер, длительность).

При оценке параклинических методов исследования обратить внимание на:

- в анализе крови: на лейкоцитоз, увеличение СОЭ, диспротеинемию, гиперглобулинемию, гиперальфа-2-глобулинемию, наличие волчаночных клеток (LE) и ревматоидного фактора, содержание СРБ, серомукоидов, ДФА, титров стрептококковых антител. Содержание АЛТ и АСТ, холестерина, билирубина, мочевины, калия, натрия, осадочные реакции, содержание амилазы.
- анализ мочи (суточная протеинурия, проба по Нечипоренко, Аддиса-Каковского, по Зимницкому, клиренса эндогенного креатинина);
- рентгенологическое исследование органов грудной клетки (размеры сердца, расширение границ, признаки перикардита), суставов (остеопороз, остеолиз, разрушение хряща, анкилозы, утолщение и уплощение суставной сумки);
- инструментально-графичесике исследования: ЭКГ – нарушение ритма, проводимости, изменение зубцов; ФКГ – ослабление, раздробленность и деформация комплексов, пан- или протосистолический шум на верхушке, шум трения перикарда; ЭхоКГ – нарушение сократительной способности сердца, состояние клапанного аппарата, размеры полостей сердца и крупных сосудов и др.
- осмотр окулиста, ЛОР-врача, невропатолога и др. специалистов.

Ситуационные задачи.

Задача №1

Больной О., 13 лет, поступил в отделение повторно для проведения комплексной терапии.

Из анамнеза известно, что заболевание началось в 3-х летнем возрасте, когда после перенесенного гриппа мальчик стал хромать – как оказалось при осмотре, из-за поражения коленного сустава. Сустав был шаровидной формы, горячий на ощупь, отмечалось ограничение движений. В дальнейшем отмечалось вовлечение других суставов в патологический процесс. Практически постоянно ребенок получал нестероидные противовоспалительные препараты, на этом фоне отмечались периоды ремиссии продолжительностью до 10-12 месяцев, однако

заболевание постепенно прогрессировало.В периоды обострения больной предъявлял жалобы на утреннюю скованность.

При поступлении состояние тяжелое, отмечается дефигурация и припухлость межфаланговых, лучезапястных, локтевых суставов, ограничение движений в правом тазобедренном суставе. В легких хрипов нет. Границы сердца: правая – по правому краю грудины, верхняя – по III ребру, левая – на 1 см кнутри от левой средне-ключичной линии. Тоны сердца ритмичные, звучные, шумов нет.

Вопросы:

1. Сформулируйте и обоснуйте предварительный диагноз.
2. Составьте план обследования больного.
3. Проведите дифференциальную диагностику.
4. Назначьте лечение.

Задача №2

Мальчик З., 13 лет, поступил на обследование с жалобами на полиартралгию в течение последних 4 месяцев, длительный субфебрилитет, повышенную утомляемость.

Анамнез заболевания: начало данного заболевания связывают с перенесенной ОРВИ, протекавшей с высокой лихорадкой. Уже на фоне сохраняющегося субфебрилитета мальчик отдыхал летом в Крыму, после чего указанные жалобы усилились.

Из анамнеза жизни известно, что до настоящего заболевания ребенок рос и развивался нормально, болел 2-3 раза в год простудными заболеваниями, протекавшими относительно нетяжело.

При поступлении состояние средней тяжести. Больной правильного телосложения, удовлетворительного питания. Кожные покровы бледные. Отмечаются бледно окрашенные эритематозно-дескваматозные элементы на лице, преимущественно на щеках и переносице. Имеются изменения суставов в виде припухлости и умеренной болезненности лучезапястных, локтевых и голеностопных суставов. Подмышечные, задниешейные и кубитальные лимфоузлы умеренно увеличены. В легких перкуторный звук легочный, дыхание везикулярное. Границы относительной сердечной тупости: правая – по правому краю грудины, верхняя – по III ребру, левая на 1 см. кнутри от левой средне- ключичной линии. Тоны сердца несколько приглушены, ритмичные, шумов нет. Живот мягкий, безболезненный, печень и селезенка не увеличены. Стул оформленный, мочеиспускание не нарушено.

Общий анализ крови: Эр – 4,2 х 10 12/л, Нв – 100 г/л, Тромб. – 90 х 10 9/л, Лейк. – 105 х 10 9/л, п/я – 2%, с – 62%, э – 2%, л – 31%, м – 3%, СОЭ – 50 мм/час.

Общий анализ мочи: уд. вес – 1012, белок – 0,33‰, лейкоциты – 3-4 в п/з,эритроциты – 20-25 в п/з,

Биохимический анализ крови: общий белок – 83 г/л, альбумины – 46%, глобулины: $\alpha 1$ – 5%, $\alpha 2$ – 12%, β - 5%, γ - 32%, серомукоид – 0,8, АЛТ – 32 Ед/л, АСТ – 25 Ед/л, мочевина – 4,5 ммоль/л, креатинин – 98 ммоль/л.

Проба Зимницкого: уд. вес – 1006-1014, дневной диурез – 320 мл, ночной – 460 мл.Клиренс по креатинину – 80 мл/мин.

Вопросы:

1. Обоснуйте предварительный диагноз.
2. Какие дополнительные обследования необходимо провести больному?
3. Назовите принципы лечения данного заболевания.

Занятие по теме:
"ЗАБОЛЕВАНИЯ, СОПРОВОЖДАЮЩИЕСЯ КРОВОТОЧИВОСТЬЮ".

I. Научно-методическое обоснование темы.

Геморрагические заболевания широко распространены у детей. Начавшись в детском возрасте, они нередко сопровождают больного в течение всей последующей жизни. С этими заболеваниями, их осложнениями или последствиями приходится сталкиваться врачам всех профилей. Следовательно, знание клинических вариантов и лежащих в основе патологических изменений в организме, своевременное их распознавание, правильная

организация адекватной медицинской помощи являютсяусловием снижения летальности при этих заболеваниях, сохранения условий правильного роста и развития детей, а затем и работоспособности и продолжительности жизни взрослых.

II. Цель деятельности студентов на занятии:

Студент должен знать:

- предрасполагающие факторы к развитию геморрагических заболеваний;
- основные патофизиологические механизмы нарушений в системе гемостаза;
- основные лабораторные показатели системы гемостаза;
- основные нозологические формы геморрагических заболеваний (геморрагический васкулит, тромбоцитопатии, тромбоцитопении, гемофилии);
- осложнения геморрагических заболеваний;
- ДВС-синдром: этиопатогенез, клинико-лабораторная диагностика, врачебнаятактика;
- неотложную помощь при геморрагических заболеваниях;
- принципы современной патогенетической терапии клинических вариантовгеморрагических заболеваний;
- принципы реабилитации геморрагических заболеваний, этапная диспансеризация.

Студент должен уметь:

- собрать целенаправленный анамнез;
- провести объективное обследование больного, выделить симптомы заболевания;
- составить план необходимого дополнительного обследования, оценить полученные результаты;
- провести дифференциальный диагноз основных заболеваний крови;
- обосновать окончательный диагноз;
- составить план лечебных мероприятий;
- выписать рецепт на основные лекарственные средства;
- составить план диспансерного наблюдения и реабилитации больного сзаболеваниями крови.

III. Содержания обучения.

1. Физиология, патофизиология системы кроветворения.
2. Объективное исследование больного и семиотика заболеваний крови.
3. Основные методы лабораторной диагностики болезней системы крови.
4. Классификация геморрагических заболеваний.
5. Геморрагический васкулит (этиология, патогенез, классификация, клиническая и лабораторная диагностика, принципы терапии, осложнения).
6. Идиопатическая тромбоцитопеническая пурпура (этиология, патогенез,классификация, диагностика, терапия).
7. Гемофилия (этиопатогенез, классификация, клинические проявления, лабораторная диагностика, осложнения, лечение).
8. Дифференцированный подход в лечении геморрагического синдрома при заболеваниях крови у детей.
9. Диспансерное наблюдение и реабилитация детей с геморрагическими диатезами.

IV. Учебно-материальное обеспечение.

1. Наглядные пособия: таблицы, схемы, мультимедийные презентации, видеофильмы, аудиограммы.
2. Учебная медицинская документация (истории болезни, лабораторные исследования, рентгенограммы).
3. Технические средства обучения.
4. Литература.

V. Список рекомендуемой литературы.

1. Детские болезни: учебник / под ред. А.А.Баранова. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. – 1008 с.
2. Педиатрия: Учебник для медицинских вузов. Под ред. Н.П. Шабалова. – СПб:СпецЛит, 2006. – 895 с.
3. Пропедевтика детских болезней / Н.А. Геппе. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. – 464 с.
4. Шабалов Н.П. Неонатология: Учебное пособие. – М.: МЕДпресс-информ, 2009.
5. Лекции по педиатрии. Пособие для студентов медицинских вузов п/ред. М.В. Эрман. – СПб "Фолиант", 2001. – 480 с.
6. Лекции по педиатрии.
7. Методические указания для внеаудиторной работы студентов 5 курса лечебного факультета по дисциплине "Педиатрия".

VI. Перечень вопросов для проверки исходного уровня знаний:

1. Физиология, патофизиология системы кроветворения.
2. Объективное исследование больного и семиотика заболеваний крови.
3. Основные методы лабораторной диагностики болезней системы крови.
4. Физиология и патология системы гемостаза у детей.
5. Классификация геморрагических заболеваний.

VII. Перечень вопросов для проверки конечного уровня знаний:

1. Дайте характеристику основным этиопатогенетическим механизмамгеморрагического васкулита у детей.
2. Какой принцип положен в основу современной классификации геморрагического васкулита?
3. Каковы основные клинические проявления геморрагического васкулита у детей?Какие методы лабораторной диагностики используются при постановке этого диагноза?
4. Назовите возможные осложнения геморрагического васкулита.
5. Назовите основные принципы терапии геморрагического васкулита у детей.
6. Дайте определение понятию "идиопатическая тромбоцитопеническая пурпура". Назовите основные виды тромбоцитопений, причины их развития.
7. Опишите основные клинические проявления геморрагического синдрома притромбоцитопении.
8. Какие методы исследования могут быть использованы для постановки диагноза "Идиопатическая тромбоцитопеническая пурпура"?
9. Какие современные методы лечения тромбоцитопенической пурпуры Вы знаете?
10. Назовите этиопатогенетические механизмы развития геморрагического синдромапри гемофилии.
11. Какие данные анамнеза и клинические проявление свойственны для больного гемофилией?
12. Какая лабораторная диагностика необходима для постановки диагноза "Гемофилия"?
13. Какие осложнения могут возникнуть при гемофилии?
14. Назовите основные принципы терапии, профилактики, диспансерного наблюдения и реабилитации гемофилии на современном этапе.

Блок информации.

<u>ГЕМОФИЛИЯ</u>

– наследственное заболевание, обусловленное дефицитом или молекулярными аномалиями одного из плазменных факторов свертывания крови.

Различают: гемофилию А, классическую форму, связанную с дефицитом VIII фактора(70-78% больных от общего числа больных гемофилией), гемофилию В, болезнь Кристмаса, при дефиците IX фактора (6-13%); гемофилию С, болезнь Розенталя, при дефиците XI фактора (1-2%).

Частота гемофилии в разных странах колеблется от 6,6 до 18 случаев на 100 тыс. жителей мужского пола.

Гемофилии А и В наследуются по рецессивному, сцепленному с Х-хромосомой типу, в связи с чем болеют только мужчины. Дочери, наследуя Х-хромосому от здоровой матери и Х-хромосому от отца-гемофилика, не имея клинических проявлений заболевания, являются кондукторами гемофилии. Сыновья, родившиеся от такого брака, являются здоровыми и в дальнейшем не передают заболевание потомству. Теоретически половина сыновей женщин-кондукторов гемофилии может получить от матери аномальную Х- хромосому и родиться больными, также как и у половины родившихся дочерей возможно носительство гемофилии.

Гемофилия С наследуется аутосомно, болеют лица обоего пола.

Гемофилия в семье может возникнуть спорадически, являясь следствием спонтанных мутаций генов в Х-хромосоме, что составляет около 28 % гемофилии А и 9 % гемофилииВ.

Патогенез.

Кровоточивость возникает в связи с нарушением свертываемости крови вследствие недостатка факторов VIII, IX или X.

Клиника.

Клинически отдельные формы гемофилии протекают почти одинаково, проявляясь геморрагическим синдромом с гематомным типом кровоточивости, выраженность которого зависит от формы гемофилии и степени дефицита соответствующего прокоагулянта. Определение формы гемофилии возможно только на основании специальных лабораторных исследований.

В зависимости от степени дефицита ответственного прокоагулянта, выделяют:

1) *тяжелую форму заболевания с уровнем прокоагулянта ниже 1-3%;*
2) *форму средней тяжести – с уровнем прокоагулянта от 3 до 5%;*
3) *легкую форму – с уровнем прокоагулянта от 6 до 15%,* но с возможностью возникновения тяжелых кровотечений при травмах и операциях, проводимых без достаточной заместительной терапии;
4) *латентную форму – с уровнем прокоагулянта выше 15%.*

Течение гемофилии характеризуется периодами повышенной кровоточивости, сменяющимися промежутками относительного клинического благополучия.

Заболевание выявляется, как правило, в детском возрасте. При легких формах гемофилии болезнь может проявиться в юношеском и более позднем возрасте (20-23 года).При тяжелых формах гемофилии у некоторых новорожденных бывают обширныекефалогематомы, поздние кровотечения из пупочного канатика, подкожные и внутрикожные, редко – внутричерепные кровоизлияния, кровотечения при подрезании илиразрыве уздечки языка. У многих детей не наблюдается геморрагий, пока они не начинают ползать и ходить. К 1,5-2-м годам характерны кровоподтеки на лбу, конечностях, массивные межмышечные гематомы на ягодицах, десневые кровотечения при травматизации игрушками, прорезывании зубов, из слизистой оболочки гортани при крике, плаче, кашле, угрожающие асфиксией. Внутримышечные инъекции, прививки также могут вызвать кровотечение. После трехлетнего возраста, в связи с увеличением двигательной активности ребенка, присоединяются поражения суставов, которые вдальнейшем начинают превалировать и занимают первое по частоте место среди других симптомов болезни.

Характерно возникновение кровотечений при нарушениях целостности кожи, продолжающихся от нескольких часов до многих дней, явно неадекватных силе травмы. В послеоперационном периоде хирургических вмешательств, после экстракции зуба могут отмечаться рецидивы кровотечений, отсроченные по времени несколькими часами.

В случае сдавления гематомой нервных стволов конечностей, сухожилий, сосудов развиваются контрактуры, параличи, атрофия мышц, некрозы тканей. Опасны гематомы подчелюстной области и шеи, сдавливающие дыхательные пути.

Кровотечения из мочевыводящих путей в младшем детском возрасте весьма редки, но частота и интенсивность гематурии (макрогематурия в сочетании с дизурическими явлениями)

возрастает с годами. Также редки кровотечения из пищеварительного тракта, в первую очередь, диффузные капиллярные. Чаще бывают желудочно-кишечные кровотечения у больных гемофилией в сочетании с язвенной болезнью желудка, 12- перстной кишки, приводящие к резкой анемизации.

Один из наиболее типичных симптомов гемофилии – поражение суставов (гемартроз). Поражение коленных, голеностопных, локтевых, реже – плечевых, тазобедренных, лучезапястных и мелких суставов кистей и стоп обычно связано с травмой, которая в большинстве случаев бывает незначительной и неадекватной величине кровоизлияния, или возникает спонтанно. В классических случаях поражение суставов проходит определенную этапность: гемартроз – гемартрит – анкилоз.

Острый гемартроз характеризуется резкой болью в суставе, увеличением его в объеме, гиперемией кожи и повышением температуры над ним. При обширных гемартрозах ухудшается общее состояние, повышается температура тела, нарастает СОЭ и может появиться нейтрофильный лейкоцитоз в крови. При правильном своевременном лечении первый острый гемартроз может полностью рассосаться через 2-3 недели, неоставляя существенных изменений. Повторные кровоизлияния вызывают вторичные воспалительные процессы в тканях сустава с последующим развитием хронического
геморрагически-деструктивного остеоартроза с выраженной стойкой деформацией сустава, анкилозом, атрофией мышц конечностей и соответствующими рентгенологическими изменениями (остеопороз, сужение суставных щелей, деформация суставных концов, метафизарные поперечные полосы склероза, подвывихи, внутрисуставные переломы), приводя больного к инвалидизации, степень которой, во многом определяет социальную пригодность человека.

В диагностике гемофилии большое значение имеет семейный анамнез. Однако почтиу 1/3 больных он отрицательный, и болезнь можно заподозрить на основании гематомного типа кровоточивости, длительных отсроченных кровотечений, поражений суставов.

Лабораторные данные.

Общий анализ крови у больных в период ремиссии обычно в норме. После обильного кровотечения или же при наличии обширных гематом определяется постгеморрагическая анемия различной степени тяжести, нейтрофильный лейкоцитоз, иногда – повышенная СОЭ и увеличенное количество тромбоцитов. Время кровотечения в норме. Ретракция сгустка также не нарушена. Характерно увеличение длительности свертывания крови по Ли-Уайту (норма 5-7 минут), времени рекальцификации плазмы, гепаринового времени, снижение потребления протромбина в процессе свертывания крови (норма 80-100 %).

Окончательный диагноз возможен при оценке качественного, и количественного содержания отдельных прокоагулянтов, что позволяет установить форму гемофилии истепень ёе тяжести.

Осложнения при гемофилии появляются по мере нарастания длительности заболевания и, как правило, обусловлены иммунными механизмами. Это развитие так называемой ингибиторной формы гемофилии, обусловленной появлением в крови больных антител-антикоагулянтов – ингибиторов VIII или IX факторов, которые инактивируют применяемые в терапии антигемофильные гемопрепараты, появление гемолитической анемии, тромбоцитопении, лейкопении, гломерулонефрита с амилоидозомпочек и исходом в ХНП. При трансфузионной гемотерапии существует опасность передачи вирусного гепатита, СПИДа.

Лечение гемофилии патогенетическое – введение в организм больного недостающего фактора свертывания крови в адекватном конкретному случаю количестве с целью остановки кровотечения, лечение последствий кровотечений (гемартрозов, гематом и пр.)и профилактика кровотечений.

При гемофилии А применяют очищенные концентраты фактора VIII, высокоочищенный концентрат свиного фактора VIII, рекомбинантные препараты фактора

VIII. В крайнем случае, возможно применение криопреципитата.

При гемофилии В такими препаратами являются очищенные концентраты фактора IX, препараты рекомбинантного фактора IX, концентраты факторов протромбинового комплекса (PPSB).

При ингибиторных формах гемофилии используют концентрат факторов протромбинового

комплекса, рекомбинантный активированный фактор VII, преднизолон, иммунодепрессанты, десмопрессин, эффективен и плазмаферез.

Применяются две программы лечения больных гемофилией: систематическое трансфузионное лечение (при тяжелых формах болезни) и периодическое симптоматическое трансфузионное лечение в первые часы после кровоизлияния или обширной травмы.

На догоспитальном этапе применяются гемостатические препараты неспецифического действия: лагохилус опьяняющий (настой 5 %, 10 % внутрь по 1 ст. л., 3-6 раз в день; 10 % спиртовая настойка – по 1 ч. л. в 1/2 стакана воды 3-5 раз в день; таблетки по 0,2 г.); эпсилон-аминокапроновая кислота внутрь по 1 г, каждые 4 часа, в/в 100мл 5 % раствора; гемофобин (3 % раствор внутрь по 1 ст. л., 2-3 раза в день или для тампонов); гемостатическая губка с тромбином.

Профилактика обострений заболевания включает правильную информацию родителей и ребенка о характере болезни, ее осложнениях, последствиях и т.д.; создание охранительного режима, начиная с раннего возраста, максимальное ограничение травматичных ситуаций, игр, видов спорта (показано плавание), уроков физкультуры, применение для защиты суставов поролоновых щитков, вшиваемых в одежду; профессиональную ориентацию больного (умственный труд); профилактику инфекционных и других заболеваний. Разрешены профилактические прививки (кроме больших доз гамма-глобулина). Место укола рекомендуется прижать пальцем на несколько минут.

При необходимости лечения сопутствующих заболеваний лекарства назначаются только внутрь или внутривенно. Противопоказаны такие препараты, как ацетилсалициловая кислота, пиразолоновые и индоловые производные, бруфен, эуфиллин, папаверин, фуросемид, нитрофураны, большие дозы пенициллина и его полусинтетических аналогов и др.

Даже малые оперативные вмешательства у больных гемофилией проводятся с обязательной подготовкой в виде заместительной терапии.

Профилактика гемофилии как болезни предполагает установление носительства патологического гена и пренатальную диагностику гемофилии А с помощью семейного анализа полиморфизма длин рестриктивных фрагментов ДНК (ПДРФ анализ).

АУТОИММУННАЯ ТРОМБОЦИТОПЕНИЧЕСКАЯ ПУРПУРА.

– заболевание, геморрагический синдром при котором связан с образованием аутоантител против:

а) антигенов тромбоцитов,

б) против антигенов тромбоцитов и мегакариоцитов,в) антигенов мегакариоцитов,

г) против антигена, общего для тромбоцитов и эритроцитов или тромбоцитов, эритроцитови лейкоцитов.

Иммунный цитолиз тромбоцитов может быть первичным, когда причину аутоагрессии установить не удается и симптоматическим – вторичным (гетероиммунные тромбоцитопении), обусловленные разрушением тромбоцитов антителами, возникшими в организме в ответ на изменение антигенной структуры тромбоцитов.

Наиболее часто в детском возрасте встречается идиопатическая тромбоцитопеническая пурпура (ИТП), которая составляет 47% среди всехтромбоцитопенических пурпур.

Заболевание встречается у детей всех возрастных групп, начиная с грудного возраста (чаще в 3-6 лет); в пубертатном периоде частота болезни у девочек в 2-3 раза выше, чем у мальчиков.

Этиология.

Предшествующими факторами развития ИТП могут быть перенесенные за 2-3 недели до заболевания острые респираторные вирусные, реже бактериальные инфекции, применение с лечебной целью лекарственных препаратов, профилактические прививки (АКДС, противокоревая, введение гамма-глобулина и др.). Чаще непосредственную причину развития ИТП выявить не удается. Однако перечисленные выше факторы необходимо рассматривать скорее как патогенетические.

Патогенез.

Общепризнанным является иммунный генез ИТП. Тромбоцитопения вызвана повышенной деструкцией тромбоцитов, преимущественно в селезенке и в периферическомкровяном русле, под действием антител, образующихся, главным образом, селезеночным пулом лимфоцитов. При этом продукция и количество мегакариоцитов и, соответственно, тромбоцитов в косном мозге

увеличиваются по сравнению с нормой в 2,5-5 раз.

Предполагается, что в патогенезе ИТП участвуют аутоиммунные механизмы, в результате чего аутоантитела вырабатываются против собственного неизмененного антигена тромбоцитов, что определяет клинические особенности ИТП, принимающей хроническое течение. При этом терапевтический эффект может быть получен только при использовании иммунодепрессивных средств, подавляющих аутоагрессию, или при удалении иммунокомпетентного органа – селезенки.

В патогенезе кровоточивости при ИТП, наряду с тромбоцитопенией, имеют значение функциональные особенности тромбоцитов, участие их в гемостазе с ангиотрофической (проницаемость сосудистой стенки) и адгезивно-агрегационной (образование тромбоцитарной пробки) функций.

Клиническая картина.

По течению выделяют острую и хроническую (при длительности пурпуры более 6 мес.) формы ИТП с периодами обострения, клинической и клинико-гематологической ремиссии. У больных с хроническим течением ИТП учитывают количество рецидивов (с редкими, с частыми рецидивами, непрерывно рецидивирующее течение). Различают легкие формы ИТП, при которых имеется только кожный геморрагический синдром, отсутствуют кровотечения. При среднетяжелых формах кровоточивость выражена умеренно, число тромбоцитов колеблется в пределах 50-100х10^9/л. У больных с тяжелыми формами ИТП отмечаются длительные или обильные кровотечения, приводящие к тяжелой анемизации, число тромбоцитов периферической крови составляет менее 30х10^9/л. Однако, степень тромбоцитопении не всегда соответствует выраженности кровоточивости.

Хроническая форма ИТП чаще всего развивается у детей 7-10-ти лет. Как правило, в анамнезе трудно выявить какой-либо предшествующий фактор. Для хронической формы ИТП характерно постепенное начало при относительно удовлетворительном состоянии больного и нормальной температуре, при отсутствии признаков интоксикации. В период криза в клинической картине ИТП на первом по частоте месте стоит кожный геморрагический синдром – пурпура в виде полиморфных высыпаний – экхимозов от

мелких до значительных размеров (более 10 см. в диаметре) и мелкоточечной петехиальной сыпи. Геморрагии располагаются асимметрично на коже туловища, конечностей, лица, за исключением волосистой части головы, ладоней и стоп. Характерным является их полихромность. У 50 % больных геморрагии локализуются на слизистой оболочке ротовой полости, миндалин, задней стенки глотки, мягком и твердом небе. Иногда отмечаются кровоизлияния в склеру. Геморрагии обычно появляются спонтанно, чаще ночью. Характерны положительные симптомы жгута и щипка.

Вторым по частоте симптомом при ИТП являются кровотечения, которые при хроническом варианте заболевания, как правило, сочетаются с кожным геморрагическим синдромом. Наиболее типичны упорные, обильные носовые кровотечения, кровотечения из слизистой оболочки рта, миндалин, задней стенки глотки. Реже встречаются желудочно-кишечные, почечные кровотечения. У 10 % больных ИТП отмечены кровоизлияния в мозг, которые могут привести к летальному исходу. У девочек первым признаком заболевания могут быть обильные продолжительные менструации.

Лабораторные данные.

В периферической крови снижен уровень тромбоцитов, иногда до полного их исчезновения (норма 150-400х10^9/л). Количество эритроцитов и уровень гемоглобина в норме, или отмечается постгеморрагическая анемия (анизоцитоз, ретикулоцитоз, пойкилоцитоз, гипохромия эритроцитов), число лейкоцитов не изменено. При исследовании гемостазиограммы отмечается удлинение времени кровотечения до 30 минути более по методу Дьюка (при норме в пределах 2-5 минут), уменьшение ретракции кровяного сгустка (менее 75%). Свертываемость крови по Ли-Уайту, как правило, нормальная – 7-10 минут. Содержание плазменных факторов свертывания крови в норме. Для костного мозга при ИТП характерно увеличенное или нормальное число мегакариоцитов – 0,05-0,15х10^9/л, много молодых форм, тромбоциты не обнаруживаются или их очень мало из-за быстрого поступления их в кровь. После спленэктомии количествомегакариоцитов уменьшается до нормы, что нужно расценивать как положительный эффект терапии.

Принципы лечения.

В период криза показана госпитализация в специализированный стационар. Строгий постельный режим рекомендован до восстановления минимального физиологического уровня тромбоцитов. Как при острой, так и при хронической форме ИТП применяют:

1) внутривенные инфузии иммуноглобулина (гамиммун, гамма-глобулин) в дозе 400 мг/кг в течение 5-ти дней, что подавляет иммунные механизмы развития болезни. Этот вид терапии может быть альтернативой спленэктомии, а также использоваться при формах ИТП, рефрактерных к лечению кортикостероидами, иммунодепрессантами, к спленэктомии;

2) кортикостероиды (преднизолон – 2 мг/кг/сут), по показаниям в виде пульс- терапии;

3) при неэффективности гормональных средств и спленэктомии применяют иммунодепрессанты (циклофосфамид, азатиоприн, винбластин и др.), синтетический андроген даназол;

4) плазмаферез при ИТП приводит к почти полному исчезновению антитромбоцитарных антител и ЦИК из крови больного и прекращению антителообразования;

5) спленэктомия показана только при неэффективности терапии иммуноглобулином и препаратами стероидных гормонов при хронической форме ИТП, а также в острых случаях, когда невозможно купировать тяжелые кровотечения, угрожающие жизни больных или сопряженные с угрозой кровоизлияния в мозг. Эффективность метода составляет 75-90 %;

6) симптоматическая терапия, направленная на повышение резистентности сосудистой стенки, улучшение функциональных свойств тромбоцитов и применяемая с гемостатической целью: витамины С, Р, А, кальция пантотенат, аминокапроновая кислота, тромбин, гемостатическая губка, криотерапия, адроксон, дицинон, фитотерапия (крапива, шиповник, кукурузные рыльца, водяной перец, тысячелистник);

7) при выраженной анемии возможно переливание отмытых эритроцитов.

Противопоказаны лекарственные препараты, нарушающие агрегационные свойства тромбоцитов (аспирин, бутадион, индоловые производные и др.).

Схема обследования больного с геморрагическим заболеванием.

При сборе анамнеза обратить внимание на:

- болезни кроветворной системы среди ближайших родственников (кровотечения, кровоизлияния, условия их возникновения, связь с питанием, заболеваниями);
- условия жизни семьи (питание, вредности производства);
- заболеваемость ОРВИ (частота, тяжесть, реакция кроветворной системы, появление кровоизлияний);
- время появление первых геморрагических признаков, их характер, изменчивость, длительность, тяжесть, повторяемость, связь с другими заболеваниями.

При объективном обследовании обратить внимание на:

- тяжесть состояния;
- оценку исходного развития – по общепринятым методам (соответствие ребенка возрасту по физическим и нервно-психическим показателям);
- кожные покровы, слизистые (цвет, сосудистый рисунок), геморрагические высыпания (количество, расположение, величина, глубина, динамика, окраска), кровоизлияния;
- костную и мышечную системы: болезненность в различных отделах спонтанная, при травме (адекватность травме), локализация, наличие или отсутствие пальпаторных изменений;
- провести системный осмотр с акцентом на нервную систему (общий неврологический статус для выявления вторичных отклонений), сердечно-сосудистую систему, размеры печени и селезенки, осмотр стула (выявление примесей крови);
- выделить синдромы поражения по системам;
- провести дифференциальный диагноз геморрагической сыпи.

При оценке лабораторных результатов обратить внимание на:

- морфологический состав периферической крови в динамике;
- стандартный геморрагический комплекс (количество тромбоцитов, время свертывания, время кровотечения), основные показатели свертывающей системы крови, биохимическое исследование крови (билирубин свободный, гематокрит, печеночные пробы, протромбиновые тесты).

Тестовые задания по теме.

1. Для идиопатической тромбоцитопенической пурпуры характерно изменение:а) времени кровотечения

б) времени свертыванияв) и того и другого

г) ни того, ни другого

2. При идиопатической тромбоцитопенической пурпуре тип кровоточивости:

а) гематомный

б) васкулитно-пурпурный в) петехиально-пятнистыйг) смешанный

д) ангиоматозный

3. При идиопатической тромбоцитопенической пурпуре тромбоцитопения обусловлена:

а) недостаточностью образования тромбоцитов б) повышенным разрушением тромбоцитов

в) перераспределением тромбоцитов

4. При идиопатической тромбоцитопенической пурпуре в миелограмме характерно:а) угнетение мегакариоцитарного ростка

б) нормальное число мегакариоцитов

в) раздражение мегакариоцитарного ростка

5. Для геморрагического синдрома при ИТП характерно:а) симметричность высыпаний

б) полиморфность высыпанийв) полихромность высыпаний

г) несимметричность высыпаний

д) наличие излюбленной локализации

е) отсутствие излюбленной локализации

6. Лечение геморрагического синдрома при ИТП проводят:а) переливанием тромбоконцентрата

б) введением недостающих факторов свертыванияв) дициноном

г) викасоломд) гепарином

е) преднизолоном ж) антиагрегантами

з) препаратами α-интерферона

7. В общем анализе крови при геморрагическом васкулите характерно:а) анемия

б) тромбоцитопения

в) тромбоцитоз

г) нейтрофильный лейкоцитозд) ускоренное СОЭ

8. Для геморрагического синдрома при ГВ характерно:а) наличие зуда

б) наличие излюбленной локализациив) склонность элементов к слиянию г) несимметричность высыпаний

д) наличие петехий

е) носовые кровотечения

9. Препараты, применяющиеся для лечения геморрагического васкулита:а) дицинон

б) преднизолонв) гепарин

г) антиагреганты

д) концентраты факторов свертывания кровие) тромбоконцентрат

10. При гемофилии время кровотечения:

а) удлиняется б) не меняется

в) укорачивается

11. Тип наследования при гемофилии:

а) сцепленный с Х-хромосомойб) аутосомно-доминантный

в) аутосомно-рецессивный

12. Клинические проявления гемофилии А связаны с дефицитом фактора:а) VIII

б) IX

в) X г) XI

13. В каком механизме свертывания отмечаются изменения при гемофилии?а) во внешнем

б) во внутреннем

в) и во внешнем и во внутреннем

14. При гемофилии в коагулограмме характерно изменение тестов:а) аутокоагуляционного

б) активированного частичного тромбопластинового временив) тромбопластинового времени

г) тромбинового времени

д) времени рекальцификации плазмы

е) появление продуктов деградации фибрина

15. При лечении гемофилии А применяются:

а) нативная плазмаб) преднизолон

в) дицинон

г) тромбоконцентратд) криопреципитат

е) концентрат фактора VIIIж) викасол

Ситуационные задачи

Задача №1

Мальчик 6 лет, поступил с жалобами на температуру, сыпь на руках и ногах.

Заболевание началось остро, поднялась температура до 38,5ºС, на коже рук и ног появилась обильная геморрагическая сыпь. На второй день мальчик былгоспитализирован.

Состояние при поступлении тяжелое, вял, бледен. На коже разгибательной поверхности рук, ног, ягодицах обильная пятнисто-папулезная симметрично расположенная геморрагическая сыпь. Левое веко отечно, глаз закрыт. Коленные, голеностопные суставы отечны и резко болезненны. Все эти явления держались в течение3 дней. На 5-й день болезни появилась новая волна геморрагической сыпи и одновременно приступообразные боли в животе, рвота. Мальчик отказывался от еды. Боли в животе держались 4 дня, болезненность при пальпации локализовалась то вокруг пупка, то в правой подвздошной области, симулируя аппендикулярный синдром. С 20-го дня заболеваний новых обострений не было.

Анализ крови: Эр. – 3,4 х 10^{12}/л, Нв – 112 г/л, Лейк. – 6,6 х 10^{9}/л (во время приступов болей в животе лейкоцитоз 18,2 х 10^{9}/л), тромб. – 408 х 10^{9}/л, время кровотечения – 3 мин 12 сек, время свертывания крови: начало – 1 мин 20 сек, конец – 4 мин 10 сек.

Анализ мочи – без патологии.

Вопросы:

1. Поставьте диагноз, обоснуйте его.
2. Какие хирургические осложнения могут развиться при этом заболевании?
3. Назначьте лечение.

Задача №2

Девочка 12 лет доставлена в стационар с обильным маточным кровотечением, возникшим впервые.

Последние 6 мес. отмечает частые, обильные кровотечения, образование после микротравм геморрагий разной величины, формы и окраски.

Состояние тяжелое. Бледная. На коже множественные асимметричные геморрагии (от мелких до обширных). Несколько участков кровоизлияния на слизистой оболочке рта.

Периферические лимфоузлы, печень и селезенка не увеличены. АД 100/55 мм. рт. ст.

Анализ крови: Эр. - 3,0 х 10^{12}/л, Нв – 90 г/л, Цв. пок. – 0,9, ретикулоциты – 10%,

Лейк. – 11,2 х 10^{9}/л, Тромб. – 32 х 10^{9}/л, э/ф – 6%, базофилы – 3%, п/я – 12%, с/я – 55%,лимф – 20%, моноциты – 4%, СОЭ – 12 мм/ч.

Вопросы:

1. Ваш диагноз? Обоснуйте ваши предположения.
2. Какое исследование наиболее информативно для подтверждения диагноза?
3. Назначьте лечение данному больному.

Задача №3

Мальчик 6 лет поступил в приемное отделение детской больницы с диагнозом "Ревматизм".

Состояние при поступлении средней тяжести. Пониженного питания. Бледный. На коже правого плеча экхимоз диаметром 5 см. Периферические лимфоузлы незначительно увеличены,

преимущественно в подчелюстной области. Кариозные зубы частично санированы. Тоны сердца слегка приглушены, функциональный систолический шум. Печень и селезенка не увеличены. Неврологический статус без особенностей. Правый коленный сустав шаровидной формы, движения в нем ограничены и резко болезненны.

Из анамнеза известно, что ребенок с раннего возраста страдает повышенной кровоточивостью: после легких травм отмечаются гематомы на туловище и конечностях.

При пункции правого коленного сустава получена гемолизированная кровь.

Анализ крови: эритр. – 3,8 х 1012/л, НВ – 110 г/л, лейк. – 6,5 х 109/л, СОЭ – 23 мм/ч, тромб – 200 х 109/л.

Свертываемость крови по Ли-Уайту – 18 мин. Время рекальцификации – 450 мин. Добавление свежей донорской плазмы нормализовало время рекальцификации, добавление длительно хранящейся плазмы время рекальцификации не изменило.

Вопросы:

1. Поставьте предварительный диагноз. Обоснуйте его.
2. Какие дополнительные исследования необходимо провести?
3. Какое лечение необходимо назначить данному больному?

Занятие по теме:
"ЗАБОЛЕВАНИЯ ПОЧЕК У ДЕТЕЙ".

I. Научно-методическое обоснование темы:

Гломерулонефрит и пиелонефрит имеют у детей свои клинические и патогенетические особенности. Изучение патологии почек в возрастном аспекте будетспособствовать лучшему пониманию и усвоению клиники, принципов лечения и профилактики этих заболеваний.

II. Цель деятельности студентов.

Студент должен знать:

- анатомо-физиологические особенности мочевыделительной системы у детей;
- особенности этиологии, патогенеза и патоморфологии заболеваний почек у детей;
- дополнительные методы исследования при патологии почек;
- особенности клиники гломерулонефрита и пиелонефрита в детском возрасте;
- классификацию болезней почек у детей;
- причины, способствующие хроническому течению гломерулонефрита и иелонефрита;
- принципы лечения и диетотерапия при заболеваниях почек у детей;
- особенности реабилитации детей с данными заболеваниями.

Студент должен уметь:

- собрать анамнез (генеалогический, социальный) и выделить факторы риска развития патологии почек;
- обследовать больного с заболеванием мочевыделительной системы;
- составить план лабораторных, рентгенологических исследований и оценить их результаты;
- поставить развернутый клинический диагноз по классификации;
- провести дифференциальный диагноз с заболеваниями со сходной клинической симптоматикой;
- назначить диету, патогенетическую и неотложную терапию больным с учетом формы заболевания и степени почечной недостаточности, выписать рецепт на медицинские препараты;
- составить план дальнейшей реабилитации больных.

III. Содержание обучения:

1. Гломерулонефрит (этиология, патоморфология, клиника).
2. Основные лабораторные признаки гломерулонефрита.
3. Осложнения острого гломерулонефрита.
4. ОПН при остром гломерулонефрите.
5. Принципы лечения больных острым гломерулонефритом (диета,

медикаментознаятерапия).

6. Диспансерное наблюдение детей, перенесших острый гломерулонефрит.
7. Хронический гломерулонефрит (этиология, формы, стадии, морфологическиеизменения, лабораторные признаки).
8. Принципы диетотерапии и медикаментозного лечения, диспансерного наблюдениябольных хроническим гломерулонефритом.
9. Этиология, патогенез, морфологические изменения при пиелонефрите.
10. Клиническая, лабораторная диагностика пиелонефрита.
11. Лечение, профилактика, диспансерное наблюдение больных с пиелонефритом.

IV. Учебно-материальное обеспечение.

1. Наглядные пособия: таблицы, схемы, мультимедийные презентации, видеофильмы,аудиограммы.
2. Учебная медицинская документация (истории болезни, лабораторные исследования,рентгенограммы).

3. Технические средства обучения.
4. Литература.

V. Список рекомендуемой литературы.

1. Детские болезни: учебник / под ред. А.А.Баранова. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. – 1008 с.
2. Педиатрия: Учебник для медицинских вузов. Под ред. Н.П. Шабалова. – СПб:СпецЛит, 2006. – 895 с.
3. Пропедевтика детских болезней / Н.А. Геппе. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. – 464 с.
4. Шабалов Н.П. Неонатология: Учебное пособие. – М.: МЕДпресс-информ, 2009.
5. Лекции по педиатрии. Пособие для студентов медицинских вузов п/ред. М.В. Эрман. – СПб "Фолиант", 2001. – 480 с.
6. Лекции по педиатрии.
7. Методические указания для внеаудиторной работы студентов 5 курса лечебного факультета по дисциплине "Педиатрия".

VI. Перечень вопросов для проверки исходного уровня знаний:

1. Анатомо-физиологические особенности мочевыделительной системы у детей.
2. Какие жалобы предъявляют больные с патологией мочевыводящего тракта?
3. Какие изменения можно выявить при внешнем осмотре таких больных?
4. Какое дополнительное исследование назначается детям с патологией почек? Какие изменения при этом можно выявить?
5. Какие факторы, предрасполагающий к развитию патологии мочевыводящего трактаВы знаете?

VII. Перечень вопросов для проверки конечного уровня знаний:

1. Назовите этиологические факторы и патоморфологические особенностигломерулонефрита у детей.
2. Перечислите основные клинические и лабораторные признаки гломерулонефрита.
3. Каковы основные клинические и лабораторныепризнаки нефритического инефротического синдромов?
4. Назовите осложнения острого гломерулонефрита.
5. Перечислите основные симптомы ОПН при остром гломерулонефрите.
6. Назовите принципы лечения больных острым гломерулонефритом (диета,медикаментозная терапия).
7. Какие основные задачи решаются при диспансерном наблюдении детей, перенесшихострый гломерулонефрит.
8. Назовите формы и стадии хронического гломерулонефрита.
9. Какие морфологические изменения и лабораторные признаки характерны при хроническом гломерулонефрите?
10. Назовите принципы диетотерапии и медикаментозного лечения, диспансерного наблюдения больных хроническим гломерулонефритом.
11. Какие этиологические факторы, способствуют развитию пиелонефрита у детей?
12. Назовите основные звенья патогенеза и морфологические изменения припиелонефрите.
13. Какие исследования необходимо провести больному для подтверждения диагнозапиелонефрита?
14. Охарактеризуйте принципы лечебно-профилактических мероприятий идиспансерного наблюдения больных с пиелонефритом.

Блок информации

ОСТРЫЙ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТ (ОГН)

– острое, циклически развивающееся после инфекции заболевание почек инфекционно- аллергического (иммуноаллергического) генеза, клинически проявляющееся различными синдромами (отеки, гипертония, гематурия).

В классификации ОГН один из четырех клинических синдромов определяет такие его формы:

1) нефритический (умеренные отеки, гипертензия, мочевой синдром), являющийся классическим или типичным началом этой формы ГН;

2) нефротический (преобладание отеков, выраженная протеинурия – более 3 гр/сут);

3) изолированный мочевой синдром (без отеков и гипертензии);

4) смешанный (нефротический синдром с гематурией и гипертензией).

По активности процесса выделяют: период начальных проявлений, периодобратного развития и переход в хронический ГН.

Состояние почек оценивается: без нарушения функции почек, с нарушением функции почек и ОПН.

При нефритическом синдроме отеки и гипертензия выражены нерезко; постоянным симптомом является гематурия. Отеки появляются в области век (могут и отсутствовать), лицо становится пастозным, кожа – резко бледной. АД умеренно повышается, обычно к 8- 10-му дню от начала болезни оно нормализуется. Выраженность гематурии бывает разной. Невысокой оказывается при этой форме и протеинурия (менее 3 гр/сут), которой свойственно быстрое снижение.

ОГН в форме нефротического синдрома встречается преимущественно у детей дошкольного возраста.

Клиника: распространенные отеки (вплоть до асцита); изменения мочи (высокая протеинурия, цилиндрурия – гиалиновая, зернистая и эпителиальная). Гематурия для этой формы ГН не характерна. Гипертензия отсутствует или кратковременная. В крови обнаруживают гипопротеинемию, содержание холестерина в плазме увеличивается. Наблюдается общая бледность кожных покровов.

ОГН с нефротическим синдромом, гематурией и гипертензией наблюдается у детей старшего возраста (12-15 лет), по характеру течения и исходу является наиболее тяжелой формой ОГН.

***Жалобы*:** сильная головная боль, одышка.

Клиника: стойкая гипертензия, отеки менее выражены, чем при нефротической форме, но отечный период более продолжительный; протеинурия, гематурия. В остром периоде заболевания наблюдается олигурия. Существует опасность развития ОПН. Постоянным симптомом является протеинурия, она может быть не очень массивной, но длительной. Отмечается гематурия или микрогемаурия. В осадке мочи обнаруживаются гиалиновые, зернистые цилиндры. В крови – гипопротеинемия, гиперхолестеринемия.

Прогноз болезни при наличии данного синдрома всегда серьезный.

Хронический ГН характеризуется длительным рецидивирующим или непрерывным течением. Формируется обычно к концу 1-го года заболевания ОГН при его неблагоприятном течении. К хронизации приводят: нарушения диетического идвигательного режимов, наслоение различных инфекционных заболеваний и др.

По характеру клинических проявлений, выделяют три формы хронического ГН:

1) нефротическая;
2) смешанная;
3) гематурическая.

Для *нефротической формы* характерны признаки нефротического синдрома: отеки различной степени выраженности, протеинурия, гипопротеинемия, гипер-α2- глобулинемия, гипоальбуминемия, гиперхолестеринемия и липидемия. Осадок мочи – нормальный, гипертензия отсутствует. У большинства больных наблюдается высокоселективная протеинурия и нормальная функция почек. У некоторых детей может быть ограничение клубочковой фильтрации (50-70 мл/мин.) Течение нефротической формы хронического ГН чаще рецидивирующее.

Смешанная форма хронического ГН характеризуется признаками нефротического синдрома, гематурией с гипертензией. Длительная гипертензия сопровождается гипертрофией левого желудочка, иногда с развитием острой сердечно-сосудистой недостаточности и дисциркуляторной (сосудистой) энцефалопатии. Протеинурия превышает 2,5 гр. в сутки, неселективная, умеренное ограничение клубочковой фильтрация, рано появляется и обычно прогрессирует нарушение канальцевых функций, наблюдается анемия, течение заболевания – прогрессирующее.

Гематурическая форма проявляется только мочевым синдромом в виде гематурии без протеинурии или в сочетании с небольшой протеинурией, отеки и гипертензия отсутствуют, функции почек сохранены длительный период.

В зависимости от выраженности симптомов, выделяют следующие периоды: 1) обострения;

2) частичной ремиссии;

3) клинико-лабораторной ремиссии, при которой отсутствуют все симптомы болезни.

О выздоровлении при хроническом ГН можно говорить в случае сохранения полной клинико-лабораторной ремиссии в течение 5-ти лет и более.

Хронический ГН может протекать без нарушения функции почек с нарушением их основных функций и хронической почечной недостаточностью.

Лечение острого, быстро прогрессирующего и хронического гломерулонефритов должно быть комплексным (режим, рациональная диета, медикаментозная терапия, санаторно-курортное лечение) и индивидуальным.

1. Постельный режим составляет 2-3 недели.

2. Диета**.** В активной стадии исключается или ограничивается поваренная соль, уменьшается белковая нагрузка при сохранении достаточного калоража и жидкости. Бессолевая диета рекомендуется при олигоануриях, отеках и гипертензии. Жидкость назначается, по суточному диурезу предыдущего дня с учетом экстраренальных потерь.

Ребенок должен получить за сутки не менее 500 мл. жидкости (с учетом приема пищи). Количество общего белка составляет 50-55 гр. в сутки; Калорийность сохраняется за счет увеличения углеводов и жиров.

При схождении отеков целесообразно обогащение диеты калием.

3. Антибиотики (пенициллинового ряда, макролиды, цеалоспорины II-III поколения) назначаются в средневозрастных дозах. При наличии симптомов почечной недостаточности, олигоанурии дозы антибиотиков уменьшаются до 1/-1/3 суточной дозы, так как возможна их кумуляция и возникновение побочных явлений. Длительность антибиотикотерапии 3-4 недели, каждые 8-10 дней необходимо менять антибиотик. Противопоказаны нефротоксичные антибиотики: гентамицин, тетрациклин, сизомицин, канамицин и т.д.

4. Препараты, улучшающие реологические свойства крови – дезагреганты (курантил, трентал), антикоагулянты (гепарин)

5. Глюкокортикоиды (преднизолон, метилпреднизолон, дексаметазон).

Наиболее распространенная схема – ежедневное назначение препарата в течение 1,5-2 мес.с последующим переходом на прерывистую терапию. Полная суточная доза преднизолона равна 1,5-2 мг/кг назначается в 3 приема в первую половину дня. Доза препарата уменьшается каждые 5-7 дней на 2,5-5 мг. Прерывистое лечение проводится с постепенным увеличение перерыва от 1 до 4 дней (3 дня больной получает препарат 4 дня перерыв). Поддерживающая доза дается в один прием, утром.

6. Цитостатики (хлорбутин, циклофосфан, азатиоприн) применяются при лечении гормоноустойчивых формы ГН.

7. При отечном синдроме показаны диуретические препараты – салуретики: гипотиазид, фуросемид (лазикс), этакриновая кислота (урегит), клопамид, триамтерен, триампур, альдактон.

Помимо салуретиков, с диуретической целью можно использовать осмодиуретики: альбумин в/в 0,5-1,0 г/кг, 10-20 % раствор маннитола по 200-300 мл в сутки (из расчета 1 гр. вещества на 1 кг. массы тела), 20 % раствор глюкозы 10-15 мл/кг, в/в струйно, реополиглюкин 10-15 мл/кг.

8. При гиперазотемических синдромах также необходимы инфузионная терапия и щелочное питье, использование леспефлана внутрь по 5-15 мл, 3-4 раза в сутки (возможно увеличение дозы) 3-4 недели или леспенефрила внутрь по 3-4 чайные ложки в день или в/м по 1 ампуле 2-3 раза в день 3-4 недели. Применяют при азотемиях унитиол и энтеросорбенты (энтеросгель, полифепан, смекту) в возрастных дозах.

9. При гипертензином синдроме назначают препараты: атенолол, эналаприл, рамиприл, каптоприл, капотен. Раннее применение гипотензивных средств на фоне лечебно-охранительного режима, резкого ограничения поваренной соли в диете дает возможность предотвратить развитие почечной эклампсии.

10. Иммуноаллергический компонент генеза гломерулонефритов диктует необходимость использования антигистаминных препаратов (диазолин, тавегил и т. д.) в возрастных дозах курсами по 3-4 недели.

11. Больным с гематурическими формами ГН назначают аскорутин, викасол, дицинон, аминокапроновую кислоту в возрастных дозах.

12. Нестероидные противовоспалительные препараты (НПВП) являются ингибиторами простагландинов и стабилизаторами клеточных мембран, подавляют действие гистамина, серотонина, брадикинина на ткани, обладают антитромботическим действием, иммуносупрессивной, антикомплементарной и фибринолитической активностью. НПВП используются в общепринятых дозах, курсами 4-6 недель (вольтарен (ортофен), диклофенак-натрий, индометацин, ибупрофен (бруфен)).

13. Мембраностабилизирующая и антиоксидантная терапия: димефосфон, липоевая кислота, алоэ, окись магния, эссенциале, карсил, унитиол, аевит, витамин В, оксигенотерапия).

Диспансерное наблюдение.

Частота осмотров: педиатр 1 раз в 2 нед. в течение 3 мес., далее 1 р/мес. в течение первого года наблюдения, затем 1 раз в 3 мес. в течение 3 лет, далее 2 раза в год. Нефрологосматривает ребенка 1 раз в месяц в течение 3 мес., далее 1 раз в 3 мес. в течение первого года наблюдения, далее 1 раз в 6 мес. в течение 3 лет, далее 1 раз в год. Стоматолог, офтальмолог и ЛОР-врач осматривают ребенка 2 раза в год, другие специалисты по показаниям.

Диспансерное наблюдение продолжается 5 лет при всех формах острого ГН и полностью нормализовавшихся анализах крови и мочи. Больные с хронически ГН наблюдаются до перевода во взрослую поликлинику.

ПИЕЛОНЕФРИТ

Пиелонефрит (ПН) – неспецифическое микробно-воспалительное заболевание почекс преимущественным поражением чашечно-лоханочной системы и тубулоинтерстициальной ткани почек.

Этиология: бактериальная инфекция: кишечная палочка, протей, стафилококк, энтерококки, микоплазмы, хламидии, вирусы (аденовирусы, энтеровирусы, вирусы герпесаи парагриппа), клебсиелла, синегнойная палочка, стрептококк. Возросла этиологическая роль грибов.

Патогенез: развитие ПН возможно при наличии вирулентной и достаточномассивной инфекции, способной преодолеть порог индивидуальной сопротивляемости организма.

Основные факторы риска: наследственная предрасположенность, незрелость и нарушение дифференцировки почечной ткани; нарушение внутрипочечного кровотока и лимфотока; нарушение нормального оттока мочи; диффузия или сегментарная гипоплазия мышц мочеточника; снижение общей и местной иммунологической защиты; факторы, приводящие к тубулоинтерстициальным изменениям (кристаллурия, инфекции, нарушение гомеостаза, воздействие лекарственных препаратов); бактериальная аллергия.

В развитии вторичного ПН придается значение врожденным аномалиям почек и мочевых

путей, ведущих к нарушению пассажа мочи и расстройству гемодинамики почки, первичным вторичным тубулопатиям; дизметаболическим нефропатиям, пузырно- мочеточниковому и другим рефлюксам.

Под первичным ПН понимают необструктивный процесс, под вторичным – обструктивный. Острый ПН характерен для первичного варианта болезни и, как правило, заканчивается через 4-6 недель полной клинико-лабораторной ремиссией (80-90 %). Хронический ПН диагностируется при сохранении болезни более 6 мес. от ее начала или при наличий за этот период не менее двух-трех рецидивов.

Клиника острого ПН.

У детей первого года жизни преобладает уриногенный путь распространения инфекции. ПН проявляется высокой температурой тела, явлениями диспепсии, расстройством стула, протекает под маской кишечного токсикоза или ОРВИ с преобладанием неврологической симптоматики (судороги, менингеальные симптомы). Такое течение заболевания связано со склонностью детей раннего возраста к генерализации воспалительного процесса. Дети беспокойны, особенно при мочеиспускании. Мочеиспускание бывает малыми порциями, слабой струей, с длительным

опорожнением мочевого пузыря, сопровождающимся напряжением мышц живота – надлобковым напряжением. У грудных детей заболевание проявляется чаще в 4-5- месячном возрасте.

Начало острого ПН у детей старшего возраста проявляется высокой лихорадкой и нарушением общего состояния. Жалобы: головная боль, слабость, утомляемость. Живот при пальпации болезненный, особенно по ходу мочеточников, отмечается напряжение мышц брюшной стенки, боли в пояснице, симптом Пастернацкого – положительный. Появляются "тени" вокруг глаз, пастозность век и реже – голеней, явления дизурии и диспепсии. Бывают никтурия, энурез. Моча мутная, в ней содержится значительный осадок и хлопья, реакция – кислая. Характерная бактериурия – свыше 100 000 микробных тел в 1 мл мочи. В моче, независимо от возраста ребенка, превалируют нейтрофильная лейкоцитурия, вплоть до пиурии, содержится белок в пределах 1-2 % (в суточной моче – свыше 100 мг.), определяются единичные свежие эритроциты, гиалиновые цилиндры, почечный эпителий. Относительная плотность мочи не нарушена. Гиперазотемия не возникает. Отмечается некоторое замедление секреторно-экскреторной функции канальцевого аппарата нефрона.

В крови определяются нейтрофильный лейкоцитоз, увеличенная СОЭ.

На УЗИ в острой стадии воспаления – увеличение паренхимы почки, расширение лоханки. Увеличение размеров почки происходит за счет интерстициального отека. Видны увеличенные пирамиды мозгового слоя и утолщенный почечный синус.

Выделяют следующие <u>основные синдромы острого ПН</u>:

- синдром общей интоксикации,
- желудочно-кишечный,
- урологический,
- болевой,
- дизурический,
- мочевой.

Клиника хронического ПН зависят от формы (первичный или вторичный), стадии заболевания, течения процесса, степени распространения, одно- или двустороннего поражения почек.

Клиническая картина (основные признаки):

- интоксикация (гипертермия без катаральных явлений, головная боль, слабость, снижение аппетита, "тени" под глазами);
- боли в животе и/или пояснице;
- болезненность при пальпации области почек, мочеточниковых точек.
- болезненность при поколачивании по пояснице;
- нарушение мочеиспускания.

Варианты течения ПН:

- острое манифестное начало;

- постепенное появление признаков заболевания;
- латентное малосимптомное течение.

Кардинальные признаки заболевания:

– анамнестические данные (дизурия, поллакиурия, боль и напряжение в боку, лихорадка,приступы гиперпирексии без локальных симптомов);

– болезненность при пальпации почек;

– нарушение концентрационной способности почек;

– бактериурия;

– патологический мочевой осадок;

– рентгенологические изменения, по данным экскреторной, ретроградной урографии,селективной ангиографии и цистоуретрографии.

Обязательные клинико-лабораторные методы:

– клиническое обследование;

– оценка физического развития;

– измерение артериального давления;

– клинический анализ крови (лейкоцитоз, нейтрофилез со сдвигом влево, повышениеСОЭ)

– клинический анализ мочи (лейкоцитурия свыше 10 лейкоцитов в поле зрения);

– посев мочи – бактериурия, бактериальное число выше 100 000 микробных тел в 1 мл.мочи);

– проба Зимницкого – нарушение ритма мочеотделения, могут быть нарушенияспособности концентрировать и разводить мочу;

– исследование суточной экскреция солей (оксалаты, ураты, кальций, фосфаты).

Обязательные специальные методы диагностики:

– ультразвуковое исследование почек и мочевого пузыря с оценкой положения, размеров,формы и структуры органов;

– микционная цистоуретрография;

– экскреторная урография.

Лечение.

1. Режим:

а) постельный – при наличии интоксикации, гипертермии, озноба, болевого синдрома,выраженных дизурических расстройств. Длительность 3-5 дней.

б) палатный – при нормализации температуры, уменьшении илиликвидацийэкстраренальных симптомов, улучшении мочевого осадка – 3-5 дней.

в) общий – при ликвидации экстраренальных симптомов и значительном улучшении мочевого осадка.

2. Диета: при экстраренальных проявлениях назначают стол с умеренным ограничением белка (1,5 г/кг) и натрия хлорида (2-3 гр. в сутки). Дополнительный прием жидкости: до 7 лет 500-700 мл.; 7-10 лет – 700-1000 мл.; старше 10 лет – 1,0-1,5 л. – клюквенный или брусничный морс, отвар из сухих яблок и груш. В зависимости от реакции мочи, рекомендуется чередование белковой (подкисляющей) и растительной (подщелачивающей) пищи каждые 3-5 дней. Это создает неблагоприятные условия для роста бактерий.

3. Антибактериальная терапия:

При экстраренальных признаках и высокой параклинической активности (повышение СОЭ выше 30 мм/ч, лейкоцитурия более 100 лейкоцитов в п/зр, бактериурия свыше 100 000 микробных тел в 1 мл.) до получения ответа посева мочи на чувствительность назначают полусинтетические пенициллины в сочетании с уросептиком (фурагин). Длительность терапии 10-14 дней.

При установлении грамотрицательной флоры (кишечная палочка, энтерококки, клебсиеллы, сальмонеллы, протей, синегнойная палочка) следует назначать:

- Цефазолин (кефзол) 40-80 мг/кг в сутки, в 2 введения;
- Цефалексин 25-50 мг/кг в сутки, в 4 введения;
- Цефуроксим 30-100 мг/кг в сутки, в 3 введения;
- Цефаклор 20 мг/кг в сутки, в 3 введения;
- Цефотаксим (клафоран) 50-100 мг/кг в сутки, в 2-4 введения;
- Цефтризоксим (эпоцеллин) 1,0-2,0 мг в сутки, в 2-4 введения;
- Рулид (рокситромицин) 1/2 таблетки 2 раза в сутки.

При рецидивирующей инфекции и наличии смешанной флоры допустима комбинация двух антибиотиков или лучше – антибиотика с антибактериальным препаратом:

- 5-нок (нитроксолин) оказывает противовоспалительный и противосклеротический эффект, 5-10 мг/кг в сутки, в 4 приема, перорально, после еды.
- Грамурин – эффективен против протея, кишечной палочки, золотистого стафилококка. Детям от 2-х до 12 лет и взрослым по 2 таблетки (0,5 гр.) 3 раза в день, перорально, после еды. Курс лечения от 7-10 дней до 2-4 недель.
- Нолицин – по 0,5 таблетки, 2 раза в день, перорально, после еды.
- Норбактин – по 1/3-1/2-1 таблетке, 2 раза в сутки, перорально, после еды.
- Нитрофурановые препараты (фурагин, фурадонин) 5-8 мг/кг массы тела в сутки, в 3-4 приема, перорально, после еды. Назначаются реже, так как дают многочисленные побочные эффекты. Курс лечения 7-10 дней, при необходимости повторяют после 10-15- дневного перерыва.

Лечение одними антибиотиками продолжается в течение 4-х недель со сменой препарата каждые 8-10 дней. При отрицательной двух-трехкратной бактериурии лечение продолжают одним из антибактериальных препаратов такими же циклами (8-10-ти дней), всего – до 4-6 недель.

После 4-6 недель непрерывного лечения продолжают лечение амбулаторно или в санатории прерывистым курсом 10-12 дней в мес.) 3 мес. Каждый раз препараты меняются, параллельно назначается фитотерапия. При вторичных ПН, в период обострения, лечение ведется аналогично острому, затем прерывистый курс продолжается до 6 мес.

4. Детоксикационная терапия: проводится у детей с тяжелой формой заболевания.

Назначают в/в капельно 10 % раствор глюкозы (10 мл/кг), реополиглюкин (из расчета 10- 20 мл/кг сутки) и в конце вливания – лазикс (фуросемид) в дозе 1 мл/кг. Внутрь показаны натуральные соки, компоты, кисели, отвары шиповника, минеральные воды (Трускавецкая, Боржоми, Ессентуки и т. д.).

5. Патогенетическая и симптоматическая терапия. Назначаются десенсибилизирующие препараты (диазолин, тавегил, супрастин, фенкарол, пипольфен) в возрастных дозах, непрерывным курсом 3-4 недели, в активный период заболевания.

6. Антиспастическая терапия: рекомендуется при болевом синдроме (но-шпа в дозе 1 мг/кг в сутки; баралгин, максигам); длительность – 3-5 дней. Показано применение эуфиллина в возрастной дозе в/в.

7. При наличии иммунодефицита назначаются иммуномодулирующие средства под контролем иммунограммы.

8. Активаторы внутриклеточного обмена и мембраностабилизирующие средства – витамины А, группы В, Е, АТФ, кокарбоксилаза, 2,5 % раствор ксидифона, 15 % раствор димефосфона, унитиол в возрастной дозе, курсами 3-4 недели (2-3 раза в год при хроническом ПН). При дизметаболических нарушениях используют эссенциале, магния оксид в течении 2-3-х недель.

Диспансерное наблюдение.

Осмотры специалистов: педиатр – 1 раз в 1-2 мес., нефролог 2 р/год.

Анализ мочи 1 р/мес, ан. мочи по Нечипоренко 1 раз в 3 месяца, посев мочи на флору 1 раз в 3 месяца.

Длительность диспансерного наблюдения 6 месяцев.

Задания для самостоятельной работы:

1. Решите ситуационные задачи и задания тестового контроля.
2. Осмотрите больного с патологией мочевыводящего тракта, опишите выявленные изменения в состоянии его здоровья.
3. Выпишите:

- кларитромицин
- фурагин
- бактрим
- верошпирон
- делагил

Самостоятельная работа студентов.Схема обследования больного:

При сборе анамнеза обратить внимание на:

- наличие у ребенка хронических очагов стрептококковой инфекции;
- заболевания, предшествующие развитию гломерулонефрита или пиелонефрита;
- начало заболевания и последовательность проявления симптомов заболевания;
- проводимое дома лечение.

При общем осмотре обратить внимание на:

- цвет кожных покровов;
- наличие отеков, их локализацию, степень выраженности;
- АД;
- состояние сердечно-сосудистой системы;
- состояние других органов и систем (осмотр зева, пальпация живота).

При оценке параклинических методов исследования обратить внимание на:

- анализ мочи (содержание белка, эритроцитов, лейкоцитов, цилиндров);
- степень бактериурии;
- посев мочи на флору;
- пробу Зимницкого;
- клиренс эндогенного креатинина;
- клинический анализ крови;
- биохимический анализ крови (содержание белка, белковых фракций, холестерина, β-липопротеидов, мочевины, остаточного азота, креатинина);
- данные УЗИ почек (форма, размер, расположение, состояние чашечно-лоханочной системы, наличие конкрементов); данные экскреторной урографии, микционной цистографии.

Ситуационные задачи.

Задача №1

Больной 7 лет, поступил в клинику на 3-й день болезни с жалобами на головную боль, отечность лица, голеней, появление мочи в виде "мясных помоев".

Ребенок от первой беременности, протекавшей с токсикозом первой половины, первых срочных родов. Масса при рождении 3150 гр., длина 50 см., Оценка по шкале Апгар 8/8 баллов. Раннее развитие без особенностей. На грудном вскармливании до 7 месяцев, привит по возрасту. С 5 лет состоит на диспансерном учете в связи с хроническимтонзиллитом, частыми ОРВИ. Генеалогический анамнез не отягощен.

Настоящее заболевание началось через 2 недели после перенесенной ангины. При поступлении состояние средней тяжести. Кожа и видимые слизистые обычной окраски, чистые, отмечается отечность лица, пастозность голеней и стоп. Зев нерезко гиперемирован, миндалины II-III степени, разрыхлены, без наложений. Сердечно-легочная деятельность удовлетворительная, АД 130/85 мм. рт. ст. Живот обычной формы, мягкий, доступен глубокой пальпации во всех отделах, безболезненный. Печень у края реберной дуги. Почки не пальпируются, симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. Суточный диурез 300-400 мл., моча красного цвета.

Общий анализ крови*:* Эр - 4,3х 10^{12}/л, Нв - 125 г/л, Лейк - 12,3х10^{9}/л, п/я - 5%. с - 60%, э - 5%, л - 24%. м - 6%, СОЭ - 20 мм/час.

Общий анализ мочи: количество - 70,0 мл, цвет - красный, прозрачность - неполная, реакция - щелочная, относительная плотность - 1023, эпителий - 1-2 в п/з, эритроциты - измененные, покрывают все поля зрения, лейкоциты - 2-3 в п/з, цилиндры - зернистые 3-4в п/з, белок - 0,9‰.

Биохимический анализ крови*:* общий белок - 65 г/л, альбумины - 53%, альфа 1-глобулины - 3%, альфа2-глобулины - 17%, бета-глобулины - 12%, гамма-глобулины - 15%, мочевина - 17,2 ммоль/л, креатинин - 1,87 ммоль/л, калий - 5,21 ммоль/л, натрий - 141,1 ммоль/л, холестерин - 6,0 ммоль/л, бета - липопротеиды - 2,0 г/л.

Биохимический анализ мочи*:* белок - 600 мг/сут (норма - до 200), фосфор - 21 ммоль/сут (норма - до 19-32), кальций - 3,6 ммоль/сут (норма 1,5-4), креатинин - 2,5 ммоль/сут (норма - 2,5-15), аммиак - 28 ммоль/сут (норма - 30-65), титрационная кислотность - 40 ммоль/сут (норма - 48-62), оксалаты - 44 мг/сут (норма - до 17).

УЗИ: печень, желчный пузырь, поджелудочная железа, селезенка без патологии. Почки распложены обычно, размеры не увеличены, паренхима не изменена. ЧЛС имеет обычное строение.

Задание:

1. Сформулируйте развернутый клинический диагноз.
2. Составьте план лабораторно-инструментального обследования.
3. Какие методы следует использовать для уточнения функционального состояния почек?
4. Назначьте необходимое лечение.
5. Длительность диспансерного наблюдения за больным?

Задача № 2

Девочка 9 лет, поступила в отделение по поводу болей в поясничной области, учащенного мочеиспускания.

Ребенок от первой беременности, протекавшей с токсикозом первой половины. Роды на 38-й неделе. Масса при рождении 3500 гр., длина 52 см. Период новорожденности протекал без особенностей. Из детских инфекций перенесла ветряную оспу, краснуху. ОРВИ - часто. Аллергоанамнез не отягощен.

Заболеванию предшествовало переохлаждение. На следующий день появилась головная боль, адинамия, боль в животе и поясничной области слева, температура повысилась до 39°С. Катаральных явлений не отмечалось. В течение последующих 4 дней продолжала высоко лихорадить, наблюдалась поллакиурия, моча была мутная.

При поступлении в стационар состояние средней тяжести. Кожные покровы бледные, отеков не наблюдалось, температура тела 38°С. Симптом Пастернацкого положительный с обеих сторон, больше слева. Пальпация левой почки болезненна. Отмечается учащенное мочеиспускание.

Общий анализ крови: Эр - 4,5xl0^{12}/л, Нв - 140 г/л, Лейк – 10,5х 10^{9}/л, п/я - 10%, с - 60%, л - 22%, м - 8%. СОЭ - 28 мм/час.

Общий анализ мочи: реакция - нейтральная, белок - 0,09‰, лейкоциты - сплошь все поля зрения, эритроциты -1 в п/з, соли - оксалаты. бактерии - много.

Биохимический анализ крови*:* общий белок - 72,0 г/л, СРБ +++, серомукоид - 0,3, мочевина - 4,3 ммоль/л.

УЗИ почек*:* почки расположены правильно, левая - 107х42х13 мм., правая - 94х37х13 мм. Эхо-сигнал от собирательной системы изменен с обеих сторон, больше слева, расширен. Подозрение на удвоение левой почки.

Посев мочи*:* высеяна кишечная палочка в количестве 100 000 микробных тел/мл.

Задание:

1. Ваш диагноз? Обоснование диагноза.
2. Опишите этиологию и патогенез данного заболевания.
3. Составьте план дальнейшего обследования ребенка.
4. Укажите дополнительные методы исследования для уточнения диагноза.
5. Перечислите функциональные методы исследования почек.
6. Какова врачебная тактика ведения ребенка?

Тестовые задания.

1. Проба по Зимницкому позволяет оценить:а) концентрационную функцию почекб) фильтрационную функцию почек
2. При нарушении пассажа мочи пиелонефрит считается:а) необструктивным
б) обструктивным

3. При пиелонефрите поражается:

а) слизистая оболочка мочевого пузыря

б) кровеносная и лимфатическая система почек

в) канальцы, чашечно-лоханочный аппарат и интерстицийг) клубочек

4. О хронизации процесса можно говорить при активности пиелонефрита:а) более 3 мес.

б) более 6 мес.в) более 1 года

5. При высокой активности инфекционно-воспалительного процесса в почках возможнопроведение:

а) урографии б) цистографииг) УЗИ почек

д) радиоизотопного исследования почеке) ангиографии

6. Прием жидкости при пиелонефрите:а) ограничивается

б) повышается

7. Для пиелонефрита характерны: а) симптомы интоксикации б) повышение температуры

в) боли при мочеиспускании г) боли в поясничной областид) отеки

8. Лабораторные изменения при пиелонефрите:а) бактериурия

б) гематурия

в) цилиндрурия г) протеинурия д) лейкоцитурияе) азотемия

9. В лечении пиелонефрита используются:

а) мочегонныеб) уросептики

в) гипотензивные препаратыг) антибиотики

д) антиагреганты

е) глюкокортикоиды

10. При остром гломерулонефрите поражается:а) интерстициальная ткань почек

б) клубочек

в) канальцы, чашечно-лоханочный аппарат и интерстицийг) корковое и мозговое вещество почек

д) слизистая оболочка мочевого пузыря

11. В терапии острого гломерулонефрита с нефротическим синдромом применяется:а) гидрокортизон

б) делагил

в) преднизолонг) капотен

12. Прием преднизолона внутрь при остром гломерулонефрите осуществляется:а) равномерно в течение суток

б) преимущественно в утренние часы

13. Острый гломерулонефрит с нефритическим синдромом характеризуется:а) умеренными отеками

б) лейкоцитуриейв) протеинурией г) азотемией

д) гематурией

е) гиперлипидемиейж) гипертонией

14. Олигурией называется снижение диуреза от суточных возрастных норм:а) на 1/3

б) на 2/3в) на 1/2

15. Преднизолон назначается при:

а) нефротической форме хронического гломерулонефрита б) гематурической форме хронического гломерулонефрита

16. Нефротический синдром характеризуется:а) выраженной протеинурией

б) гипопротеинемиейв) гипертензией

г) гиперлипидемиейд) отеками

е) гематурией

17. Для смешанной формы хронического гломерулонефрита характерны:а) гипотония

б) выраженные отекив) гипертония

г) незначительные отекид) гиперлипидемия

е) нормальный уровень холестеринаж) гематурия

18. Низкие показатели удельного веса мочи обозначаются как:а) гиперстенурия
б) гипостенурияв) изостенурия г) олигурия
19. Для цистита характерны следующие симптомы:а) интоксикация
б) гипертермия
в) боли при мочеиспускании г) боли в поясничной областид) лейкоцитурия
е) бактериурия
20. При нефротической форме гломерулонефрита отеки имеют следующиехарактеристики:
а) распространенные
б) пастозность век и голеней
в) "мягкие" г) "плотные"

Занятие по теме:
"ЗАБОЛЕВАНИЯ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА И ПЕЧЕНИ У ДЕТЕЙ".

I. Научно-методическое обоснование темы.

Болезни органов пищеварения в структуре соматической заболеваемости населения занимают одно из первых мест. Наблюдается высокий уровень распространенности гастроэнтерологических заболеваний и среди детей. Начинаясь в детском возрасте, заболевания органов пищеварения более тяжело протекают у взрослых: проводят к развитию тяжелой патологии со стороны желудка и 12-ти перстной кишки, желчекаменной болезни, в патологический процесс вовлекаются и другие отделы гастробиллиарной системы. В соответствие с этим в задачу нормативов специалиста широкого профиля должно входить изучение причин и условий формирования патологии органов пищеварения, методов клинической, лабораторной и инструментальной диагностики, вопросов диспансерного наблюдения, принципов преемственности медицинского обслуживания (педиатров и терапевтов).

II. Цель деятельности студентов на занятии:

Студент должен знать:

- анатомо-физиологические особенности желудка, 12-ти перстной кишки ижелчевыводящих путей;
- факторы, способствующие заболеванию гастробиллиарной системы у детей;
- основные признаки заболевания и гастробиллиарной системы у детей;
- характеристику болевого синдрома;
- принципы функциональных и специальных методов исследования в детскойгастроэнтерологической практике;
- принципы классификации заболеваний желудка, 12-ти перстной кишки ижелчевыводящих путей;
- диагностические критерии заболеваний желудка и 12-ти перстной кишки,желчевыводящих путей;
- принципы лечение и диетотерапия при гастроэнтерологической патологии;
- особенности диспансерного наблюдения за ребенком.

Студент должен уметь:

- выявлять факторы, способствующие заболеваниям желудка, 12-ти перстной кишки ижелчевыводящих путей у детей;
- обследовать больного с заболеваниями гастробиллиарной системы, оценить болевойсиндром, данные анамнеза;
- назначить план дополнительного лабораторного, инструментального, рентгенологического исследования и оценить их результаты;
- поставить диагноз в соответствии с существующей классификацией;
- назначить диету и лечение больных с гастробиллиарной патологией;
- составить план диспансерного наблюдения за детьми с патологией желудка, 12-типерстной кишки и желчевыводящих путей.

III. Содержание обучения:

1. Факторы, предрасполагающие к развитию гастроэнтерологической патологии.
2. Семиотика заболеваний органов пищеварения (хронический гастрит, дуоденит, язвенная болезнь).
3. Классификация заболеваний пищеварительного тракта.
4. Методы дополнительного обследования гастроэнтерологических больных.
5. Принципы терапии и профилактики болезней желудочно-кишечного тракта.
6. Семиотика заболеваний желчевыделительной системы (хронический гепатит,холецистит, дискинезии желчевыводящих путей).
7. Классификация заболеваний билиарной системы.
8. Принципы лечения, профилактики, диспансерного наблюдения больных сзаболеваниями желчевыделительной системы.

IV. Учебно-материальное обеспечение.

1. Наглядные пособия: таблицы, схемы, мультимедийные презентации, видеофильмы, аудиограммы.
2. Учебная медицинская документация (истории болезни, лабораторные исследования, рентгенограммы).
3. Технические средства обучения.
4. Литература.

V. Список рекомендуемой литературы.

1. Детские болезни: учебник / под ред. А.А.Баранова. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. – 1008 с.
2. Педиатрия: Учебник для медицинских вузов. Под ред. Н.П. Шабалова. – СПб:СпецЛит, 2006. – 895 с.
3. Пропедевтика детских болезней / Н.А. Геппе. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. – 464 с.
4. Шабалов Н.П. Неонатология: Учебное пособие. – М.: МЕДпресс-информ, 2009.
5. Лекции по педиатрии. Пособие для студентов медицинских вузов п/ред. М.В. Эрман. – СПб "Фолиант", 2001. – 480 с.
6. Лекции по педиатрии.
7. Методические указания для внеаудиторной работы студентов 5 курса лечебного факультета по дисциплине "Педиатрия".

VI. Перечень вопросов для проверки исходного уровня знаний.

1. Анатомо-физиологические особенности органов пищеварения ижелчевыделительной системы у детей.
2. Особенности обмена веществ у детей.
3. Состав нормальной кишечной флоры у детей.
4. Предрасполагающие факторы к развитию патологии органов пищеварения.

VII. Перечень вопросов для проверки конечного уровня знаний.

1. Характеристика болевого синдрома при заболеваниях желудка и 12-перстной кишки.
2. Особенности физикального обследования детей с заболеваниями желудка и 12-перстной кишки.
3. Принципы функциональных исследований в гастроэнтерологической практике.
4. Классификация заболеваний желудка и 12-перстной кишки у детей.
5. Рентгенологические и инструментальные методы исследования при заболеваниях желудка и 12-перстной кишки. Дифференциально-диагностические признаки хронического гастрита, дуоденита, язвенной болезни.
6. Принципы лечения заболеваний желудка и 12-перстной кишки у детей.
7. Особенности диспансерного наблюдения за детьми с заболеваниями желудочно-кишечного тракта.
8. Классификация заболеваний желчевыводящей системы у детей.
9. Факторы, способствующие развитию заболеваний желчевыводящих путей.
10. Клинико-лабораторная характеристика хронического гепатита у детей.
11. Патогенетические механизмы развития холецистита и дискинезии желчевыводящихпутей у детей.
12. Клинические признаки холецистита, дискинезии желчевыводящих путей по гипо- игиперкинетическому типу.
13. Диетотерапия при заболеваниях органов пищеварения.
14. Дисбактериоз кишечника у детей.

Блок информации.

ХРОНИЧЕСКИЙ ГАСТРИТ И ГАСТРОДУАДЕНИТ

(ХГ и ХГД) – хроническое рецидивирующее стадийное воспаление слизистой оболочки желудка (СОЖ) и двенадцатиперстной кишки (ДПК), сопровождающееся клеточной инфильтрацией, нарушением физиологической регенерации, со склонностью к прогрессированию и постепенным развитием атрофии железистого аппарата, расстройством секреторной, моторной, и нередко инкреторной функции желудка.

Среди этиологических факторов преобладают ХГ (ХГД), ассоциированные с инфекцией Helicobacter pylori (HP). У детей часто встречаются ХГ (ХГД) аллергической природы, рефлюксные (ассоциированные с повреждающим действием желчи).

Наиболее часто (80-85 %) встречаются гиперацидные (нормоацидные) ХГ (ХГД), реже – гипоацидные.

Первичные обязательные исследования при обострении заболевания: общий анализ крови, мочи, анализ кала на скрытую кровь (по необходимости), общий белок и белковые фракции. Эзофагогастродуоденоскопия с прицельной биопсией СОЖ для определения в биоптатах Нр и гистологического исследования; интрагастральная рН-метрия; УЗИ органов брюшной полости для определения сопутствующей патологии; определение Нр неинвазивным методом.

Клиника: при *гиперацидном* (нормоацидном) ХГ (ХГД) боли в животе натощак или через 1-1,5 часа после еды, преимущественно в эпигастральной, пилородуоденальной области, изжога, отрыжка воздухом, кислым, тошнота, запоры.

При *гипоацидном* ХГ (ХГД) – ранние боли в животе, сразу после еды, тяжесть в эпигастральной области, сниженный аппетит, тошнота, отрыжка пищей, воздухом,склонность к поносам (неустойчивый стул), метеоризм.

Физикальный статус: При *гиперацидном (нормоацидном*) ХГ (ХГД) – болезненность при пальпации в пилородуоденальной области, эпигастрии, симптом Менделя (+, ++), синдром хронической интоксикации: слабость, повышенная утомляемость, вегетативные нарушения.

При гипоацидном ХГ (ГД) – астеническое телосложение, пониженное питание, болезненность при пальпации верхней и средней трети эпигастральной области, симптомы хронической интоксикации.

Диагностика. При эндоскопическом исследовании выделяют ХГ (ХГД): поверхностный

(катаральный, эритематозный), смешанный, субатрофический, нодулярный(гипертрофический и гиперпластический), эрозивный, геморрагический. Определяют распространенность, активность воспалительно-деструктивных изменений СОЖ и ДПК, моторные нарушения (дуодено-гастральный рефлюкс, дуоденостаз, недостаточность привратника и др.). При интрагастральной pH-метрии (либо фракционном желудочном зондировании) определяют секретообразование желудка (повышенное, нормальное, пониженное), кислотообразование (гиперацидность, нормоацидность, гипоацидность), ощелачивающую функцию (нормальная, сниженная).

Биоптаты СОЖ и ДПК, взятые при эндоскопическом обследовании, исследуют гистологически (диагностика Г и ГД), определяют активность процесса, вовлеченность железистого аппарата, развитие метаплазии, инфицирование Нр, а также для экспресс- методов определения Нр.

При рентгенологическом исследовании выявляют признаки воспаления и моторные нарушения желудка и ДПК.

При УЗИ выявляют сопутствующую патологию желчевыводящих путей, поджелудочной железы, печени.

Характеристика лечебных мероприятий: основные принципы лечения зависят от характера и формы Г (ГД), активности воспалительно-деструктивного процесса, фазы заболевания.

При обострении:

1. Решение вопроса об условиях лечения (стационар или поликлиника).
2. Выбор двигательного режима (щадящий или обычный), использование ЛФК. 3. Выбор режима питания, назначение диетического питания (стол №1, №2, №5).

4. Индивидуальный подбор комплексного лечения (с учетом этиологии, основных патогенетических механизмов, ведущих симптомов).

При Г (ГД), ассоциированных с Нр-инфекцией, с выраженной активностью процесса, лекарственную терапию начинают с использования эрадикационной (тройной или квадро) терапии по одной из общепринятых схем. Предпочтение отдается препаратам висмута (Де-нол) в качестве базисных, с параллельным назначением антисекретоных препаратов.

Современные схемы лечения Нр-инфекции у детей:

<u>Однонедельная тройная терапия с препаратом висмута</u>:

1) коллоидный субцитрат висмута + амоксициллин (рокситромицин) иликларитромицин (азитромицин) + фуразолидон (макмирор);

<u>Однонедельная тройная терапия с блокаторами Н+/К+- АТФазы</u>:

2) омепразол + амоксициллин (рокситромицин) или кларитромицин (азитромицин) +фуразолидон (макмирор);

<u>Однонедельная квадротерапия</u>:

коллоидный субцитрат висмута + омепразол + амоксициллин (рокситромицин)или кларитромицин (азитромицин) + фуразолидон (макмирор)

Все препараты назначаются 2 раза в день (утром и вечером) в течение 7 дней.

После проведения эрадикационной анти-Нр-терапии продолжают комплексное лечение Г (ГД), в зависимости от характера кислотообразующей функции желудка.

При гиперацидном Г (ГД) – антисекреторные препараты (преимущественно блокаторы H_2-гистаминовых рецепторов: ранитидин или фамотидин.

На втором этапе лечения Г (ГД), а также при рефлюкс-гастрите, синдроме диспепсии дискинетического типа назначают алюминий- и магнийсодержащие невсасывающиеся антациды (маалокс, мегалофил, гелюсил, алюмаг, фосфалюгель и др.) по 5-15 мл. (или 1/2- 1 таблетке) через 1,5-2 часа после приема пищи и перед сном. Основной курс лечения 2 недели, далее – прием антацидов по требованию.

С антацидами при моторных нарушениях назначают прокинетики (мотилиум, координакс, перистил и др.) по 0,005-0,01 гр. 3 раза в день до еды, 10-14 дней, затем – по требованию.

Параллельно, при необходимости, назначаются цитопротекторы и репаранты сроком на 2-3 недели (смекта – по 1/2-1 пакетику 3 раза в день до еды, гастрофарм – по 1/2-1 таблетке 3

раза в день до еды, ликвиритон – по 0,05-0,1 гр. 3 раза в день до еды, биогастрон, вентросол, цитотек и др.). При спазмах и выраженном болевом синдроме – спазмолитики (но-шпа, платифиллин, бускопан).

После отмены антисекреторных препаратов – метаболики – для улучшения трофики СОЖ (спирулина), витаминные препараты.

При гипоацидном Г (ГД) – стимуляторы желудочной секреции (сок капусты, подорожника, абомин, ацидин-пепсин, плантаглюцид) сроком на 2-4 недели в сочетании с цитопротекторами и репарантами (4-6 недель), при необходимости – на 7-10 дней.

При стихании обострения используют фитотерапию (курсами по 2 недели), бальнеотерапию (курсами по 2 недели, чередуя с фитолечением), физиотерапию (для нормализации секреторной и моторной функции желудка, улучшения трофики СОЖ используют индуктотерапию, КВЧ, диадинамотерапию, магнитотерапию, электросон); при гипоацидном Г (ГД) – гальванизация области желудка, электрофорез с кальцием, электростимуляция ДД-токами), теплолечение (парафиновые, озокеритовые аппликации и др.).

<u>ЯЗВЕННАЯ БОЛЕЗНЬ</u> (ЯБ)

– хроническое рецидивирующее заболевание, характеризующееся формированием язвенного дефекта в желудке и (или) ДПК на фоне воспалительных изменений СОЖ и ДПК, с вовлечением в патологический процесс других органов и систем, развитием осложнений, угрожающих жизни больного. Заболевание полиэтиологическое, генетически детерминированное.

Пик заболеваемости приходится на 9-11 лет у девочек и 12-14 лет у мальчиков.

<u>Первичные обязательные исследования</u>: общий анализ крови, мочи, определение группы крови и резус-фактора, анализ кала на скрытую кровь, протеинограмма, эзофагогастродуоденоскопия с прицельной биопсией СОЖ и ДПК, а также (при необходимости периульцерозной зоны), проведение уреазного теста для выявление Нр, гистологическое исследование биоптатов, УЗИ органов брюшной полости для выявления сопутствующей патологии печени, желчевыводящих путей, поджелудочной железы.

<u>Дополнительно</u> могут быть проведены: рентгенологическое исследование, интрагастральная pH-метрия, иммунограмма, неинвазивные методы выявления Нр.

Примечание: результаты лечения обострения при ЯБ всегда оцениваются клиническими и эндоскопическими исследованиями в динамике.

Анамнез ЯБЖ: начало болезни постепенное, течение рецидивирующее, с сезонными обострениями; связь с алиментарными нарушениями.

Анамнез ЯБ ДПК: выражена наследственная предрасположенность (до 75 % больных), связь обострения с психоэмоциональными перегрузками, течение – рецидивирующее, сезонность выражена у 1/3 больных.

Жалобы при ЯБЖ: боли (чаще ноющие) за мечевидным отростком и в эпигастральной области через 0,5-1,5 часа после приема пищи, рвота, снижение аппетита до анорексии, тошнота, изжога.

Жалобы при ЯБ ДПК: интенсивные (ноющие и приступообразные) боли в верхней половине живота до еды, ночные, мойнигановский ритм болей, нередко иррадиирующих в спину, в поясницу, изжога, отрыжка кислым, рвота (чаще однократная), склонность кзапорам, головная боль, эмоциональная лабильность.

Физикальный статус: ЯБЖ – пальпаторная болезненность, иногда напряжение брюшной стенки в эпигастрии.

ЯБ ДПК – выраженная локальная пальпаторная и перкуторная болезненность в пилородуоденальной зоне, положительный молоточковый симптом, локальное мышечное напряжение, зоны кожной гиперэстезии Захарьина-Гедда, астеновегетативные проявления. Осложнения наблюдаются у 15-20 % больных с ЯБ, чаще у мальчиков (кровотечение – 80%; деформация и стеноз – 10-11%; перфорация – 7-8%; пенетрация – 1-1,5 %).

Диагностика: диагноз ЯБ ДПК и ее морфологический субстрат определяется только с помощью эзофагогастродуоденоскопии с прицельной биопсией СОЖ и ДПК. Устанавливают топографию, число, размеры, стадию язвенного дефекта, констатируют наличие осложнений, выраженность, вариант и активность сопутствующего ГД, контаминацию СОЖ Нр.

Рентгенологическое исследование проводят только в случае невозможности

выполнения эндоскопического исследования. Абсолютные R-признаки ЯБ (симптом "ниши", конвергенция складок в сторону язвенного дефекта, рубцово-язвенныедеформации) в детском возрасте выявляются только у 18-25% больных.

Характеристика лечебных мероприятий: основные принципы лечения ЯБ зависятот топографии язвенного дефекта (ДПК или желудок), периода болезни, тяжести течения, наличия осложнений, связи с Нр.

При обострении:

1. Выбор режима питания (назначение диетического питания с постепенным переходом от стола №1а, 1б, 1 к столу 5), выбор двигательного режима (щадящий, ЛФК).
2. Индивидуальный подбор комплексного лечения с учетом этиологии, ведущих патогенетических механизмов и клинико-эндоскопического симптомокомплекса.

При Нр-ассоциированной ЯБ: лечение начинают с эрадикации НР: назначается однаиз общепринятых схем (тройная или квадротерапия) в течение 7 дней с последующим подтверждением эффективности эрадикации (не менее 4-6 недель после окончания антихеликобактерной терапии) любыми двумя методами верификации Нр.

Параллельно, либо сразу по окончании эрадикационного лечения, назначается антисекреторная терапия (предпочтение отдается селективным блокаторам H_2 гистамина 2-4 поколений (группы ранитидина, фамотидина), селективным М-холинолитикам (гастроцепин), блокаторами Н+/К+ АТФ-азы (группы омепразола, пантопразола,ланзопразола, рабепразола) сроком на 3-4 недели с постепенной отменой, либо назначением поддерживающей дозы (до 6-8 недель).

После отмены антихеликобактерной терапии и снижении антисекреторных препаратов на срок 3-4 недели назначают: комплексные антациды (маалокс, альмагель, гелюсил др.) цитопротекторы (смекта, сукральфаты, , лакричного корня, синтетические аналоги простагландинов, даларгин); репаранты (облепиховое масло, тыквеол, спирулина, аекол, препараты прополиса, алоэ); иммунокорректоры (растительного происхождения).

При нарушении моторики (рефлюксы, дуоденостаз) – прокинетики на 2-3 недели.

Симптоматическое лечение: седативные препараты (персен, ново-пассит) по 1-й таблетке (1 мерной ложке) 2-3 раза в день (3 недели); антистрессорные препараты (сибазон) в возрастной дозировке на 10-14 дней; спазмолитики (платифиллин, но-шпа, бускопан) – парентерально на 10-15 дней.

Средний курс медикаментозного лечения обострения ЯБ ДПК – 4-6 недель, ЯБЖ – 6-8 недель.

ДИСКИНЕЗИЯ ЖЕЛЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ

(ЖВП) – функциональные нарушения моторики желчного пузыря и/или тонуса сфинктерного аппарата вследствие несогласованного, несвоевременного, недостаточного или чрезмерного сокращения желчного пузыря и/или сфинктерного аппарата.

Первичные обязательные исследования: общий анализ крови, общий анализ мочи, сывороточный холестерин, щелочная фосфатаза, β-липопротеиды, билирубин общий и фракции; микроскопическое (фазовоконтрастное) и биохимическое исследование желчи, ультразвуковое исследование органов гепатобилиарной системы.

Жалобы: боль в правом подреберье, в области пупка, приступообразная (гиперкинетический тип) или тупая, ноющая (гипокинетический тип) – после приема пищи, физической или эмоциональной нагрузки; тошнота, рвота, горечь во рту, снижение аппетита, утомляемость, эмоциональная лабильность, головокружение.

Физикальный статус: болезненность при пальпации, в правом подреберье, в области пупка, возможны положительные пузырные симптомы, при гипокинетическом типе – увеличение размеров печени (мягкая, подвижная, безболезненная, быстро сокращается после применения холекинетиков), возможно – дистальный гипергидроз, патологический дермографизм, склонность к артериальной гипертонии, функциональный систолический шум.

Диагностика:

1. Общий анализ крови и мочи – без особенностей.
2. При гипокинетическом типе дискинезии возможен умеренно выраженный биохимический синдром холестаза (повышение уровня сывороточного холестерина, β-

липопротеидов, холинэстеразы, общего билирубин за счет прямой фракции).

3. Ультразвуковое исследование – отсутствие показателей воспаления (уплотнение и утолщение стенки желчного пузыря), сокращение объема желчного пузыря более чем на64 % на 60-90 минут после дачи холекинетика при гиперкинетическом типе и менее чем на34 % при гипокинетическом типе.

4. Ультразвуковое многомоментное фракционное исследование: гипертонус сфинктера Одди – удлинение 1-й и 2-й фаз, гипертонус сфинктера Люткенса – удлинение 3-й и 4-й фаз.

Характеристика лечебных мероприятий:

1. Диета – стол №5 по Певзнеру.
2. Медикаментозная терапия.А. Гиперкинетический тип:

– седативные препараты – настой валерианы, натрия бромид, седуксен (2-5 мг в сутки), реланиум (2-8 мг в сутки); длительность курса и выбор препарата зависит от степени выраженности неврологических расстройств;

– холеспазмолитические препараты: но-шпа (1-1,5 мг/кг 3 раза в сутки), никошпан (1 мг/кг 3 раза в сутки), галидор (0,05-1 гр. 3 раза в сутки), дицител (1 таб. 3 раза в сутки), одестон (1 таб. 3 раза в сутки), спазмопен (1 таб. 2-3 раза в сутки), длительность курса 10-14 дней, при необходимости продолжить курс, препарат необходимо поменять;

– холеретики (препараты, стимулирующие синтез желчи): истинные (стимулирующие синтез желчных кислот) – конвафлавин (1/2-1 таб. 3 раза в сутки), фламин (1/3-1 таб.

3 раза в сутки), оксафенамид (0,25-0,5 гр. 3 раза в сутки), фебихол, дехолин, галстена (5-15 капель 3 раза. в сутки), холосас (1-2 ч. л. 3 раза в сутки), или гидрохолеретики (стимулирующие синтез водного компонента желчи) салицилатнатрия. Препараты назначаются курсом по 10-14 дней;

– физиотерапевтические процедуры: тепловые процедуры (озокерит, парафиновые аппликации, диатермия на область правого подреберья), индуктотермия, электрофорез спазмолитиков на область правого подреберья, ультразвук;

– бальнеотерапия – минеральные воды малой минерализации и малой газонасыщенности 3-5 мл/кг массы на 1 прием, 3 раза в сутки в течение 1-1,5 мес.

Б. Гипокинетический тип:

– тонизирующие препараты – настойка женьшеня, китайского лимонника, элеутерококка;

– холеретики;

– холекинетики (препараты, стимулирующие сокращение желчного пузыря): холецистокинин, сульфат магния, питуитрин Р, сорбит (10 мл 10 % р-ра 1 раз в сутки), ксилит, маннит, масла растительные (подсолнечное, кукурузное, оливковое), семя льна;

– прокинетики: мотилиум (10 мг. 3 раза в сутки), цизаприд (препульсид, координакс, перистил – 0,2 мг/кг 3 раза в сутки);

– физиотерапевтические процедуры: электрофорез сульфата магния на область правого подреберья, синусоидальные модулированные токи с раствором грязи, электростимуляция желчного пузыря;

– бальнеотерапия: минеральные воды средней минерализации и средней газонасыщенности (3-5 мл. на 1 кг. массы на прием 3 раза в день в течение 1 мес.). Продолжительность стационарного лечения – 2 недели.

ХРОНИЧЕСКИЙ ПАНКРЕАТИТ(ХП)

– полиэтиологическое заболевание с фазово-прогрессирующим течением, очаговыми или диффузно-дегенеративными, деструктивными изменениями ацинарной ткани, экзокринной и эндокринной функцией поджелудочной железы (ПЖ).

Первичные обязательные исследования: клинический анализ крови и мочи, сахар крови (натощак), амилаза и липаза в крови, копрограмма, УЗИ органов брюшной полости.

Клиника. Доминирующий симптом – боль (интенсивная, ноющая, иногда

опоясывающая, локализуется в средней части надчревной области и слева от срединной линии, усиливается после еды, уменьшается в положении лежа на левом боку или на животе). Длительная тошнота, неукротимая рвота, не приносящая облегчения. При снижении внешнесекреторной панкреатической деятельности – признаки мальдигестии (обильный, пенистый, полужидкий стул и метеоризм). Астеновегетативный синдром (общая слабость, головная боль, головокружение, нарушение сна). Для латентной формы ХП характерно отсутствие болевого синдрома при нарастании симптомов внешнесекреторной недостаточности. При пальпации живота определяется болезненность в точках Дежардена (проекция головки ПЖ), Кача (проекция тела ПЖ) и Мейо-Робсона (проекция хвостового отдела ПЖ).

Диагностика: в периферической крови –умеренный лейкоцитоз, нередко –палочкоядерный сдвиг, лимфоцитоз.

Амилаза крови (мочи). Увеличение в 3-5 раз с первого дня обострения инормализация в течение 3-4 дней. Показатель циркуляторных расстройств в ПЖ.

Липаза крови (мочи). Увеличение в 2-3 раза с 5-7 дня обострения. Показатель тяжести поражения ПЖ.

Копрограмма – полифекалия, "сальный вид", зловонный запах, стеаторея, креаторея.

Ультразвуковое исследование – гиперэхогенность ПЖ, чередование гипер- и гипогенных участков, увеличение размеров, изменение контуров и формы железы, расширение Вирсунгова протока.

Характеристика лечебных мероприятий:

1. Первые три дня при выраженном обострении – голод и по показаниям – парентеральное питание. Затем – стол №5 (по Певзнеру).
2. Купирование болевого синдрома: аналгетики (баралгин, анальгин), спазмолитики (папаверина гидрохлорид; но-шпа в/м; феникаберан в/м); холинолитики (бускопан 10 мг. 2-3 раза в сутки после еды, платифиллина гидротартрат 1-2 мл 5 % раствора, подкожно), наркотические аналгетики (промедол 0,5-1 мл 2 % раствора, в/м).
3. Угнетение функциональной активности ПЖ. Наиболее сильное подавляющее действие на функцию ПЖ оказывает октреотид (сандостатин) по 25-50-100 мт. 2-3 раза в день, в/в или подкожно, в течение 5 дней. Даларгин (синтетический аналог опиоидных пептидов) по 1 мг. 2 раза в сутки, в/м. Панкреатическая рибонуклеаза по 1-3 мг/кг, в/в струйно в 20-40 мл. изотонического раствора NaC1. Опосредованно угнетают секрецию ПЖ антациды (альмагель, маалокс, фосфалюгель и др.) или Н2 гистаминоблокаторы второго-третьего поколений (ранитидин, фамотидин).
4. Уменьшение ферментативной токсемии проводится при тяжелых формах ХП путем парентерального введения ингибиторов протеолиза (контрикал, трасилол, гордокс, зимофен и др.). Доза подбирается в зависимости от степени ферментемии и состояния ребенка.
5. Для профилактики гнойных осложнений при тяжелых формах ХП назначают антибиотики широкого спектра (цефалоспорины, макролиды, аминогликозиды).
6. После купирования болевого синдрома (через 4-6 дней) назначают панкреатические ферменты, не содержащие желчь (панкреатин, мезим-форте, креон, панцитрат) по 1 драже3 раза во время или после еды.

Продолжительность стационарного лечения 28-30 дней (при отсутствии осложнений).

Задания для самостоятельной подготовки:

1. Решите ситуационные задачи и тестовые задания.
2. Осмотрите и опишите в тетради выявленные изменения в состоянии больного с заболеваниями ЖКТ.
3. Выпишите в тетради рецепты на:а) мезим-форте

б) креон

в) омепрозолг) ренитдин д) де-нол

Схема обследования больного.

При сборе анамнеза обратите внимание на:

- семейный анамнез;

- семейную предрасположенность;
- давность заболевания.

Жалобы при осмотре:

- Общие симптомы: слабость, вялость, повышенная утомляемость,раздражительность, головные боли.
- Боли в животе.
- Аппетит – сохранение, снижение.
- Диспептические расстройства:

а) до еды, после еды, не связаны с приемом пищи, часто, редко;б) рвота (связь с приемом пищи, приносит облегчение или нет);в) изжога (часто, редко, интенсивность);

г) отрыжка (воздухом, пищей, горькая, кислая, тухлым яйцом);

д) кишечная диспепсия – метеоризм, усиленная перистальтика кишечника, понос, запоры, стул).

- Структура болевого ощущения.
- Локализация болей – правое подреберье, левое подреберье, область желудка, вокругпупка, правая подвздошная область, разлитая болезненность по всему животу.
- Иррадиация болей – правое плечо, правая лопатка, область сердца, левоеподреберье. Паховая область, поясничная область, нижние конечности.
- Частота болей – ежедневно, 1-2 раза в неделю, 1-2 раза в месяц, редко.
- Длительность болей – от нескольких минут до 1 часа, 1-2 часа, более 2 часов.
- Характер болей в животе и их интенсивность: острые, тупые, ноющие, колющие, приступообразные, опоясывающие, чувство распирания после приема пищи.
- Связь с приемом пищи – до еды, натощак, после еды (сразу, через 30-40 мин., через 1,5-2 часа), не связаны с приемом пищи.
- Связь болевых ощущений с физической нагрузкой: возникают или усиливаются при быстрой ходьбе, беге. После занятий физкультурой, не связанные с физическойнагрузкой.
- Связь с характером пищи: возникновение болей после приема – острых блюд, жареных, жирных, мороженного, копченного, холодных или газированных напитков, не связаны с характером пищи.
- Связь болей с нервно-психическим напряжением (психические травмы, волнение, страх и др.).
- Боли проходят самостоятельно: после приема молока, соды, лекарств, тепловых процедур, рвоты.

При объективном исследовании обратить внимание на:

- Кожные покровы и слизистые – чистые, розовой окраски, бледные. Влажность –норма, сухость или потливость.
- Симптомы интоксикации: сероватый оттенок кожи, "тени" под глазами, снижениеэластичности.
- Признаки гиповитаминоза: сухость, шелушение, трещины в углах рта, на губах,"заеды".
- Проявления экссудативного диатеза.
- Расширение венозной сети – в области грудной клетки, живота.
- Периферические знаки.
- Носовые кровотечения.
- Кровоизлияния на коже.
- Прочие изменения.
- Язык чистый, влажный. Сухой, обложен налетом, "географический".
- Характер налета: серовато-белый, бурый, запах изо рта.
- Осмотр живота: увеличение в размере, вздут, мышечное напряжение (в правом или левом подреберье).

- Болезненность при пальпации живота: в области печени, в проекции желчного пузыря, в эпигастрии, вокруг пупка, в области поджелудочной железы, по ходу кишечника (толстого, тонкого, в обл. селезенки, внизу живота).
- Состояние печени – увеличение в размерах (размеры по Курлову, плотная, мягкая, эластичная, болезненная, безболезненная).
- Состояние желчевыводящих путей: симптом Керра, Мерфи, с-м Ортнера, Френикус-симптом.
- Состояние селезенки: увеличенная, плотная, мягкая, эластичная, болезненная.
- Поджелудочная железа: болезненность при пальпации в точке Касса, Мейо-Робсона.Состояние кишечника

Ситуационные задачи.

Задача №1

Вера С. 11 лет, больна около года. Жалобы на повышение температуры тела, боли в правом подреберье, усиливающиеся после приема жирной пищи, чувство горечи во рту по утрам.

Объективно: состояние при осмотре средней тяжести, температура 38,1ºС, кожные покровы чистые, отмечается легкая субъиктеричность склер. Периферические лимфоузлы (подчелюстные, передне- и заднешейные увеличены до 3-го размера, подвижные, единичные, безболезненные при пальпации, эластической консистенции. В легких и сердце без патологии. Зев чистый, розовый, много кариозных зубов. Живот мягкий, умеренно вздут, пальпация болезненна в правом подреберье. Положительные симптомы Кера, Ортнера, Мюсси. Печень и селезенка не увеличены. Стул неустойчивый. Диурез не нарушен.

Общий анализ крови: Нв –125 г/л, эр – 4,7х10 ^{12}/л, лейк - 12х10^{9}/л, э-1%, ю-2%, п-10%, с-62%, л-23%, м-2%, СОЭ- 23 мм/час.

Вопросы:

1. Предварительный диагноз.
2. План обследования.
3. План лечения.

Задача №2

Девочка 11 лет, больна 1 год, жалобы на "голодные" боли в эпигастрии, появляются утром натощак, через 1,5-2 часа после еды, ночью, купируются приемом пищи. Беспокоят отрыжка кислым, стул регулярный, оформленный.

У матери ребенка язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки, у отца – гастрит, у бабушки по линии матери – язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки. Акушерский и ранний анамнез без патологии. Учится в специальной школе 6 дней в неделю, занимается 3раза в неделю хореографией. По характеру интраверт.

Осмотр: рост 148 см, масса 34 кг, кожа бледно-розовая, чистая. Живот: синдром Менделя положителен в эпигастрии, при поверхностной и глубокой пальпации небольшой мышечный дефанс и болезненность в эпигастрии и пилородуоденальной области, также болезненность в точке Дежардена и Мейо-Робсона. Печень не увеличена. По другим ор- ганам без патологии.

Общий анализ крови: Hb - 128 г/л, Ц.п. - 0,91, Эр - 4,2х10^{12}/л; Лейк - 7,2х10^{9}/л; п/я - 3%, с/я - 51%, э - 3%, л - 36%, м - 7%, СОЭ - 6 мм/час.

Общий анализ мочи: цвет светло-желтый, прозр. полн.; pH - 6,0; плотность - 1017; белок - нет; сахар - нет; эп. кл. - 1-2-3 в п/з; лейкоциты -2-3 в п/з,

Биохимический анализ крови: общий белок - 72 г/л, АЛТ - 19 Ед/л, АСТ - 24 Ед/л, ЩФ - 138 Ед/л (норма 7-140), амилаза - 100 Ед/л (норма 10-120), тимоловая проба - 4 ед, билирубин - 15 мкмоль/л, из них связ. - 3 мкмоль/л.

Эзофагогастродуоденоскопия: слизистая пищевода розовая, кардия смыкается, В желудке мутная слизь, слизистая с очаговой гиперемией, в антруме на стенках множественные разнокалиберные выбухания. Слизистая луковицы дуоденум – очаговогиперемирована, отечная, на задней стенке язвенный дефект 0,8х0,6 см., округлой формы сгиперемированным валиком, дно покрыто фибрином. Взята биопсия.

Дыхательный уреазный тест: положительный.

Биопсийный тест на HP-инфекцию: положительный (++).

Вопросы:

1. Клинический диагноз и его обоснование.
2. Этиопатогенез заболевания.
3. Оцените результаты общего анализа крови и соответствуют ли они патологии у ребенка?
4. Современные принципы лечения данного заболевания.

Тестовые задания.

1. Какой из перечисленных препаратов **не следует** применять для купирования болевогосиндрома при желчной колике:

а) атропин б) папаверинв) анальгин г) морфин

2. При хроническом гастрите боли в животе:а) ночные

б) ночные и поздниев) ранние

г) зависят от локализации гастрита

3. При хроническом гастродуодените боли в животе:а) поздние

б) ночные

в) ранние и поздниег) поздние и ночные

4. Для язвенной болезни 12-перстиой кишки наиболее характерны боли в животе:а) ночные

б) ранние и поздниев) ранние и ночные г) поздние и ночные

5. Антихеликобактерным действием обладают препараты:а) альмагель

б) гастроцепин в) фуразолидон г) амоксициллинд) де-Нол

е) трихопол

6. При лечении заболеваний, ассоциированных с Helicobacter pylori , целесообразноприменять сочетание препаратов:

а) де-Нол+антибиотик+трихополб) антацид+де Нол+трихопол

в) антисекреторные препараты+антациды+де Нол

г) антисекреторные препараты+де Нол+ фуразолидон+антибиотикд) де-Нол+трихопол

е) вентер+трихопол+антибиотик

7. Для язвенной болезни 12-перстной кишки характерно:

а) кислотообразование нормальное, защитные свойства слизистой оболочки сниженыб) кислотообразование повышено, секретообразование снижено

в) кислотообразование снижено, секретообразование повышено г) кислотообразование повышено, секретообразование повышено

8. Клиническими признаками кровотечения из верхних отделов желудочно-кишечноготракта являются:

а) алая кровь в стулеб) слабость

в) опоясывающие боли в животег) кинжальные боли в животе

д) дегтеобразный стул

е) рвота "кофейной гущей"

ж) доскообразное напряжение мышц живота

9. Клиническими признаками перфорации язвы желудка и/или 12-перстной кишкиявляются:

а) кинжальные боли в подложечной областиб) рвота, не приносящая облегчения

в) опоясывающие болиг) жидкий стул

д) доскообразное напряжение мышц передней стенки живота

10. Стенозирование выходного отдела желудка и/или 12-перстной кишки проявляется:а) отрыжкой

б) рвотой, приносящей облегченииев) выраженным метеоризмом

г) похуданием

д) жидким стуломе) тошнотой

ж) ощущением давления и полноты в подложечной области сразу же после еды

11. Болевой абдоминальный синдром при язвенной болезни 12-перстной кишкихарактеризуется:

а) постоянным характером б) мойнингановским ритмом

в) беспорядочным появлением боли

12. Методом диагностики желудочно-дуоденального кровотечения является:а) рентгеноскопия желудочно-кишечного тракта с барием

б) обзорный снимок брюшной полостив) УЗИ брюшной полости

г) эзофагогастродуоденоскопия

13. Осложнениями язвенной болезни 12-перстной кишки являютсяа) синдром мальабсорбции

б) кровотечение

в) ахалазия пищеводаг) пенетрация

д) перфорация

14. Для диагностики патологии желудка и 12-перстной кишки используются:а) обзорный снимок брюшной полости

б) ретроградная панкреатохолангиографияв) эзофагогастродуоденоскопия

г) колоноскопия

15. Боли при дискинезии желчевыводящих путей по гипертоническому типу имеют характер:

а) опоясывающих

б) кратковременных приступообразных болей в правом подреберьев) поздних болей в верхней половине живота

г) постоянных распирающих болей в правом подреберьед) тупых распирающих болей в околопупочной области

16. Боли при дискинезии желчевыводящих путей по гипотоническому типу имеют характер:

а) опоясывающих

б) кратковременных приступообразных болей в правомв) поздних болей в верхней половине живота

г) постоянных распирающих болей в правом подреберье

17. Для окончательной диагностики аномалий желчевыводящей системы необходимопровести:

а) УЗИ

б) гепатобилисцинтиграфию

в) биохимическое исследование пузырной желчиг) ретроградную панкреатохолангиографию

д) холецистографию

18. В патогенезе заболеваний желчевыводящих путей имеют значение:а) хеликобактерная инфекция

б) нервно-психические факторы

с физико-химические свойства желчи

г) ферментативная недостаточность тонкой кишки

д) нарушение координированной деятельности сфинктерного аппарата

19. Сокращения желчного пузыря усиливают:а) холецистокинин, гастрин

б) глюкагон, кальцитонинв) гормоны гипофиза

г) секретин

д) вазоактивный интестинальный гормон

20. Причинами, приводящими к развитию хронического холецистита, являются:а) нарушение диеты

б) инфекционные заболевания

в) рефлюкс из 12-перстной кишки в желчные путиг) пищевая аллергия

д) перегибы желчного пузыря в области сифона

21. Специфичными симптомами острого панкреатита у детей являюта) рвота

б) боли в левом подреберье и/или опоясывающиев) гектическая температура

г) пятнисто-папулезная сыпьд) коллаптоидное состояние

22. Наиболее информативны для диагностики острого панкреатита) ультразвуковое исследование

б) определение уровня ферментов поджелудочной железы в кровив) рентгенологическое исследование

г) копрограмма

23. Биохимическими маркерами острого панкреатита являются:а) гиперамилаземия

б) гиперлипаземияв) диспротеинемия

г) снижение уровня стандартных бикарбонатовд) снижение уровня ингибитора трипсина

24. Патогенетически обоснованными препаратами при лечении панкреатита являются:а) сульфаниламиды

б) блокаторы Н2-рецепторов гистаминав) антихолинеэргические препараты

г) сандостатин д) прокинетики

25. При лечении язвенной болезни 12-перстиой кишки используются антисекреторныепрепараты:

а) де-Нолб) лосек

в) ранитидинг) фамотидин

д) фосфалюгель

26. При впервые выявленных гастрите и язвенной болезни 12-перстной кишки,ассоциированных с пилорическим хеликобактериозом, рекомендуется:

а) монотерапия

б) двойная терапияв) тройная терапия

г) квадротерапия

МИНИСТЕРСТВО НАУКИ И ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования
«Чеченский государственный университет
имени Ахмата Абдулхамидовича Кадырова»

МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ
Кафедра поликлинической терапии

МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ИЗУЧЕНИЮ УЧЕБНОЙ ДИСЦИПЛИНЫ «Поликлиническая терапия»

Код направления подготовки (специальности)	31.05.01
Направление подготовки (специальности)	Лечебное дело
Квалификация выпускника	Врач- лечебник
Форма обучения	Очная

Грозный

СОДЕРЖАНИЕ

1. Методические основы по организации самостоятельной работы обучающихся.
2. Методические рекомендации для организации и проведения практических занятий.
3. Методические рекомендации по выполнению рефератов.
4. Методические рекомендации по подготовке и созданию презентаций.
5. Организация самостоятельной работы обучающихся при подготовке к текущей, промежуточной аттестациям.
6. Методические материалы по самостоятельной работе обучающегося при прохождении производственной практики

1. Методические основы по организации самостоятельной работы обучающихся

Самостоятельная работа по дисциплинам является обязательным элементом федеральных государственных образовательных стандартов по программам высшего образования.

Самостоятельная работа обучающегося – организационная форма обучения - система педагогических условий, обеспечивающих управление учебной деятельностью обучающихся по освоению знаний и умений в учебной и научной деятельности без посторонней помощи.

Самостоятельная работа обучающихся является специфическим педагогическим средством организации и сопровождения самостоятельной деятельности обучающихся в учебном процессе.

Цели

К целям самостоятельной работы относится:

— формирование способностей у обучающегося к саморазвитию, самосовершенствованию и самореализации;

— развитие исследовательских умений.

— фиксирование и систематизирование полученных теоретических познаний и практического опыта; формирование умений использовать научную, правовую, справочную и специальную литературу;

— развитие познавательных способностей и инициативности обучающихся, ответственность, организованность, стремление к саморазвитию; формирование умения правильно пользоваться полученным ранее материалом, собранным в процессе самостоятельного наблюдения, выполнения заданий различного характера.

Формы самостоятельной работы

При обучении используются следующие виды и формы самостоятельной работы:

— подготовка к практическим занятиям;

— подготовка и написание рефератов; - подготовка докладов на заданные темы рефератов, либо выбранные по заданному направлению;

— изучение и систематизация нормативно-правовых документов, регламентирующих деятельность в сфере обращения лекарственных средств в части организационно-управленческих вопросов с использованием информационно-справочных систем «Консультант Плюс», «Консультант врача», компьютерной сети «Интернет»;

— изучение учебной, научной и методической литературы, материалов периодической литературы с использованием электронных библиотечных систем, официальных статистических данных, научной периодики; - создание презентации;

— подготовка к устному опросу, к дискуссии;

— тестирование;

— решение ситуационных задач;

— подготовка к текущей, промежуточной аттестации и т.д.

Контроль результатов внеаудиторной самостоятельной работы преподаватель осуществляет в начале каждого семинарского/практического занятия.

Контроль результатов аудиторной самостоятельной работы осуществляется в пределах времени, отведенного на практические занятия по дисциплине. В зависимости от сложности познавательной деятельности при изучении дисциплин используется три уровня самостоятельной работы:

— репродуктивная самостоятельная работа, которая включает изучение основной и дополнительной рекомендованной литературы, изучение методических рекомендаций к занятию, решение типовых задач, ситуаций;

— реконструктивная самостоятельная работа включает в себя подготовку к презентациям, сообщениям по заданной теме, решение профессиональных задач, моделирование профессиональной деятельности;

— творческая самостоятельная работа включает анализ, обобщение и систематизацию научных и нормативно-правовых документов, самостоятельное составление ситуаций, задач, проектов, составление выступлений по проблемам профессиональной деятельности.
Контроль результатов внеаудиторной самостоятельной работы преподаватель осуществляет на семинарском/практическом занятии.
Самостоятельная работа начинается с изучения рабочей программы дисциплины, отражена в рабочих программах дисциплин.
Для конспектирования лекционного материала, а также выполнения семинарских/практических работ требуются рабочие тетради.
Самостоятельная работа обучающегося подразделяется на аудиторную и внеаудиторную самостоятельную работу
Аудиторная самостоятельная работа по дисциплинам выполняется на учебных занятиях (семинарские или практические) под непосредственным руководством преподавателя и по его заданию.
Основными видами аудиторной самостоятельной работы являются:
— выполнение практических работ;
— работа с нормативно-правовыми документами в области обращения лекарственных средств;
— решение ситуационных/симуляционных задач;
— презентация результатов научно-исследовательской работы по заданным темам
Выполнение практических работ осуществляется на семинарских/практических занятиях в соответствии с графиком учебного процесса и расписанием занятий.
Работа с основной, дополнительной литературой, эмпирическими и статистическими данными, как правило, основана на изучении документов и данных, их обобщении и представлении.
Решение ситуационных задач используется на семинарских/практических занятиях. Проблемная/ситуационная задача должна иметь четкую формулировку, к ней должны быть поставлены вопросы, ответы на которые необходимо найти и обосновать.
Критерии для оценки каждого вида аудиторной самостоятельной работы обучающегося разрабатываются преподавателем для конкретной дисциплины /цикла из предложенного перечня критериев оценки результатов аудиторной самостоятельной работы:
— уровень освоения учебного материала;
— умение использовать теоретические знания при выполнении лабораторных, практических, ситуационных, симуляционных задач;
— сформированность заявленных умений по теме аудиторного занятия;
— обоснованность и четкость изложения ответов;
— оформление материала в соответствии с требованиями, заявленными в задании;
— уровень самостоятельности обучающегося при выполнении аудиторной самостоятельной работы.
Внеаудиторная самостоятельная работа является элементом каждой темы дисциплин.
Планирование времени, необходимого на внеаудиторное самостоятельное изучение дисциплин, обучающие должны осуществлять весь семестр, предусматривая при этом регулярное повторение материала.
Материал, законспектированный на лекциях, необходимо регулярно прорабатывать и дополнять сведениями из других источников литературы, представленных не только в программах дисциплин, но и в периодических профильных научных изданиях, материалах конференций.
При изучении дисциплин сначала необходимо по каждой теме прочитать рекомендованную литературу и составить краткий конспект основных положений, терминов, сведений, требующих запоминания и являющихся основополагающими в этой теме для освоения последующих тем курса. Для расширения знания по дисциплине

рекомендуется использовать Интернет-ресурсы; проводить поиски в различных системах и использовать материалы сайтов, рекомендованных преподавателем.
При выполнении самостоятельной работы по написанию реферата необходимо: прочитать теоретический материал в рекомендованной литературе, периодических изданиях, на Интернет-сайтах; творчески переработать изученный материал и представить его для отчета в форме реферата, проиллюстрировав схемами, диаграммами, фотографиями и рисунками.
Тексты докладов и рефератов должны быть изложены внятно, простым и ясным языком.
Для обеспечения внеаудиторной самостоятельной работы по каждой теме дисциплин/блоку разработаны:
а) перечень основной и дополнительной литературы;
б) вопросы для самоконтроля.
При выполнении внеаудиторной самостоятельной работы обучающийся имеет право обращаться к преподавателю за консультацией с целью уточнения задания, формы контроля выполненного задания.
Контроль результатов внеаудиторной самостоятельной работы отражается в индивидуальном плане после выполнения внеаудиторной самостоятельной работы.
Критерии оценки внеаудиторной работы формируются преподавателем самостоятельно для каждого вида работы. Основными критериями оценки внеаудиторной работы обучающегося выступают:
- уровень освоения материала;
- уровень умения использовать теоретические знания при выполнении заданий, решении ситуационных задач;
- обоснованность и четкость изложения ответов,
- результаты тестирования по шкале оценок;
- уровень умения использовать электронные образовательные ресурсы;
- умение четко формулировать проблему, предложив ее решение, критическая оценка последствий решения;
- уровень умения сформулировать собственную позицию и аргументировать ее.

Качество выполнения внеаудиторной самостоятельной работы оценивается посредством текущего контроля самостоятельной работы обучающегося. Текущий контроль представляет собой форму планомерного контроля качества и объема осваиваемых компетенций в процессе изучения конкретной дисциплины, проводится на семинарских/практических занятиях и во время индивидуальной работы преподавателя с обучающимися.

Шкала оценивания внеаудиторной самостоятельной работы:
Зачтено – задание выполнено полно и правильно, изложено в правильных нормативных формулировках с использованием точного понятийного аппарата, с использованием рекомендованных источников литературы, продемонстрировано умение формулировать проблему, предложены пути ее решения, проведена критическая оценка последствий такого решения, а также умение формулировать собственную позицию и аргументировать ее.
Не зачтено – обучающийся не выполнил задание либо выполнил не в полном объеме, демонстрирует несформированность понятийного аппарата по теме, отсутствие умения формулировать проблему, обобщать материал, не может аргументировать свой ответ.

2. Методические рекомендации для организации и проведения практических занятий

Практическое занятие - вид учебных занятий, при котором в результате предварительной работы над учебным материалом преподавателя и студента, в обстановке их контактной работы в аудитории решаются задачи познавательного и воспитательного характера.
Цель такой формы обучения – углубленное изучение дисциплины, закрепление полученного теоретического материала в форме внеаудиторной самостоятельной работы, овладение методологией научного познания и формирования базовых умений. Немаловажным преимуществом практических занятий является и формирование навыков профессиональной дискуссии.
Задачи практических занятий:
- мотивация к регулярному изучению теоретического учебного материала, основной, дополнительной литературы;
- закрепление теоретических знаний, полученных при прослушивании лекций и во время внеаудиторной самостоятельной работы;
- получение навыков устного и публичного выступления по теоретическим вопросам, включая навыки по свободному оперированию организационными и управленческими понятиями и категориями;
- формирование навыков по универсальным и профессиональным компетенциям;
- возможность преподавателю систематически контролировать как самостоятельную работу студента, так и свою работу.

Практические занятия проводятся по плану.
Каждая тема практического занятия, как правило, включает: цель занятия, перечень основных и дополнительных источников литературы, вопросы к устному обсуждению на занятии, ситуационные задачи и перечень заданий, которые обучающиеся самостоятельно должны решить на практическом занятии.
Каждое практическое занятие посвящено, как правило, изучению нескольких компетенций и включает три основных этапа.
Первый этап - устный опрос по заранее сформулированным вопросам либо представление докладов/презентаций, подготовленных в рамках внеаудиторной самостоятельной работы по заранее сформулированным требованиям. Важнейшей частью этапа, является обсуждение представленных докладов/презентаций. Цель преподавателя – организовать обмен мнениями, дискуссию в группе, скорректировать уровень подготовленности студентов.
Одним из возможных элементов первого этапа является решение ситуационных задач, которые максимально приближены к профессиональной деятельности.
Требования к ответам обучающихся – самостоятельность в подборе фактического материала и аналитическом отношении к нему, умение рассматривать примеры и факты во взаимосвязи и взаимообусловленности, отбирать наиболее существенные из них.
Для оценивания первого (теоретического) этапа занятия используются знания, умения, владения, которые заявлены на каждое занятие:
1) знание учебного материала и владение понятийным аппаратом по теме занятия;
2) умение связывать теорию с практикой;
3) умение иллюстрировать ответ примерами, фактами, данными научных исследований;
4) умение применять теоретические знания при решении ситуационных задач.

Второй этап – аудиторное самостоятельное выполнение семинарских /практических заданий, которые обучающийся выполняет индивидуально либо в группе, если такое предусмотрено заданием.
В процессе выполнения самостоятельной аудиторной работы обучающийся имеет право на получение индивидуальных консультаций у преподавателя.
По окончании выполнения аудиторной самостоятельной работы обучающийся сдает отчет о выполнении самостоятельных лабораторных заданий преподавателю, который оценивается по шкале «зачет/незачет».
Критерии оценивания практического занятия осуществляются по следующим критериям:

1. своевременное выполнение внеаудиторной самостоятельной работы по изучаемой теме;
2. демонстрируемый обучающимся уровень усвоения заявленной к освоению компетенции (знания, умения, навыки);
— хорошее знание и уверенное владение на занятии теоретическим содержанием учебного материала;
— адекватное применение теоретического материала к решению ситуационных задач, заданий для аудиторной самостоятельной работы;
— умение аргументировать свои решения, развернуто отвечать на дополнительные вопросы преподавателя.
3. Соблюдение организационных и дисциплинарных требований, предъявляемых к обучающемуся на семинарских/практических занятиях: аккуратный внешний вид, соблюдение дисциплины на занятиях, полнота и своевременность представления выполненных заданий в полном объеме (не позднее даты окончания занятия и в полном соответствии с предъявляемыми к их содержанию и качеству оформления).
Третий этап – заключительный. Преподаватель дает общую оценку уровня подготовленности обучаемых к практическим занятиям, характеризует активность каждого обучающегося на занятии и озвучивает оценки каждому обучающемуся с их обоснованием.

Шкала оценивания осуществляется по четырехбалльной шкале (таблица 2)

Критерии оценивания лабораторного/практического занятия	Шкала оценок
Полное соответствие работы обучающегося требованиям. Обучающийся демонстрирует уверенные знания, способен творчески решать поставленные задачи, самостоятельно демонстрирует умения, обладает некоторыми навыками. Обучающийся успешно выполнил внеаудиторную самостоятельную работу, демонстрирует глубокое теоретическое знание по изучаемой теме, умение его применять на практике (в установленный срок сдал протоколы занятия/представил и защитил доклады/презентации и др.).	Отлично
Работа обучающегося содержит неполное соответствие требованиям. Обучающийся демонстрирует хорошее знание материала, способен творчески решать поставленные задачи, демонстрирует базовые умения. Обучающийся выполнил внеаудиторную самостоятельную работу, продемонстрировал знание учебного материала, содержатся отдельные пробелы в умении применить полученные теоретические знании к решению ситуационных задач .	Хорошо
Работа обучающегося содержит неполное соответствие требованиям. Обучающийся демонстрирует знание базового материала, способен решать поставленные задачи под руководством преподавателя, освоил базовые умения. Успешно выполнил внеаудиторную самостоятельную работу, продемонстрировал знание учебного материала, но затрудняется интерпретировать его практически.	Удовлетвори тельно
Работа не соответствует требованиям.	Неудовлетво рительно

3. Методические рекомендации по организации и выполнению рефератов
Реферат предусматривает углубленное изучение дисциплины, способствует развитию навыков самостоятельной работы с литературными источниками.
Реферат – краткое изложение в письменном виде содержания научного труда по предоставленной теме. Это самостоятельная научноисследовательская работа, где

обучающийся раскрывает суть исследуемой проблемы с элементами анализа по теме реферата. Приводит различные точки зрения, а также собственные взгляды на проблемы темы реферата.
Содержание реферата должно быть логичным, изложение материала носить проблемно-тематический характер.
Объем реферата может колебаться в пределах 15-20 печатных страниц.
Основные разделы: оглавление (план), введение, основное содержание, заключение, список литературы.
Текст реферата должен содержать следующие разделы:
— титульный лист реферата (приложение 2);
— ведение, актуальность темы.
— основной раздел.
— заключение
— список литературных источников
Список литературных источников- библиографическое описание используемых источников литературы, в том числе и интернет-источников, оформленное по ГОСТ 7.1 – 2003; 7.80 – 2000; должен иметь не менее 10 библиографических названий, включая сетевые ресурсы.
Текстовая часть реферата оформляется на листе следующего формата:
— отступ сверху – 2 см;
— отступ слева – 3 см;
— отступ справа – 1,5 см;
— отступ снизу – 2,5 см;
— шрифт текста: Times New Roman, высота шрифта – 14, пробел – 1,5;
— нумерация страниц – снизу листа. На первой странице номер не ставится.
Реферат должен быть выполнен грамотно с соблюдением культуры изложения. Обязательно должны иметься ссылки на используемую литературу, включая периодическую литературу за последние 5 лет.
Критерии оценки реферата:
— актуальность темы исследования;
— соответствие содержания теме;
— глубина проработки материала;
— правильность и полнота разработки темы;
— значимость выводов для дальнейшей практической деятельности;
— правильность и полнота использования литературы;
— соответствие оформления реферата стандарту;
— качество сообщения и ответов на вопросы при защите реферата.
Практическое занятие по защите рефератов может проводиться в качестве «круглого стола» в форме представления докладов, посвященных теме занятия, по следующим этапам:
Этап 1. Каждый обучающийся представляет собственный доклад (обязательно использование презентации) по выбранной теме. Доклад 5-7 минут. Обсуждение доклада, вопросы – 2-3 минуты.
Этап 2. Оценка докладов и презентаций, представленных в группе (таблица 3).

Таблица 3 - Шкала оценки докладов на практическом занятии

Критерии оценки	Шкала оценок
1. Доклад четко выстроен, сопровождается презентацией, отражающей проблематику доклада, имеет четкие выводы, полностью характеризующие работу. Автор отлично ориентируется в материале и	Отлично

отвечает на все вопросы, владеет специальной терминологией. 2. Обучающийся активно участвует в обсуждении докладов других обучающихся из группы	
1. Доклад структурирован, презентация не отражает в полной мере содержание доклада, допущены неточности, выводы нечеткие. Автор затрудняется ответить на вопросы, слабо использует специальную терминологию. 2. Обучающийся участвует в обсуждении докладов других обучающихся из группы	Хорошо
1. Доклад структурирован, содержание не полностью раскрывает цель доклада, отсутствует презентация. 2. Обучающийся пассивен при обсуждении докладов других обучающихся из группы	Удовлетвори тельно
1. Доклад не структурирован/отсутствует, презентация отсутствует. Автор не владеет материалом. 2. Обучающийся не участвует в обсуждении докладов.	Неудовлетво рительно

4. Методические рекомендации по подготовке и созданию презентаций

Создание материалов-презентаций — это вид самостоятельной работы обучающихся по созданию наглядных информационных пособий, выполненных с помощью мультимедийной компьютерной программы PowerPoint.

Этот вид работы требует координации навыков обучающегося по сбору, систематизации, переработке информации, оформления ее в виде подборки материалов, кратко отражающих основные вопросы изучаемой темы, в электронном виде. Создание презентаций расширяет методы и средства обработки и представления учебной информации, формирует у обучающихся навыки работы на компьютере.

Презентации готовятся обучающимся в виде слайдов с использованием программы Microsoft PowerPoint.

Обучающийся при подготовке презентации должен выполнить следующий комплекс взаимосвязанных видов самостоятельной работы:

— изучить материалы темы, выделяя главное и второстепенное;

— установить логическую связь между элементами темы;

— представить характеристику элементов в краткой форме;

— выбрать опорные сигналы для акцентирования главной информации и отобразить в структуре работы;

— оформить презентацию в соответствии с рекомендациями (таблица 4), разместить ее в электронной образованной среде университета, к установленному сроку либо представить на практическое/лабораторное занятие.

Таблица 4 - Методические рекомендации по оформлению презентации

Критерии оценки	Шкала оценок
1. Стиль	1.1 Соблюдайте единый стиль оформления. 1.2 Избегайте стилей, которые будут отвлекать от самой презентации. 1.3 Вспомогательная информация не должны преобладать над основной информацией (текст, рисунки).
2. Фон	Для фона предпочтительнее использовать более холодные тона (синий или зеленый).
3. Использование цвета	3.1 На одном слайде рекомендуется использовать не более трех цветов: один для фона, один для заголовков, один для текста. для фона и текста используйте контрастные цвета. 3.2. Обратите особое внимание на цвет гиперссылок (до и после

	использования).
4 Текст/ представление информации	4.1 Используйте короткие слова и предложения. 4.2. Минимизируйте количество предлогов, наречий, прилагательных. 4.3.Заголовки должны привлекать внимание аудитории. 4.4 Предпочтительно горизонтальное расположение информации. 4.5 Наиболее важная информация должна располагаться в центре экрана. Если на слайде располагается картинка, надпись должна располагаться под ней. 4.6 Наибольшая эффективность достигается тогда, когда ключевые пункты отображаются по одному на каждом отдельном слайде.
5.Шрифты	5.1 Для заголовков не менее 24 5.2 Для информации- не менее 18. 5.3Шрифты без засечек легче читать с большого расстояния. 5.4.Нельзя смешивать разные типы шрифтов в одном тексте 5.5.Для выделения информации следует использовать жирный шрифт, курсив или подчеркивание. 5.6 Нельзя злоупотреблять прописными буквами (они читаются хуже строчных букв).
6.Анимационные эффекты	Возможности компьютерной анимации для оформления презентации необходимо использовать умерено, они не должны отвлекать внимание от содержания информации на слайде.

Критерии оценивания презентаций:

— соответствие содержания теме;

— правильная структурированность информации;

— наличие логической связи изложенной информации;

— эстетичность оформления, его соответствие требованиям;

— презентация выполнена и представлена в срок.

Шкала оценивания презентаций разрабатывается преподавателем и доводится до сведения обучающихся вместе с заданием.

Оценка «Отлично»:

презентация отличается целостностью, логичностью и оригинальностью. Оформление логично, эстетично, не противоречит содержанию доклада. Информация структурирована. Иллюстрации презентации соответствуют содержанию, дополняют информацию о раскрываемой проблеме. Текст доклада, сопровождающего презентацию, излагается обучающимся самостоятельно, с незначительной опорой на печатный текст. Ответы на вопросы преподавателя и аудитории четкие, аргументированные, сопровождаются ссылкой на факты и примеры.

Оценка «Хорошо»:

презентация характеризуется целостностью, логической завершенностью, с незначительными недочетами в логике изложения материала. Оформление эстетично, логично, структурировано. Текст доклада излагается с преимущественной опорой на текст. Ответы на дополнительные и уточняющие вопросы не вносят ясности, преимущественно повторяют содержание презентации.

Оценка «Удовлетворительно»:

презентация характеризуется отсутствием единого стиля в оформлении, ввиду чего информация тяжело воспринимается аудиторией. Сведения, излагаемые обучающимся разрозненные, плохо структурированы и аргументированы. Текст доклада

преимущественно зачитывается, обучающимся допускаются неточности и ошибки в изложении материала. Ответы на дополнительные вопросы затруднительны.
Оценка «Неудовлетворительно»:
оформление презентации не соответствует заявленным требованиям. Работа характеризуется отсутствием единого стиля. Обучающийся представляет разрозненные сведения, которые слабо коррелируют с заявленной темой исследования, текст доклада зачитывается, обучающимся часто допускаются ошибки в изложении материала, допускаются ошибки в использовании научной и профессиональной терминологии. Ответы на дополнительные вопросы обучающийся не дает.

5. Организация самостоятельной работы обучающего при подготовке к текущей, промежуточной аттестациям

Текущий контроль осуществляется систематически с целью установления уровня овладения заявленными в рабочей программе дисциплины/практики компетенциями при изучении. В течение года в соответствии с программой дисциплины проводятся текущие аттестации. Форма проведения текущей аттестации (письменное / устное собеседование, тестирование, решение ситуационных задач, защита реферата) определяется руководителем курса и доводится до обучающихся. Вопросы по текущей аттестации доводятся до сведения обучающихся не позднее 3 дней до проведения аттестации.
Подготовка к промежуточной аттестации предполагает систематизацию обучающимся усвоенных в ходе обучения по дисциплинам профессиональных знаний и умений. Программа промежуточной аттестации экзамена имеет обобщающий характер и ориентирует обучающегося в процессе подготовки к нему на актуализацию знаний, умений и навыков, отражающих наиболее существенные компоненты содержания дисциплин, закрепление в профессиональном сознании комплексного и целостного знания.
Подготовка к промежуточной аттестации является формой самостоятельной работы обучающегося. Ее эффективной организации будут способствовать рекомендованные перечни основной и дополнительной литературы, информационных и электронно-образовательных ресурсов, а также список вопросов, которые составляют основу для итогового анализа профессиональной компетентности обучающегося и оценки ее соответствия требованиям ФГОС по компетенциям, закрепленным за дисциплинами. Ориентируясь в перечнях основной и дополнительной литературы, обучающийся может выбрать из них как основополагающие источники, так и те, которые позволят углубить и расширить знания по актуальным проблемам специальностей, систематизировать их и отразить в комплексе.
В ходе подготовки к промежуточной аттестации рекомендуется составлять развернутый план ответа на вопрос программы экзамена, что обеспечит логическую последовательность изложения материала. Продумывая структуру ответа, необходимо: во-первых, уделить внимание раскрытию теоретической сущности явления или понятий, обозначенных в контрольно-измерительном материале, во-вторых, осветить содержание и закономерности рассматриваемых явлений, отразить состояние их изученности в современной медицине. Обучающийся должен продемонстрировать на промежуточной аттестации владение категориальным аппаратом дисциплин, показать умение использовать знания, полученные при изучении дисциплин для анализа современных тенденций в медицине, применять их для решения профессиональных задач врачей по специальностям.
В ходе подготовки к промежуточной аттестации обучающемуся рекомендуется использовать весь набор методов и средств современных информационных технологий для изучения содержания отечественной и зарубежной литературы по дисциплине, анализа и оценки ее текущего состояния и перспектив развития.

При подготовке к промежуточной аттестации рекомендуется активно применять следующие образовательные и профессионально-ориентированные технологии:
– информационные технологии – компьютерные технологии, в том числе доступ в Интернет (для получения учебной и учебно-методической информации, представленной в научных электронных журналах и на сайтах библиотек);
– информационно-коммуникационные технологии.
Оценка знаний, умений и навыков, характеризующая этапы формирования компетенций в рамках изучения дисциплины осуществляется в ходе текущей и промежуточной аттестаций.
Форма проведения текущей/ промежуточной аттестации определяется рабочей программой дисциплины. Оценивание компетенций, вынесенных на промежуточную аттестацию в форме экзамена, осуществляется по четырехбалльной шкале:
оценка «отлично» - 5 баллов
оценка «хорошо» - 4 балла
оценка «удовлетворительно» - 3 балла
оценка «неудовлетворительно» - 2 балла.
При сдаче промежуточной аттестации в форме зачета:
«зачтено» - 3-5 баллов или «не зачтено» - 2 балла.

6. Методические материалы по самостоятельной работе обучающегося при прохождении производственной(клинической) практики

Производственная (клиническая) практика составлена по модулям – дисциплинам и проводится в форме контактной и самостоятельной работы обучающегося.
Контактная работа предусматривает работу руководителя практики с обучающимся в форме индивидуальных/групповых консультаций.
К самостоятельной работе по практикам относятся следующие виды работ обучающегося:
- ознакомление с нормативно-правовым обеспечением практик, включая программы практик;
- изучение законодательной и нормативно-правовой обеспеченности профессиональной деятельности в сфере обращения лекарственных средств в предметной области практики;
- выполнение заданий, заполнение отчета о прохождении практики;
- подготовка к промежуточной аттестации по итогам практики.
По окончании практики обучающийся оформляет отчёт. Материал для составления отчета собирается и накапливается с первого дня практики. Отчет должен содержать самоанализ выполненной работы обучающимся.
Во время прохождения практики необходимо выполнение следующих условий:
- Явиться на установочное собрание, проводимое руководителем практики и получить пакет документов в учебно-методическом отделе.
- В первый день практики прийти на базу к 8 часам утра, и представиться общему руководителю.
- Быть одетым строго по форме и следить за ее чистотой. Иметь сменную обувь.
- Работать строго по графику. Пропущенные дни, даже по уважительной причине, отрабатываются в дополнительное время.
- Ознакомиться с документацией структурных подразделений (поликлиника, стационар, приемный покой, в отделениях - процедурные кабинеты, пост и т.д.).
- Активно участвовать в общественной жизни структурных подразделений, а также в санитарно-просветительной работе.
- Бережно относиться к имуществу лечебно-профилактических учреждений.
- Быть дисциплинированными, спокойными и вежливыми в обращении с товарищами по работе, с больными и их родственниками, в отделениях соблюдать тишину и порядок.

- Ежедневно и аккуратно вести отчет, заполнять листы обязательных манипуляций. Критерии оценки промежуточной аттестации по производственной (клинической) практике представлены в Таблице 6.

Таблица 6 – Критерии оценки промежуточной аттестации по производственной практике

Критерии оценки	Шкала оценок
Обучающийся предоставил оформленный соответствующим образом, отчет и отзыв с положительной характеристикой руководителя практики; продемонстрировал систематические знания по контролируемым компетенциям; владеет способностью и готовностью применять знания, умения и навыки для решения профессиональных задач на практике; в ответе присутствует четкая структура, логическая последовательность, современная профессиональная терминология; ответ обоснован нормативной документацией и конкретными примерами из производственной практики.	Зачтено
Обучающийся предоставил неполный перечень отчетной документации; демонстрирует полное отсутствие или фрагментарные знания, умения и навыки по контролируемой компетенции и неспособность применять их на практике для решения профессиональных задач; не в состоянии обосновать свой ответ нормативной документацией и примерами из производственной практики; дополнительные и уточняющие вопросы преподавателя не приводят к коррекции ответа	Не зачтено

МИНИСТЕРСТВО НАУКИ И ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования
«Чеченский государственный университет

имени Ахмата Абдулхамидовича Кадырова»

МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ

Кафедра гуманитарных, естественнонаучных и социальных дисциплин

МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ИЗУЧЕНИЮ УЧЕБНОЙ ДИСЦИПЛИНЫ

«ПРАВОВЕДЕНИЕ»

Специальность	Лечебное дело
Код специальности	31.05.01
Квалификация выпускника	Врач-лечебник
Форма обучения	Очная

Грозный

Муцалов С. И. Методические рекомендации по изучению учебной дисциплины «Правоведение» / Сост. **Муцалов С. И.** – Грозный: ФГБОУ ВО «Чеченский государственный университет имени А.А.Кадырова».

Методические рекомендации по изучению учебной дисциплины «Правоведение» рассмотрены и одобрены на заседании кафедры гуманитарных, естественнонаучных и социальных дисциплин, рекомендованы к использованию в учебном процессе (протокол №9 от «23» мая 2025 г.), составлены в соответствии с требованиями ФГОС ВО по специальности 31.05.01 Лечебное дело (специалитет), утвержденного приказом Минобрнауки России от 27.03.2018 № 219.

© **Муцалов С. И.**

© ФГБОУ ВО «Чеченский государственный университет имени А.А.Кадырова»

СОДЕРЖАНИЕ

1. Общие положения..... 4

2. Методические рекомендации по изучению дисциплины в процессе аудиторных занятий.... 4

2.1. Рекомендации по подготовке к лекционным занятиям (теоретический курс)..... 4

2.2. Рекомендации по подготовке к практическим (семинарским) занятиям..... 4

3. Методические рекомендации по выполнению различных форм самостоятельных заданий 4

3.1. Методические рекомендации по работе с литературой 5

3.2. Методические рекомендации по подготовке научного доклада..... 5

3.3. Методические рекомендации по подготовке реферата..... 6

1. Общие положения

Методические указания по освоению дисциплины «Правоведение» адресованы студентам очной формы обучения.

Учебным планом по направлению подготовки 31.05.01 «Лечебное дело» предусмотрены следующие виды занятий:

- лекции;
- практические занятия;

2. Методические рекомендации по изучению дисциплины в процессе аудиторных занятий.

2.1. Рекомендации по подготовке к лекционным занятиям (теоретический курс)

Изучение дисциплины требует систематического и последовательного накопления знаний.

Студентам необходимо вести конспект прослушанных лекций. Перед очередной лекцией необходимо просмотреть по конспекту материал предыдущей лекции. При затруднениях в восприятии материала следует обратиться к основным литературным источникам. Если разобраться в материале не удалось, то следует обратиться к лектору (по графику его консультаций) или к преподавателю на практических занятиях.

2.2. Рекомендации по подготовке к практическим (семинарским) занятиям

Студентам следует:

- ознакомиться с заданием к занятию; определить примерный объем работы по подготовке к ним; выделить вопросы и задачи, ответы на которые или выполнение и решение без предварительной подготовки не представляется возможным;
- иметь в виду и то, что в библиотеке учебного заведения не всегда имеются в наличии все рекомендованные источники, их необходимо найти заранее.
- приносить с собой рекомендованную преподавателем литературу к конкретному занятию;
- до очередного практического занятия по рекомендованным литературным источникам проработать теоретический материал, соответствующей темы занятия;
- пользоваться техническими средствами обучения и дидактическими материалами, которыми располагает учебное заведение.
- при подготовке к практическим занятиям следует обязательно использовать не только лекции, учебную литературу, но и нормативно-правовые акты и материалы правоприменительной практики;
- теоретический материал следует соотносить с правовыми нормами, так как в них могут быть внесены изменения, дополнения, которые не всегда отражены в учебной литературе;
- при ответах на вопросы и решения задач необходимо внимательно прочитать их текст и попытаться дать аргументированное объяснение с обязательной ссылкой на соответствующую правовую норму;
- в начале занятий задать преподавателю вопросы по материалу, вызвавшему затруднения в его понимании и освоении при решении задач, заданных для самостоятельного решения;
- по ходу семинара давать конкретные, четкие ответы по существу вопросов. Структура ответов может быть различной: либо вначале делается вывод, а затем приводятся аргументы, либо дается развернутая аргументация принятого решения, на основании которой предлагается ответ. Возможны и несколько вариантов ответов, которые должны быть обоснованны.
- на занятии доводить каждую задачу до окончательного решения, демонстрировать понимание проведенного анализа проблемной ситуации, в случае затруднений обращаться к преподавателю.

Студентам, пропустившим занятия (независимо от причин), не имеющие письменного решения задач или не подготовившиеся к данному практическому занятию, рекомендуется не позже чем в 2-недельный срок явиться на консультацию к преподавателю и отчитаться по теме, изучавшейся на занятии. Студенты, не отчитавшиеся по каждой не проработанной ими на занятиях теме к началу зачетной сессии, упускают возможность получить положенные баллы за работу в соответствующем семестре.

3. Методические рекомендации по выполнению различных форм самостоятельных заданий

Самостоятельная работа студентов включает в себя выполнение различного рода заданий, которые ориентированы на более глубокое усвоение материала изучаемой дисциплины. По каждой теме учебной дисциплины студентам предлагается перечень заданий для самостоятельной работы.

К выполнению заданий для самостоятельной работы предъявляются следующие требования: задания должны исполняться самостоятельно и представляться в установленный срок, а также соответствовать установленным требованиям по оформлению.

Студентам следует:
- руководствоваться графиком самостоятельной работы, определенным рабочей программой дисциплины;
- выполнять все плановые задания, выдаваемые преподавателем для самостоятельного выполнения, и разбирать на семинарах и консультациях неясные вопросы;
- использовать при подготовке нормативные документы университета.

3.1. Методические рекомендации по работе с литературой.

Любая форма самостоятельной работы студента (подготовка к семинарскому занятию, написание эссе, курсовой работы, доклада и т.п.) начинается с изучения соответствующей литературы.

К каждой теме учебной дисциплины подобрана основная и дополнительная литература, которая указана в соответствующем разделе рабочей программы.

Основная литература - это учебники и учебные пособия.

Дополнительная литература - это монографии, сборники научных трудов, журнальные и газетные статьи, различные справочники, энциклопедии, интернет ресурсы.

Рекомендации студенту:

выбранную монографию или статью целесообразно внимательно просмотреть. В книгах следует ознакомиться с оглавлением и научно-справочным аппаратом, прочитать аннотацию и предисловие. Целесообразно ее пролистать, рассмотреть иллюстрации, таблицы, диаграммы, приложения. Такое поверхностное ознакомление позволит узнать, какие главы следует читать внимательно, а какие прочитать быстро;

- в книге или журнале, принадлежащие самому студенту, ключевые позиции можно выделять маркером или делать пометки на полях. При работе с Интернет -источником целесообразно также выделять важную информацию;
- если книга или журнал не являются собственностью студента, то целесообразно записывать номера страниц, которые привлекли внимание. Позже следует возвратиться к ним, перечитать или переписать нужную информацию. Физическое действие по записыванию помогает прочно заложить данную информацию в «банк памяти».

Выделяются следующие виды записей при работе с литературой:

Конспект - краткая схематическая запись основного содержания научной работы. Целью является не переписывание произведения, а выявление его логики, системы доказательств, основных выводов. Хороший конспект должен сочетать полноту изложения с краткостью.

Цитата - точное воспроизведение текста. Заключается в кавычки. Точно указывается страница источника.

Тезисы - концентрированное изложение основных положений прочитанного материала.

Аннотация - очень краткое изложение содержания прочитанной работы. Резюме - наиболее общие выводы и положения работы, ее концептуальные итоги.

Записи в той или иной форме не только способствуют пониманию и усвоению изучаемого материала, но и помогают вырабатывать навыки ясного изложения в письменной форме тех или иных теоретических вопросов.

3.2. Методические рекомендации по подготовке научного доклада

Одной из форм самостоятельной работы студента является подготовка научного доклада, для обсуждения его на практическом (семинарском) занятии.

Цель научного доклада - развитие у студентов навыков аналитической работы с научной литературой, анализа дискуссионных научных позиций, аргументации собственных взглядов. Подготовка научных докладов также развивает творческий потенциал студентов.

Научный доклад готовится под руководством преподавателя, который ведет практические (семинарские) занятия.

Рекомендации студенту:

- перед началом работы по написанию научного доклада согласовать с преподавателем тему, структуру, литературу, а также обсудить ключевые вопросы, которые следует раскрыть в докладе;
- представить доклад научному руководителю в письменной форме;
- выступить на семинарском занятии с 5-7-минутной презентацией своего научного доклада, ответить на вопросы студентов группы.

Требования:

- к оформлению научного доклада: шрифт - Times New Roman, размер шрифта -14, межстрочный интервал -1, размер полей – 2 см, отступ в начале абзаца - 1 см, форматирование по ширине);

листы доклада скреплены скоросшивателем. На титульном листе указывается наименование учебного заведения, название кафедры, наименование дисциплины, тема доклада, ФИО студента;
- к структуре доклада - введение (указывается актуальность, цель и задачи), основная часть, выводы автора, список литературы (не менее 5 позиций источников научной литературы (научные статьи и монографии). Объем согласовывается с преподавателем. В конце работы ставится дата ее выполнения и подпись студента, выполнившего работу.
Общая оценка за доклад учитывает содержание доклада, его презентацию, а также ответы на вопросы.

3.3. Методические рекомендации по подготовке реферата

Целью написания рефератов является:
- привитие студентам навыков библиографического поиска необходимой литературы (на бумажных носителях, в электронном виде);
привитие студентам навыков компактного изложения мнения авторов и своего суждения по выбранному вопросу в письменной форме, научно грамотным языком и в хорошем стиле;
- приобретение навыка грамотного оформления ссылок на используемые источники, правильного цитирования авторского текста;
- выявление и развитие у студента интереса к определенной научной и практической проблематике с тем, чтобы исследование ее в дальнейшем продолжалось в подготовке и написании курсовых и дипломной работы и дальнейших научных трудах.
Основные задачи студента при написании реферата:
- с максимальной полнотой использовать литературу по выбранной теме (как рекомендуемую, так и самостоятельно подобранную) для правильного понимания авторской позиции;
- верно (без искажения смысла) передать авторскую позицию в своей работе;
- уяснить для себя и изложить причины своего согласия (несогласия) с тем или иным автором по данной проблеме.
Требования к содержанию:
- материал, использованный в реферате, должен относится строго к выбранной теме;
- необходимо изложить основные аспекты проблемы не только грамотно, но и в соответствии с той или иной логикой (хронологической, тематической, событийной и др.)
- при изложении следует сгруппировать идеи разных авторов по общности точек зрения или по научным школам;
- реферат должен заканчиваться подведением итогов проведенной исследовательской работы: содержать краткий анализ-обоснование преимуществ той точки зрения по рассматриваемому вопросу, с которой Вы солидарны.

Структура реферата.

1. Титульный лист.

На титульном листе указывается наименование учебного заведения, название кафедры, наименование дисциплины, тема реферата, ФИО студента, ФИО и должность проверившего преподавателя;

2. Оглавление.

Оглавление - это план реферата, в котором каждому разделу должен соответствовать номер страницы, на которой он находится.

3. Текст реферата.

Текст реферата делится на три части: введение, основная часть и заключение.

а) Введение - раздел реферата, посвященный постановке проблемы, которая будет рассматриваться и обоснованию выбора темы.

б) Основная часть - это звено работы, в котором последовательно раскрывается выбранная тема. Основная часть может быть представлена как цельным текстом, так и разделена на главы. При необходимости текст реферата может дополняться иллюстрациями, таблицами, графиками, но ими не следует "перегружать" текст.

в) Заключение - данный раздел реферата должен быть представлен в виде выводов, которые готовятся на основе подготовленного текста. Выводы должны быть краткими и четкими. Также в заключении можно обозначить проблемы, которые "высветились" в ходе работы над рефератом, но не были раскрыты в работе.

4. Список источников и литературы.

В данном списке называются как те источники, на которые ссылается студент при подготовке реферата, так и все иные, изученные им в связи с его подготовкой. В работе должно быть

использовано не менее 7 разных источников. Работа, выполненная с использованием материала, содержащегося в одном научном источнике, является явным плагиатом и не принимается. Оформление Списка источников и литературы должно соответствовать требованиям, принятым в университете.

Объем и технические требования, предъявляемые к выполнению реферата.

Объем работы должен быть, как правило, не менее 15 и не более 20 страниц. Работа должна выполняться через одинарный интервал 14 шрифтом, размеры оставляемых полей - 2 см. Страницы должны быть пронумерованы.

При цитировании необходимо соблюдать следующие правила:

- текст цитаты заключается в кавычки и приводится без изменений, без произвольного сокращения цитируемого фрагмента (пропуск слов, предложений или абзацев допускается, если не влечет искажения всего фрагмента, и обозначается многоточием, которое ставится на месте пропуска) и без искажения смысла;
- каждая цитата должна сопровождаться ссылкой на источник, библиографическое описание которого должно приводиться в соответствии с предъявляемыми требованиями.

МИНИСТЕРСТВО НАУКИ И ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
Федеральное государственное бюджетное образовательное
учреждение высшего образования
«Чеченский государственный университет
имени Ахмата Абдулхамидовича Кадырова»

МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ
Кафедра факультетской терапии

Методические рекомендации по изучению дисциплины «Пропедевтика внутренних заболеваний, лучевая диагностика»

Направление подготовки(специальности)	Лечебное дело
Код направленияподготовки (специальности)	31.05.01
Квалификация выпускника	Врач- лечебник
Форма обучения	Очная

Грозный, 2025 г.

СОДЕРЖАНИЕ

1. Общие положения 3
2. Методические рекомендации по изучению дисциплины в процессе аудиторных занятий 3
2.1. Рекомендации по подготовке к лекционным занятиям (теоретический курс) 3
2.2. Рекомендации по подготовке к практическим (семинарским) занятиям 3
3. Методические рекомендации по выполнению различных форм самостоятельных заданий 4
3.1. Методические рекомендации по работе с литературой 4
3.2. Методические рекомендации по подготовке научного доклада 4
3.3. Методические рекомендации по подготовке реферата 5

1. Общие положения

Методические указания по освоению дисциплины **«Пропедевтика внутренних заболеваний, лучевая диагностика»** адресованы студентам очной формы обучения. Учебным планом по направлению подготовки 31.05.01 «Лечебное дело», предусмотрены следующие виды занятий: лекции; практические занятия;

2. Методические рекомендации по изучению дисциплины в процессе аудиторных занятий.

2.1 Рекомендации по подготовке к лекционным занятиям (теоретический курс)

Изучение дисциплины требует систематического и последовательного накопления знаний. Студентам необходимо вести конспект прослушанных лекций. Перед очередной лекцией необходимо просмотреть по конспекту материал предыдущей лекции. При затруднениях в восприятии материала следует обратиться к основным литературным источникам. Если разобраться в материале не удалось, то следует обратиться к лектору (по графику его консультаций) или к преподавателю на практических занятиях.

2.2 Рекомендации по подготовке к практическим (семинарским) занятиям

Студентам следует:

- ознакомиться с заданием к занятию; определить примерный объем работы по подготовке к ним; выделить вопросы и задачи, ответы на которые или выполнение и решение без предварительной подготовки не представляется возможным;
- иметь в виду и то, что в библиотеке учебного заведения не всегда имеются в наличии все рекомендованные источники, их необходимо найти заранее.
- приносить с собой рекомендованную преподавателем литературу к конкретному занятию;
- до очередного практического занятия по рекомендованным литературным источникам проработать теоретический материал, соответствующей темы занятия;
- пользоваться техническими средствами обучения и дидактическими материалами, которыми располагает учебное заведение.
- при подготовке к практическим занятиям следует обязательно использовать не только лекции, учебную литературу, но и нормативно-правовые акты и материалы правоприменительной практики;
- теоретический материал следует соотносить с правовыми нормами, так как в них могут быть внесены изменения, дополнения, которые не всегда отражены в учебной литературе;
- при ответах на вопросы и решения задач необходимо внимательно прочитать их текст и попытаться дать аргументированное объяснение с обязательной ссылкой на соответствующую правовую норму;
- в начале занятий задать преподавателю вопросы по материалу, вызвавшему затруднения в его понимании и освоении при решении задач, заданных для самостоятельного решения;
- по ходу семинара давать конкретные, четкие ответы по существу вопросов. Структура ответов может быть различной: либо вначале делается вывод, а затем приводятся аргументы, либо дается развернутая аргументация принятого решения, на основании которой предлагается ответ. Возможны и несколько вариантов ответов, которые должны быть обоснованны.
- на занятии доводить каждую задачу до окончательного решения, демонстрировать понимание проведенного анализа проблемной ситуации, в случае затруднений обращаться к преподавателю.

Студентам, пропустившим занятия (независимо от причин), не имеющие письменного решения задач или не подготовившиеся к данному практическому занятию, рекомендуется не позже чем в 2-недельный срок явиться на консультацию к преподавателю и отчитаться по теме, изучавшейся на занятии. Студенты, не отчитавшиеся по каждой не проработанной ими на занятиях теме к началу зачетной сессии, упускают возможность получить положенные баллы за работу в соответствующем семестре.

3. Методические рекомендации по выполнению различных форм самостоятельных заданий

Самостоятельная работа студентов включает в себя выполнение различного рода заданий, которые ориентированы на более глубокое усвоение материала изучаемой дисциплины. По каждой теме учебной дисциплины Студентам предлагается перечень заданий для самостоятельной работы. К выполнению заданий для самостоятельной работы предъявляются следующие требования: задания должны исполняться самостоятельно и представляться в установленный срок, а также соответствовать установленным требованиям по оформлению.

Студентам следует:

- руководствоваться графиком самостоятельной работы, определенным рабочей программой дисциплины;
- выполнять все плановые задания, выдаваемые преподавателем для самостоятельного выполнения, и разбирать на семинарах и консультациях неясные вопросы;
- использовать при подготовке нормативные документы университета, а именно, положение о написании письменных работ.

3.1 Методические рекомендации по работе с литературой.

Любая форма самостоятельной работы студента (подготовка к семинарскому занятию, написание эссе, курсовой работы, доклада и т.п.) начинается с изучения соответствующей литературы.

К каждой теме учебной дисциплины подобрана основная и дополнительная литература, которая указана в соответствующем разделе рабочей программы.

Основная литература - это учебники и учебные пособия.

Дополнительная литература - это монографии, сборники научных трудов, журнальные и газетные статьи, различные справочники, энциклопедии, интернет ресурсы.

Рекомендации студенту:

выбранную монографию или статью целесообразно внимательно просмотреть. В книгах следует ознакомиться с оглавлением и научно-справочным аппаратом, прочитать аннотацию и предисловие. Целесообразно ее пролистать, рассмотреть иллюстрации, таблицы, диаграммы, приложения. Такое поверхностное ознакомление позволит узнать, какие главы следует читать внимательно, а какие прочитать быстро;

- в книге или журнале, принадлежащие самому студенту, ключевые позиции можно выделять маркером или делать пометки на полях. При работе с Интернет -источником целесообразно также выделять важную информацию;
- если книга или журнал не являются собственностью студента, то целесообразно записывать номера страниц, которые привлекли внимание. Позже следует возвратиться к ним, перечитать или переписать нужную информацию. Физическое действие по записыванию помогает прочно заложить данную информацию в «банк памяти».

Выделяются следующие виды записей при работе с литературой:

Конспект - краткая схематическая запись основного содержания научной работы. Целью является не переписывание произведения, а выявление его логики, системы доказательств, основных выводов. Хороший конспект должен сочетать полноту изложения с краткостью.

Цитата - точное воспроизведение текста. Заключается в кавычки. Точно указывается страница источника.

Тезисы - концентрированное изложение основных положений прочитанного материала.

Аннотация - очень краткое изложение содержания прочитанной работы. Резюме - наиболее общие выводы и положения работы, ее концептуальные итоги.

Записи в той или иной форме не только способствуют пониманию и усвоению изучаемого материала, но и помогают вырабатывать навыки ясного изложения в письменной форме тех или иных теоретических вопросов.

3.2 Методические рекомендации по подготовке научного доклада

Одной из форм самостоятельной работы студента является подготовка научного доклада, для обсуждения его на практическом (семинарском) занятии.

Цель научного доклада - развитие у студентов навыков аналитической работы с научной литературой, анализа дискуссионных научных позиций, аргументации собственных взглядов. Подготовка научных докладов также развивает творческий потенциал студентов.

Научный доклад готовится под руководством преподавателя, который ведет практические (семинарские) занятия.

Рекомендации студенту:

- перед началом работы по написанию научного доклада согласовать с преподавателем тему, структуру, литературу, а также обсудить ключевые вопросы, которые следует раскрыть в докладе;

- представить доклад научному руководителю в письменной форме;

- выступить на семинарском занятии с 5-7-минутной презентацией своего научного доклада, ответить на вопросы студентов группы.

Требования:

- к оформлению научного доклада: шрифт - Times New Roman, размер шрифта -14, межстрочный интервал -1, размер полей - 2 см, отступ в начале абзаца - 1 см, форматирование по ширине); листы доклада скреплены скоросшивателем. На титульном листе указывается наименование учебного заведения, название кафедры, наименование дисциплины, тема доклада, ФИО студента;

- к структуре доклада - введение (указывается актуальность, цель и задачи), основная часть, выводы автора, список литературы (не менее 5 позиций источников научной литературы (научные статьи и монографии). Объем согласовывается с преподавателем. В конце работы ставится дата ее выполнения и подпись студента, выполнившего работу.

Общая оценка за доклад учитывает содержание доклада, его презентацию, а также ответы на вопросы.

3.3 Методические рекомендации по подготовке реферата

Целью написания рефератов является:

- привитие студентам навыков библиографического поиска необходимой литературы (на бумажных носителях, в электронном виде);

привитие студентам навыков компактного изложения мнения авторов и своего суждения по выбранному вопросу в письменной форме, научно грамотным языком и в хорошем стиле;

- приобретение навыка грамотного оформления ссылок на используемые источники, правильного цитирования авторского текста;

- выявление и развитие у студента интереса к определенной научной и практической проблематике с тем, чтобы исследование ее в дальнейшем продолжалось в подготовке и написании курсовых и дипломной работы и дальнейших научных трудах.

Основные задачи студента при написании реферата:

- с максимальной полнотой использовать литературу по выбранной теме (как рекомендуемую, так и самостоятельно подобранную) для правильного понимания авторской позиции;

- верно (без искажения смысла) передать авторскую позицию в своей работе;

- уяснить для себя и изложить причины своего согласия (несогласия) с тем или иным автором по данной проблеме.

Требования к содержанию:

- материал, использованный в реферате, должен относится строго к выбранной теме;

- необходимо изложить основные аспекты проблемы не только грамотно, но и в соответствии с той или иной логикой (хронологической, тематической, событийной и др.)

- при изложении следует сгруппировать идеи разных авторов по общности точек зрения или по научным школам;

- реферат должен заканчиваться подведением итогов проведенной исследовательской работы: содержать краткий анализ-обоснование преимуществ той точки зрения по рассматриваемому вопросу, с которой Вы солидарны.

Структура реферата.

1. Титульный лист.

На титульном листе указывается наименование учебного заведения, название кафедры, наименование дисциплины, тема реферата, ФИО студента, ФИО и должность проверившего преподавателя;

2. Оглавление.

Оглавление - это план реферата, в котором каждому разделу должен соответствовать номер страницы, на которой он находится.

3. Текст реферата.

Текст реферата делится на три части: введение, основная часть и заключение.

а) Введение - раздел реферата, посвященный постановке проблемы, которая будет

рассматриваться и обоснованию выбора темы.

б) Основная часть - это звено работы, в котором последовательно раскрывается выбранная тема. Основная часть может быть представлена как цельным текстом, так и разделена на главы. При необходимости текст реферата может дополняться иллюстрациями, таблицами, графиками, но ими не следует "перегружать" текст.

в) Заключение - данный раздел реферата должен быть представлен в виде выводов, которые готовятся на основе подготовленного текста. Выводы должны быть краткими и четкими. Также в заключении можно обозначить проблемы, которые "высветились" в ходе работы над рефератом, но не были раскрыты в работе.

4. Список источников и литературы.

В данном списке называются как те источники, на которые ссылается студент при подготовке реферата, так и все иные, изученные им в связи с его подготовкой. В работе должно быть использовано не менее 7 разных источников. Работа, выполненная с использованием материала, содержащегося в одном научном источнике, является явным плагиатом и не принимается. Оформление Списка источников и литературы должно соответствовать требованиям, принятым в университете.

Объем и технические требования, предъявляемые к выполнению реферата.

Объем работы должен быть, как правило, не менее 15 и не более 20 страниц. Работа должна выполняться через одинарный интервал 14 шрифтом, размеры оставляемых полей - 2 см. Страницы должны быть пронумерованы.

При цитировании необходимо соблюдать следующие правила:

- текст цитаты заключается в кавычки и приводится без изменений, без произвольного сокращения цитируемого фрагмента (пропуск слов, предложений или абзацев допускается, если не влечет искажения всего фрагмента, и обозначается многоточием, которое ставится на месте пропуска) и без искажения смысла;
- каждая цитата должна сопровождаться ссылкой на источник, библиографическое описание которого должно приводиться в соответствии с предъявляемыми требованиями.

Методические материалы, определяющие процедуры оценивания знаний, умений, навыков и (или) опыта деятельности

Устный ответ

Оценка знаний предполагает дифференцированный подход к обучающемуся, учет его индивидуальных способностей, степень усвоения и систематизации основных понятий и категорий по дисциплине. Кроме того, оценивается не только глубина знаний поставленных вопросов, но и умение использовать в ответе практический материал. Оценивается культура речи, владение навыками ораторского искусства.

Критерии оценивания: последовательность, полнота, логичность изложения, анализ различных точек зрения, самостоятельное обобщение материала, использование профессиональных терминов, культура речи, навыки ораторского искусства. Изложение материала без фактических ошибок.

Оценка *«отлично»* ставится в случае, когда материал излагается исчерпывающе, последовательно, грамотно и логически стройно, при этом раскрываются не только основные понятия, но и анализируются точки зрения различных авторов. Обучающийся не затрудняется с ответом, соблюдает культуру речи.

Оценка *«хорошо»* ставится, если обучающийся твердо знает материал, грамотно и по существу излагает его, знает практическую базу, но при ответе на вопрос допускает несущественные погрешности.

Оценка *«удовлетворительно»* ставится, если обучающийся освоил только основной материал, но не знает отдельных деталей, допускает неточности, недостаточно правильные формулировки, нарушает последовательность в изложении материала, затрудняется с ответами, показывает отсутствие должной связи между анализом, аргументацией и выводами.

Оценка *«неудовлетворительно»* ставится, если обучающийся не отвечает на поставленные вопросы.

Кейсы (ситуации и задачи с заданными условиями)

Обучающийся должен уметь выделить основные положения из текста задачи, которые

требуют анализа и служат условиями решения. Исходя из поставленного вопроса в задаче, попытаться максимально точно определить проблему и соответственно решить ее.

Задачи могут решаться устно и/или письменно. При решении задач также важно правильно сформулировать и записать вопросы, начиная с более общих и, кончая частными.

Критерии оценивания - оценка учитывает методы и средства, использованные при решении ситуационной, проблемной задачи.

Оценка *«отлично»* ставится в случае, когда обучающийся выполнил задание (решил задачу), используя в полном объеме теоретические знания и практические навыки, полученные в процессе обучения.

Оценка *«хорошо»* ставится, если обучающийся в целом выполнил все требования, но не совсем четко определяется опора на теоретические положения, изложенные в научной литературе по данному вопросу.

Оценка *«удовлетворительно»* ставится, если обучающийся показал положительные результаты в процессе решения задачи.

Оценка *«неудовлетворительно»* ставится, если обучающийся не выполнил все требования.

Деловая игра

Необходимо разбиться на несколько команд, которые должны поочередно высказать свое мнение по каждому из заданных вопросов. Мнение высказывающейся команды засчитывается, если противоположная команда не опровергнет его контраргументами. Команда, чье мнение засчитано как верное (не получило убедительных контраргументов от противоположных команд), получает один балл. Команда, опровергнувшая мнение противоположной команды своими контраргументами, также получает один балл. Побеждает команда, получившая максимальное количество баллов.

Ролевая игра как правило имеет фабулу (ситуацию, казус), распределяются роли, подготовка осуществляется за 2-3 недели до проведения игры.

Критерии оценивания - оцениваются действия всех участников группы. Понимание проблемы, высказывания и действия полностью соответствуют заданным целям. Соответствие реальной действительности решений, выработанных в ходе игры. Владение терминологией, демонстрация владения учебным материалом по теме игры, владение методами аргументации, умение работать в группе (умение слушать, конструктивно вести беседу, убеждать, управлять временем, бесконфликтно общаться), достижение игровых целей, (соответствие роли - при ролевой игре). Ясность и стиль изложения.

Оценка *«отлично»* ставится в случае, выполнения всех критериев.

Оценка *««хорошо»* ставится, если обучающиеся в целом демонстрируют понимание проблемы, высказывания и действия полностью соответствуют заданным целям. Решения, выработанные в ходе игры, полностью соответствуют реальной действительности. Но некоторые объяснения не совсем аргументированы, нарушены нормы общения, нарушены временные рамки, нарушен стиль изложения.

Оценка *«удовлетворительно»* ставится, если обучающиеся в целом демонстрируют понимание проблемы, высказывания и действия в целом соответствуют заданным целям. Однако, решения, выработанные в ходе игры, не совсем соответствуют реальной действительности. Некоторые объяснения не совсем аргументированы, нарушены временные рамки, нарушен стиль изложения.

Оценка *«неудовлетворительно»* ставится, если обучающиеся не понимают проблему, их высказывания не соответствуют заданным целям.

Информационный проект (доклад с презентацией)

Информационный проект - проект, направленный на стимулирование учебно - познавательной деятельности студента с выраженной эвристической направленностью (поиск, отбор и систематизация информации об объекте, оформление ее для презентации).

Информационный проект отличается от исследовательского проекта, поскольку представляет собой такую форму учебно-познавательной деятельности, которая отличается ярко выраженной эвристической направленностью.

Критерии оценивания - при выставлении оценки учитывается самостоятельный поиск, отбор и систематизация информации, раскрытие вопроса (проблемы), ознакомление обучающихся с этой информацией (представление информации), ее анализ и обобщение, оформление, полные

ответы на вопросы аудитории с примерами.

Оценка *«отлично»* ставится в случае, когда обучающийся полностью раскрывает вопрос (проблему), представляет информацию систематизировано, последовательно, логично, взаимосвязано, использует более 5 профессиональных терминов, широко использует информационные технологии, ошибки в информации отсутствуют, дает полные ответы на вопросы аудитории с примерами.

Оценка *«хорошо»* ставится, если обучающийся раскрывает вопрос (проблему), представляет информацию систематизировано, последовательно, логично, взаимосвязано, использует более 2 профессиональных терминов, достаточно использует информационные технологии, допускает не более 2 ошибок в изложении материала, дает полные или частично полные ответы на вопросы аудитории.

Оценка *«удовлетворительно»* ставится, если обучающийся, раскрывает вопрос (проблему) не полностью, представляет информацию не систематизировано и не совсем последовательно, использует 1 -2 профессиональных термина, использует информационные технологии, допускает 3-4 ошибки в изложении материала, отвечает только на элементарные вопросы аудитории без пояснений.

Оценка *«неудовлетворительно»* ставится, если вопрос не раскрыт, представленная информация логически не связана, не используются профессиональные термины, допускает более 4 ошибок в изложении материала, не отвечает на вопросы аудитории.

Дискуссионные процедуры

Круглый стол, дискуссия, полемика, диспут, дебаты, мини-конференции являются средствами, позволяющими включить обучающихся в процесс обсуждения спорного вопроса, проблемы и оценить их умение аргументировать собственную точку зрения. Задание дается заранее, определяется круг вопросов для обсуждения, группы участников этого обсуждения.

Дискуссионные процедуры могут быть использованы для того, чтобы студенты:

-лучше поняли усвояемый материал на фоне разнообразных позиций и мнений, не обязательно достигая общего мнения;

- смогли постичь смысл изучаемого материала, который иногда чувствуют интуитивно, но не могут высказать вербально, четко и ясно, или конструировать новый смысл, новую позицию;

- смогли согласовать свою позицию или действия относительно обсуждаемой проблемы.

Критерии оценивания - оцениваются действия всех участников группы. Понимание проблемы, высказывания и действия полностью соответствуют заданным целям. Соответствие реальной действительности решений, выработанных в ходе игры. Владение терминологией, демонстрация владения учебным материалом по теме игры, владение методами аргументации, умение работать в группе (умение слушать, конструктивно вести беседу, убеждать, управлять временем, бесконфликтно общаться), достижение игровых целей, (соответствие роли - при ролевой игре). Ясность и стиль изложения.

Оценка *«отлично»* ставится в случае, когда все требования выполнены в полном объеме.

Оценка *««хорошо»* ставится, если обучающиеся в целом демонстрируют понимание проблемы, высказывания и действия полностью соответствуют заданным целям. Решения, выработанные в ходе игры, полностью соответствуют реальной действительности. Но некоторые объяснения не совсем аргументированы, нарушены нормы общения, нарушены временные рамки, нарушен стиль изложения.

Оценка *«удовлетворительно»* ставится, если обучающиеся в целом демонстрируют понимание проблемы, высказывания и действия в целом соответствуют заданным целям. Однако, решения, выработанные в ходе игры, не совсем соответствуют реальной действительности. Некоторые объяснения не совсем аргументированы, нарушены временные рамки, нарушен стиль изложения.

Оценка *«неудовлетворительно»* ставится, если обучающиеся не понимают проблему, их высказывания не соответствуют заданным целям.

Тестирование

Является одним из средств контроля знаний обучающихся по дисциплине.

Критерии оценивания - правильный ответ на вопрос

Оценка *«отлично»* ставится в случае, если правильно выполнено 90-100% заданий

Оценка *«хорошо»* ставится, если правильно выполнено 70-89% заданий

Оценка *«удовлетворительно»* ставится в случае, если правильно выполнено 50-69% заданий

Оценка *«неудовлетворительно»* ставится, если правильно выполнено менее 50% заданий

Контрольная работа

Оценивается не только глубина знаний поставленных вопросов, но и умение изложить письменно.

Критерии оценивания: последовательность, полнота, логичность изложения, анализ различных точек зрения, самостоятельное обобщение материала. Изложение материала без фактических ошибок.

Оценка *«отлично»* ставится в случае, когда соблюдены все критерии.

Оценка *«хорошо»* ставится, если обучающийся твердо знает материал, грамотно и по существу излагает его, знает практическую базу, но допускает несущественные погрешности.

Оценка *«удовлетворительно»* ставится, если обучающийся освоил только основной материал, но не знает отдельных деталей, допускает неточности, недостаточно правильные формулировки, нарушает последовательность в изложении материала, затрудняется с ответами, показывает отсутствие должной связи между анализом, аргументацией и выводами.

Оценка *«неудовлетворительно»* ставится, если обучающийся не отвечает на поставленные вопросы.

МИНИСТЕРСТВО НАУКИ И ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
ФГБОУ ВО «Чеченский государственный университет
имени Ахмата Абдулхамидовича Кадырова»
Медицинский институт
Кафедра госпитальной терапии

МЕТОДИЧЕСКИЕ УКАЗАНИЯ К ПРАКТИЧЕСКИМ ЗАНЯТИЯМ ПО ДИСЦИПЛИНЕ «ПСИХИАТРИЯ И НАРКОЛОГИЯ»

Код направления подготовки (специальности)	31.05.01
Направление подготовки (специальности)	Лечебное дело
Квалификация (степень) выпускника	Специалист
Форма обучения	Очная
Код дисциплины	**Б1.О.30**

Грозный

2025 г.

Идрисов К.А. Методические указания к практическим занятиям по дисциплине «Психиатрия, мед. психология» / Сост. К.А. Идрисов – Грозный: ФГБОУ ВО «Чеченский государственный университет имени А.А.Кадырова», 2024. – с.31

Методические указания к практическим занятиям по дисциплине «Психиатрия и наркология» рассмотрены на заседании кафедры госпитальной терапии, рекомендованы к использованию в учебном процессе (протокол №9 от 16.05.2025г..), составлена в соответствии с требованиями ФГОС ВО по специальности 31.05.01 Лечебное дело", квалификации (степень) – специалист, утвержденного Приказом Министерства образования и науки РФ от 12.08.2020 N 988, редакция с изменениями N 1456 от 26.11.2020 с учетом учебного плана по данному направлению подготовки, одобренного Ученым советом ФГБОУ ВО «Чеченский государственный университет имени А.А.Кадырова».

© К.А. Идрисов, 2024

©ФГБОУ ВО «Чеченский государственный университет имени А.А.Кадырова», 2024

Практическое занятие 1.

Организация психиатрической помощи в Российской Федерации. Основы законодательства РФ в области психиатрической помощи.

Задания в тестовой форме для текущего контроля успеваемости по теме. Инструкция: внимательно прочтите вопрос и варианты ответов, выберите один правильный ответ.

1. Психически больной имеет право на: А) Санаторно-курортное лечение.
   Б) Занятие соответствующей профессиональной деятельностью.
   В) Участие в голосовании, если он не признан в законодательном порядке недееспособным.
   Г) Все перечисленное.

1. В течение, какого времени пациент может находиться недобровольно в психиатрическом стационаре без санкции судьи: А) 24 часа.
   Б) 48 часов. В)
   72 часа.

2. В течение какого времени должно поступить в суд заявление и результаты комиссионного освидетельствования пациента, госпитализированного в недобровольном порядке: А) 24 часа.
   Б) 48 часов. В)
   72 часа.

3. Диспансерное наблюдение за психически больным устанавливается в случае:
   А) Хронического или затяжного течения заболевания.
   Б) Выраженности психических расстройств, не зависимо от их длительности.
   В) Хронического и затяжного психического расстройства с тяжелыми, стойкими или часто обостряющимися болезненными проявлениями.

4. Является ли решение судебно-психиатрической экспертной комиссии обязательным для суда:
   А) Обязательно всегда.
   Б) Обязательно в специально оговоренных случаях.
   В) Традиционно обязательно. Г)
   Необязательно.

Ответы: 1 – Г; 2 – В; 3 – В; 4 – В; 5 – Г.

Методические указания

Задача, практического занятия, стоящая перед студентами, заключается в закреплении теоретической информации об организации психиатрической помощи в

Российской Федерации. Особое внимание уделяется условиям психиатрического освидетельствования, показаниям для стационарного и амбулаторного лечения, правам и обязанностям пациентов и медицинского персонала.

Средства выполнения задачи – изучение и обсуждение текста Закона «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании», других нормативных документов по организации психиатрической помощи, выполнение задач по изучаемой теме.

Практическое занятие 2. Расстройства ощущений и восприятия. Расстройства внимания.

Задания в тестовой форме для текущего контроля успеваемости по теме. Инструкция: внимательно прочтите вопрос и варианты ответов, выберите один правильный ответ.

1. ПСЕВДОГАЛЛЮЦИНАЦИИ БЫЛИ ОПИСАНЫ:

А) Корсаковым;

Б) Крепелином; В) Кандинским; Г) Блейлером.

2. ГИПЕРЭСТЕЗИЯ ВХОДИТ В СТРУКТУРУ:

А) Галлюцинаторно-бредовго синдрома;

Б) Апатико-абулического синдрома;

В) Астенического синдрома;

Г) Синдрома лакунарной деменции

3. У ЗДОРОВЫХ ЛЮДЕЙ ПРИ ОПРЕДЕЛЕННЫХ УСЛОВИЯХ МОГУТ ИМЕТЬ МЕСТО СЛЕДУЮЩИЕ ГАЛЛЮЦИНАЦИИ:

А) Панорамические;

Б) Сложные;

В) Простые; Г) Элементарные.

4. ОТМЕТИТЬ ВАЖНЕЙШИЙ ПРИЗНАК ИСТИННЫХ ГАЛЮЦИНАЦИЙ:

А) Являются для больного частью реального мира;

Б) Ярче по утрам;

В) Чрезвычайно изменчивы; Г) Воспринимаются сверхчувственно.

5. КАКИЕ ИЛЛЮЗИИ, ПРИ ОПРЕДЕЛЕННЫХ УСЛОВИЯХ, МОГУТ ИМЕТЬ МЕСТО У ЗДОРОВЫХ ЛЮДЕЙ:

А) Аффективные;

Б) Вербальные; В)

Парэйдолические;

Г) Никакие.

Ответы: 1 – В; 2 – В; 3 – Г; 4 – А; 5 – А.

Методические указания.

Практическое занятие начинается с установления уровня исходных знаний у студентов, без чего невозможно выполнение задачи занятия.

В начале занятия 5-10 минут отводится студентам для самоконтроля по вопроснику. Контроль преподавателя состоит в опросе каждого студента по вопроснику и по дополнительным, уточняющим материал, вопросам и занимает 15-20 минут.

В соответствии с контрольными вопросами, отметить условнорефлекторный характер ощущений и восприятий, показать зависимость: восприятия от прошлого опыта, от внимания, установки, эмоционального состояния. Выделить различие образов восприятия и представления, а также связь восприятий и представлений с деятельностью анализаторов и с первой сигнальной системой.

Рассматривая вопрос об иллюзиях и галлюцинациях следует дать их описание по Эскиролю и деление по анализаторам на слуховые, зрительные, обонятельные, вкусовые, осязательные, соматические. При выделении различных форм галлюцинаций - прежде всего, отграничиваются истинные галлюцинации от псевдогаллюцинаций. Кроме того, надо дать понятие о функциональных галлюцинациях и об их отличиях от иллюзий, о сновидных галлюцинациях в форме гипногогических и гипнопомпических об элементарных галлюцинациях в форме акоазмов и фотопсий.

При рассмотрении, вопроса о психосенсорных нарушениях надо выяснить различие между дереализацией, деперсонализацией, обращаясь при этом к клиническим примерам и иллюстративному материалу. Следует остановиться на психосенсорных нарушениях типа нарушения восприятия величины (микро- и макропсии), формы (метаморфопсии) и др., феноменах «уже видено», «никогда не видено».

Необходимо остановиться на объективных признаках галлюцинаций, клиническом значении расстройств восприятия. Дать студентам четкое представление о галлюцинозах (алкогольном, травматическом, шизофреническом, энцефалитическом) и о делирии (алкогольном, травматическом, инфекционном).

Выясняя патофизиологические теории галлюцинаций следует отметить связь галлюцинаций с патологической инертностью, раздражительного процесса в первой или второй сигнальной системе, значение гипнотических фазовых состояний по И.П. Павлову и показать, что сновидные галлюцинации обусловлены возникновением парадоксальной и уравнительной фаз в коре головного мозга (тормозная теория Е.А. Попова). Отметить связь психосенсорных нарушений с гипнотическими фазовыми состояниями.

Следует остановиться на рассмотрении определения внимания - индивидуальной способности сконцентрировать психические процессы на определенном объекте, на

определенном явлении, сосредоточиться на нем. Внимание может быть и кратковременным процессом и длительный состоянием. От сохранности внимания, полноты и совершенства его отдельных качеств зависят ощущения и восприятия, запоминание и воспроизведение, мыслительные процессы, деятельность человека и в конечном итоге само сознание.

Различается внимание непроизвольное (пассивное), когда оно не обусловлено волевым актом человека. В основе непроизвольного внимания лежит безусловный ориентировочный рефлекс. Произвольное (активное) внимание обусловлено волевым актом, связано с сознательно поставленной целью. Среди клинических форм расстройства внимания следует отметить гиперметаморфоз внимания - повышенную отвлекаемость часто, встречающуюся при состояниях растерянности, трудность быстрого переключения внимания, «прикованность» к определенному кругу явлений. В качестве, клинических примеров можно отметить нарушения внимания при маниакальном синдроме, при остром бредовом состоянии, при депрессии, при эпилепсии.

Практическое занятие 3. Расстройства интеллекта. Расстройства памяти.

Задания в тестовой форме для текущего контроля успеваемости по теме. Инструкция: внимательно прочтите вопрос и варианты ответов, выберите один правильный ответ.

1. ФИКСАЦИОННАЯ АМНЕЗИЯ ЯВЛЯЕТСЯ СИМПТОМОМ:

А) Синдрома Корсакова;

Б) Депрессивного синдрома;

В) Синдрома Кандинского; Г) Онейроидного синдрома.

1. КАКОМУ ВИДУ НАРУШЕНИЙ ПАМЯТИ ПРЕДШЕСТВУЕТ КОМАТОЗНОЕ СОСТОЯНИЕ:

А) Прогрессирующей амнезии;

Б) Конфабуляциям;

В) Ретроградной амнезии; Г) Криптомнезиям.

2. ПО ЗАКОНУ РИБО ПРОТЕКАЕТ:

А) Фиксационная амнезия;

Б) Прогрессирующая амнезия; Г) Антероградная амнезия; Д) Ретроградная амнезия.

3. ПРИ ЛАКУНАРНОЙ ДЕМЕНЦИИ НЕ НАРУШЕНА СПОСОБНОСТЬ К:

А) Абстрагированию;

Б) Комбинаторике; В) Обобщению и выбору; Г) Самокритике.

4. ОБРАТИМЫЙ ХАРАКТЕР ИМЕЕТ:

А) ретроградная амнезия;

Б) фиксационная амнезия;

В) истерическая амнезия

Г) Прогрессирующая амнезия

Ответы: 1 – А; 2 – В; 3 – Б; 4 – Г; 5 – В).

Методические указания.

Память - это отражение прошлого опыта, заключающееся в запоминании, сохранении, воспроизведении и узнавании того, что раньше было воспринято, пережито или сделано. При анализе определения памяти, необходимо остановиться, на каждом из условно выделяемых этапов процесса памяти: запоминании, сохранении, воспроизведении и узнавании. Касаясь клинических проявлений расстройств памяти следует дать студентам обследовать больных с гипермнезией, если таковые случаи встречаются в клинике, гипомнезией и амнезией, парамнезией, амнестическим синдромом.

Вопрос об амнестическом (корсаковском) синдроме уместно связать с раскрытием важности выделения нозологической формы - корсаковского психоза, подчеркнуть клинические особенности указанной нозологической формы.

Говоря о гипомнезиях и амнезиях следует дать понятие о наиболее часто встречающихся заболеваниях, при которых наблюдается снижение и выпадение памяти - дисмнестические формы деменции, прогрессирующая амнезия при старческом слабоумии.

Интеллект - сложное понятие, включающее сумму знаний и опыта, способность к постоянному пополнению имеющегося запаса сведений, знаний и накоплению опыта, возможность применения их для образования новых умозаключений и суждений для целей практической деятельности.

Степень интеллектуального развития связана с врожденными качествами нервной системы, но еще в большей степени зависит от внешних условий, от среды, от общества, от социального строя.

Основными предпосылками интеллекта являются: память, внимание, речь, эмоционально-волевые качества, необходимо отметить тесную связь интеллекта со всеми психическими функциями, в особенности с мышлением.

В соответствии с контрольными вопросами следует раскрыть особенности недоразвитая интеллектуальных функций, что клинически выражается в форме малоумия разных степеней (идиотия, имбецильность дебильность) и снижении уровня интеллекта, что клинически выражается в форме слабоумия, надо отметить различие слабоумия по глубине - частичное (лакунарное) и полное (тотальное), по видам – паралитическое, эпилептическое, старческое и пр.

Надо указать относительность значения психологических тестов, необходимость сочетать их с данными клинического исследования больных, отметив, что психологический метод значительно дополняет изучение симптомов патологии интеллекта в его отдельных структурных элементах (память, внимание, ассоциативная деятельность и пр.).

Практическое занятие 4.
Расстройства мышления.

Задания в тестовой форме для текущего контроля успеваемости по теме. Инструкция: внимательно прочтите вопрос и варианты ответов, выберите один правильный ответ.

1. НАЛИЧИЕ БРЕДА ЭТО - 1. Всегда признак психоза. 2. Свидетельство об особенностях характера. 3. Явление, которое нередко встречается и у здоровых. 4. Явление, которое не говорит еще ни о здоровье, ни о болезни.
1. БЕССВЯЗНОЕ МЫШЛЕНИЕ ХАРАКТЕРНО ДЛЯ: 1. Делирия; 2. Аменции; 3. Онейроида; 4. Сумеречного состояния.
2. ПСИХИЧЕСКИЕ АВТОМАТИЗМЫ – ЭТО: 1.Вид сумеречного состояния; 2.Вариант галлюцинаций; 3.Разновидность иллюзий; 4.Чувство постороннего воздействия.
3. ПСЕВДОГАЛЛЮЦИНАЦИИ СОПРОВОЖДАЮТСЯ БРЕДОВЫМИ ИДЕЯМИ: 1.Самообвинения; 2.Ущерба; 3.Воздействия; 4.Ревности.
4. УКАЗАТЬ ВАЖНЕЙШИЙ ПРИЗНАК ПСЕВДОГАЛЛЮЦИНАЦИЙ: 1. Отсутствие критики; 2. Появление только вечером; 3. Восприятие в субъективном пространстве; 4. Быстрое угасание.

Ответы: 1 – 1; 2 – 2; 3 – 4; 4 – 3; 5 – 3.

Методические указания.

В практическом занятии необходимо разъяснить студентам основные физиологические и психологические данные относительно мышления. Дать определение мышлению, как высшей формы отражения мозгом человека внутренних связей сущности явлений объективной реальности.

В соответствии с контрольными вопросами раскрыть перед студентами, что физиологической основой мышления является сочетанная деятельность сигнальных систем, главным образом второй сигнальной системы, отражающей на более высоком уровне не только прошлое и настоящее, но и будущее. При этом образуются условные рефлексы - временные связи - ассоциации.

Процесс мышления протекает с использованием запаса знаний, опыта и при активном участии памяти, внимания, эмоционально-волевой сферы.

При психических заболеваниях патологически нарушаются качества мышления. О патологии мышления судят по речи больного, по письменному изложению переживаний.

Для удобства клинического изучения расстройств мышления их следует сгруппировать по патологии темпа, стройности и целенаправленности.

При изучении патологии темпа мышления надо выделить для курации студентам больного с ускорением или замедлением ассоциаций, возникающих в единицу времени. При демонстрации больного и при описании психического статуса больного должно быть четкое представление о скачке идей, заторможенности, обстоятельности, персеверации, шперрунге. При изучении патологии стройности мышления следует продемонстрировать разорванность, бессвязность, вербигерацию, используя речь больного или его творчество. При изучении патологии целенаправленности мышления следует показать студентам резонерство, аутистическое мышление, символическое мышление, неологизмы.

Следует связать изучение патологии мышления с нозологическими формами, при которых она наиболее часто встречается. При анализе примеров разорванности мышления: следует упомянуть, что такого рода симптоматика наиболее часта при шизофрении, в зависимости от курируемых больных следует связать патологию мышления в форме обстоятельности - с эпилепсией, скачку идей - с маниакальным состоянием и т.п.

На клинических примерах раскрыть определение бредовой идеи как симптома психического заболевания – т.е. неверного умозаключения, не поддающегося разубеждению и возникающего в связи с патологией высшей нервной деятельности головного мозга, а также противопоставить бредовую идею ошибкам суждения в виде религии и суеверий.

Классификацию бредовых идей по содержанию, по степени систематизации необходимо подавать только на клинических, примерах, давая студентам для исследования и описания психического статуса больных с бредовыми идеями преследования, всех разновидностей бреда преследования - бред воздействия химического, физического, гипнотического и пр., бред отравления, обвинения,; ущерба и пр., бредовыми идеями величия - бред богатства, особого происхождения, изобретательства, реформаторства и пр., бредовыми идеями, самоуничижения - бред греховности, самообвинения, ипохондрический, нигилистический и пр. В каждом случае следует касаться классификации бреда по систематизации - относя его к бреду толкования или к образному (чувственному) бреду.

Уместно указать нозологическую форму психического заболевания, при которой наиболее закономерно встречаются бредовые идеи, используя при этом больных, которых обследуют студенты (параноидная форма шизофрении, сифилитический психоз, алкогольный параноид; и пр.).

Сверхценные идеи следует доказать в динамическом развитии - вначале как естественную психологическую реакции на реальные события, затем - патологическое преобразование суждений, занявших не соответствующее их значению преобладающее положение в сознании с развитием чрезмерного эмоционального напряжения.

Навязчивые явления (обсессии) заключаются в непроизвольном, непреодолимом возникновении мыслей, воспоминаний, сомнений, страхов, стремлений, действий, движений при сознании их болезненности и при сохранности критики к ним, чем они отличаются от бреда.

Следует остановиться на отвлеченных навязчивостях - бесплодное мудрствование, навязчивый счет и пр. и на образных формах навязчивостей, среди которых наиболее важно рассмотреть фобии (агорафобия, клаустрофобия, канцерофобия, танатофобия, кардиофобия и пр.

Уместно связать изучение клинических данных обсессий с клиническими примерами, продемонстрировать больного или историю болезни, выписки из историй болезни, указав нозологические формы, при которых наиболее часто встречаются навязчивые явления (обсессивно-фобический невроз, обсессивно-компульсивный невроз).

Практическое занятие 5.

Расстройства эмоционально-волевой сферы. Расстройства психомоторной сферы.

Задания в тестовой форме для текущего контроля успеваемости по теме. Инструкция: внимательно прочтите вопрос и варианты ответов, выберите один правильный ответ.

1. УБРАТЬ ЛИШНЕЕ: 1. Подавленное, тоскливое настроение; 2. Заторможенность мышления; 3. Суицидальные мысли; 4. Двигательная заторможенность.
1. УБРАТЬ ЛИШНЕЕ: 1. Повышение настроения; 2. Улучшение состояния к вечеру; 3. Ускорение течения ассоциаций; 4. Двигательное возбуждение.
2. ДИСФОРИЯ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ: 1.Тоскливостью; 2.Тоскливой тревожностью; 3.Злобной тоскливостью; 4.Повышенным настроением с оттенком гневливости.
3. ГИПОБУЛИЯ – ЭТО: 1.Усиление волевой активности; 2.Исчезновение волевой активности; 3.Ослабление волевой активности; 4.Искажение волевой активности.
4. ГИПЕРБУЛИЯ ВСТРЕЧАЕТСЯ В РАМКАХ: 1.Парафренного синдрома; 2.Маниакального синдрома; 3.Депрессивного синдрома; 4.Кататонического синдрома.

Ответы: 1 – 3; 2 – 2; 3 – 3; 4 – 3; 5 – 2.

Методические указания.

В практическом занятии необходимо показать связь эмоциональном сферы с психомоторикой - мимикой, позой, движениями.

Эмоции - это выражение субъективного отношения человека к тому, что он в данный момент ощущает и воспринимает, представляет в своем воображении и вспоминает, осмысляет и познает.

Следует отметить классификацию эмоций на низшие и высшие; указать, что низшие эмоции связаны с безусловно-рефлекторной деятельностью, с инстинктами, высшие - с условно-рефлекторной деятельностью, на отрицательные и положительные; на стенические и астенические. Разбирая вопрос о физиологической основе, чувств отметить их связь с безусловными и условными рефлексами, с установкой динамического стереотипа, с вегетативной нервной системой, еѐ подкорковыми образованиями и представительством в коре.

В соответствии с контрольными вопросами необходимо дать четкое понятие о делении эмоций в зависимости от силы и длительности: а/ настроение - нерезко выраженное и сравнительно длительное эмоциональное состояние; б/ страсть- сильное, глубокое стойкое чувство; в/ аффект – бурная, но кратковременная эмоция, «эмоциональный взрыв».

Рассматривая вопрос об аффектах необходимо остановиться на различии физиологического и патологического аффектов, отметив такие признаки, как нарушение сознания на высоте аффекта, амнезия на этот период, недостаточная мотивация поступков, чрезмерная иррадиация аффекта, слишком выраженная вегетативно-вазомоторная и психомоторная реакция. Отметить судебно-психиатрическое значение патологического аффекта.

Следует дать клиническую классификацию нарушений эмоциональной сферы: гипестезия, связанная, с высоким порогом чувственного возбуждения; чувственная гиперестезия с низким порогом чувственного возбуждения, которая выражается в виде слабодушия и эмоциональной лабильности. Остановиться на чувственной амбивалентности, а такте на извращении, неадекватности эмоциональной сферы, указать на симптомы гипотимических нарушений - депрессию, дисфорию; гипертимических нарушений - маниакальнее состояние, эйфорию, морию, экстатическое состояние.

Рассматривая вопрос о расстройстве настроения следует указать на особенности гипертимических состояний при маниакально-депрессивном психозе, прогрессивном параличе, опухолях головного мозга, токсической эйфории при алкогольном опьянении, при действии морфия и закиси азота, при дурашливой веселости при гебефренном возбуждении, экстатическом состоянии при эпилепсии. Отметить своеобразие депрессивного состоянии и характер тоски при маниакально-депрессивном психозе, при реактивной депрессии, при инволюционной меланхолии, особенности предсердечной тоски и взрыва тоскливости.

Особо следует отметить методику исследования и описания эмоциональных расстройств, недопустимость терминологических формулировок без клинического описания симптомов. При описании расстройств эмоциональности следует исходить из состояния психомоторики, т.е. той стороны психической деятельности, которая отражает эмоциональность. В неѐ входит мимика, походка, поза, выразительные индивидуальные движения, тональность речи, громкость голоса.

В практическом занятии необходимо раскрыть понятие воли, как индивидуальной способности к сознательной, целеустремленной психической деятельности, связанной с преодолением препятствий. Следует подчеркнуть, что в осуществлении двигательно-волевых актов большую роль играют сознание, мышление и интеллект, которые участвуют в подготовке и выполнении волевых актов.

Рассматривая клинические формы расстройств волевой произвольной деятельности, надо особо отметить искусственность этого разделения. Остановиться на гипобулии - понижении волевой активности, гипербулии - патологическом повышении волевой активности, абулии - отсутствии волевых побуждений и стремлений, что обычно сочетается с апатией (апатикоабулический синдром).

Парабулия - извращение воли и влечений. К расстройствам влечений относятся пиромания, клептомания, дромомания и др. К парабулическим двигательным нарушениям относятся парамимия, импульсивность.

Для демонстрации двигательно-волевых нарушений следует рассмотреть кататоническое возбуждение с парабулическими явлениями (парамимия, эхолалия, эхопраксия, импульсивность).

Практическое занятие 6.

Расстройства сознания.

Задания в тестовой форме для текущего контроля успеваемости по теме. Инструкция: внимательно прочтите вопрос и варианты ответов, выберите один правильный ответ.

1. ПОЛНОЕ ПОГРУЖЕНИЕ В МИР ФАНТАСТИЧЕСКИХ ГРЕЗЕПОДОБНЫХ ПЕРЕЖИВАНИЙ ВСТРЕЧАЕТСЯ ПРИ: 1. Делирии; 2. Аменции; 3. Сумерках; 4. Онейроиде.

1. УБРАТЬ ЛИШНЕЕ: 1. Отрешенность от реального мира; 2. Наплыв иллюзий и галлюцинаций; 3. Непоследовательность мышления, вплоть до бессвязности; 4. Дезориентировка.
2. НАПЛЫВ ЗРИТЕЛЬНЫХ ИЛЛЮЗИЙ И ГАЛЛЮЦИНАЦИЙ ИМЕЕТ МЕСТО ПРИ: 1. Делирии; 2. Аменции; 3. Онейроиде; 4. Сумерках.

3. СТУПОР – ЭТО: 1.Вариант нарушения сознания; 2.Двигательное оцепенение; 3.Вид бреда; 4.Особый синдром.
4. УКАЗАТЬ СИНДРОМ, ОТРАЖАЮЩИЕ НАИБОЛЕЕ ГЛУБОКИЙ УРОВЕНЬ ПОРАЖЕНИЯ ГОЛОВНОГО МОЗГА: 1. Галлюцинаторнобредовый; 2. Делириозный; 3. Депрессивный; 4. Навязчивостей.

Ответы: 1 – 4; 2 – 2; 3 – 1; 4 – 2; 5 – 2.

Методические указания.

Следует рассмотреть определение сознания: высшая, специфически человеческая форма отражения действительности, которая возникает и формируется в процессе общественно выработанных представлений, понятий, в процессе повседневной трудовой деятельности человека. Это философское, гносеологическое определение сознания.

Клиническое определение сознания: - сознание - это человеческая психика в целом, в еѐ общественно-исторической обусловленности, это внутренняя сущность любого человеческого психического процесса.

Физиологическая сущность сознания - функционирование определенной части головного мозга, обладающей в данное время оптимальной возбудимостью (И.П. Павлов).

Следует остановиться на рассмотрении общих признаков, свойственных всем синдромам патологии сознания (Ясперс), подчеркнув, что для диагноза патологии сознания необходимо установить наличие всех указанных признаков: а/ затруднение или полная невозможность восприятия окружающего; б/ дезориентировка в/ нарушение мышления - бессвязность, слабость суждений; г/ отрывочность воспоминаний, амнезия.

Наиболее подробно следует остановиться на рассмотрении клинических форм патологии сознания, иллюстрируя их показом больных, клиническими задачами, таблицами, связывая их возникновение с действием вредных факторов на мозг человека (инфекции, интоксикации, травмы).

Патология сознания обычно рассматривается в двух группах: состояния выключения (количественные нарушения сознания) - оглушение, сопор, кома, помрачение сознания – (качественное нарушение) – делирий, онейроид, сумерки, аменция и др., однако, следует отметить, что это деление весьма условно. Привести примеры сложных синдромов нарушенного сознания – напр. делириозно-аментивного. Указать на

нестойкость и кратковременность синдромов нарушенного сознания, колебания глубины выключения и помрачения сознания, серьезность прогностического их значения.

В качестве критериев ясности сознания используют: правильность различных видов ориентировки; правильность акта восприятия, осмысления, эмоционально-двигательных проявлений; выявление степени последующей амнезии или еѐ отсутствие.

Понятие о психосоматических и соматопсихических отношениях. Психосоматическое балансирование. Соматические нарушения, обусловленные психическим заболеванием (ургентная патология, галлюцинаторно-бредовые расстройства, депрессия).

Практическое занятие 7. Расстройства личности.

Задания в тестовой форме для текущего контроля успеваемости по теме. Инструкция: внимательно прочтите вопрос и варианты ответов, выберите один правильный ответ.

1. НАПРЯЖЕННАЯ АВТОРИТАРНОСТЬ ХАРАКТЕРИЗУЕТ:
   1.Истероидов; 2.Циклоидов; 3.Эпилептоидов; 4.Шизоидов.

1. НАЛИЧИЕ ПСИХЭСТЕТИЧЕСКОЙ ПРОПОРЦИИ ОБЪЯСНЯЕТСЯ:
   1.Реалистическим мышлением; 2.Эмоциональным мышлением; 3.Аутистическим мышлением; 4.Разорванным мышлением.

2. ДЕМОНСТРАТИВНОСТЬ – ОБЯЗАТЕЛЬНЫЙ ПРИЗНАК:
   1.Психастеничности; 2.Шизоидности; 3.Истероидности; 4.Эпилептоидности.

3. ТРЕВОЖНАЯ МНИТЕЛЬНОСТЬ – ЧЕРТА: 1.Шизоидов; 2.Астеников; 3.Психастеников; 4.Циклоидов.

4. СКЛОННОСТЬ К ТРЕВОЖНЫМ СОМНЕНИЯМ ПРИСУЩА:
   1.Астеникам; 2.Психастеникам; 3.Эпилептоидам; 4.Истероидам.

Ответы: 1 – 3; 2 – 3; 4 – 3; 4 – 2; 5 – 2. **Методические указания.**

Содержание занятия. Определение расстройства личности (психопатии). Этиопатогенез (ядерные, органические, краевые). Критерии диагностики Ганнушкина-Кербикова (тотальность, стабильность, социальная дезадаптация). Критерии диагностики расстройств личности в МКБ-10. Астеническая психопатия (зависимое и избегающее расстройство личности). Психастеническая психопатия (ананкастическое расстройство личности). Шизоидная психопатия (шизоидное расстройство личности). Эпилептоидная психопатия (порганичное расстройство личности эмоционально-лабильный тип). Циклоидная психопатия. Неустойчивая психопатия (диссоциальное расстройство личности). паранойяльная психопатия (параноидное расстройство личности). Динамика

расстройств личности (компенсация и декомпенсация). Варианты декомпенсации (реакции, фазы, развития). Фармакологическая и психотерапевтическая коррекция. Экспертиза. Содержание темы: определение психопатии, ее границы, классификация, лечение.

Раздел о психопатии является наиболее трудным для усвоения как в смысле определения сущности психопатий, так и определения границ психопатической личности и отграничения ее от других болезненных состояний.

В тех случаях, когда в лекционном курсе отсутствует лекция о психопатиях, практические занятия должны начинаться с определения, что такое психопатия.

Под психопатиями надо понимать такой патологический склад характера, в котором дисгармонично сочетаются неустойчивость эмоциональных реакций и поведения с нормальным, иногда и высоким интеллектом. Эта дисгармоничность является выражением врожденной неполноценности. Психопатия не есть болезнь, а есть патологический характер. Психопатические черты характера выявляются таким образом с первых лет жизни. Влияние внешней среды, воспитание в определенных социальных условиях могут либо смягчить, либо усиливать врожденные психопатические черты характера.

Демонстрация больного с психопатией крайне необходима, без чего понимание сложной проблемы психопатий будет очень затруднено. Собеседование с психопатом требует особого методического приема, которому надо обучить будущих врачей. Психопат должен иметь возможность самостоятельно, без соответствующего активного вмешательства врача, рассказать о своей жизни, о становлении своего характера, о взаимоотношениях с окружающими, о своих жизненных установках. Только в такой спонтанной передаче с очевидностью можно уловить психопатическую структуру характера.

В коррекции психопатии необходимо подчеркнуть основную роль социальной среды и выработки у психопата установки на полезную трудовую деятельность.

Средствами для выполнения задачи является методическое пособие кафедры психиатрии ИГМА – «Методика исследования психически больного и схема истории болезни», атлас для экспериментального исследования отклонений в психической деятельности, сведения из больничной истории болезни и записей в журнале дежурного персонала о поведении больного. Студент (или пара студентов) обследует больного, проводит клиническое исследование и описывает психический статус больного. Длительность работы.

Практическое занятие 8.

Психогенные психические расстройства.

Задания в тестовой форме для текущего контроля успеваемости по теме. Инструкция: внимательно прочтите вопрос и варианты ответов, выберите один правильный ответ.

1. УКАЖИТЕ, КАКОЙ ВИД КОНФЛИКТА ВЕДЕТ К НЕВРОТИЗАЦИИ:

   1. Острый межличностный. 2. Хронический межличностный. 3. Хронический внутриличностный неосознаваемый. 4. Хронический внутриличностный осознаваемый.

2. КАКАЯ СИМПТОМАТИКА НАЗЫВАЕТСЯ «ОБЩЕНЕВРОТИЧЕСКОЙ»: 1.Астеническая. 2. Депрессивная. 3. Ипохондрическая. 4. Психопатическая.
3. НАЛИЧИЕ ПСИХАСТЕНИЧЕСКИХ ЧЕРТ ПРЕДРАСПОЛАГАЕТ К:
   1. Любому виду невроза. 2. Неврастении. 3.Неврозу навязчивых состояний. 4.Истерическому неврозу.
4. НАИБОЛЕЕ РАСПРОСТРАНЕННОЙ ФОБИЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ: 1. Кардиофобия. 2. Клаустрофобия. 3. Агорафобия. 4. Фобофобия.
5. УКАЗАТЬ ИСТЕРИЧЕСКИЙ КОНФЛИКТ (ПО Б. В. ИОВЛЕВУ): 1. «Не имею достаточно сил, но хочу». 2. «Не имею права, но хочу». 3. «Боюсь ответственности, но хочу».

Ответы: 1 – 3; 2 – 1; 3 – 3; 4 – 3; 5 – 2.

Методические указания.

Содержание занятия. Изучение раздела психогений, которые составляют главное содержание так называемой малой психиатрии, имеет исключительное значение для врачей непсихиатров. При изучении этого раздела в курсе психиатрии особенно отчетливо выявляется тесная связь между соматической медициной и психиатрией.

Больные с неврозами чаще обращаются за медицинской помощью к невропатологам, терапевтам, врачам санатория. Представление о психогенных заболеваниях. Невроз как психогенное, конфликтогенное психическое расстройство. Преморбид, внутриличностный конфликт, клинические особенности и течение основных неврозов (неврастении, фобического невроза, обсессивно-компульсивного невроза, истерического (конверсионного) невроза). Динамика астенического синдрома при неврастении (гиперстения, раздражительная слабость, гипостения). Динамика фобического синдрома (паническая атака, кардоифобия, агорофобия, фобофобия). Обсессивнокомпульсивные расстройства (навязчивые сомнения, мизофобия, навязчивая медлительность, контрастные навязчивости). Конверсионные и диссоциативные расстройства. Невротическая реакция, невротическое состояние, невротическое развитие личности. Этапы невротического развития (соматических жалоб, невротической депрессии, нажитой психопатизации). Соматоформные расстройства как вариант этапа соматических жалоб. Разновидности соматоформных расстройств. Связанные со стрессом расстройства (адаптационные реакции, посттравматическое стрессовое расстройство). Варианты течения посттравматического стрессового расстройства. Реактивные психозы (аффективно-шоковые реакции, подострые реактивные психозы, истерические психозы). Тактика и экспертиза при реактивных психозах. Терапия при психогенных расстройствах невротического и психотического уровня. Психофармакотерапия. Психотерапия, виды и показания.

При разборе больных с неврастенией, кроме знакомства с клиническими особенностями и течением самого невроза (о чем всегда хорошо рассказывает сам больной), нужно обратить внимание студентов на дифференциальные критерии. неврастении, как невроза от неврастенического синдрома. При этом очень важно напомнить студентам, что с неврастенического синдрома могут начинаться многие психические, неврологические и даже соматические заболевания (прогрессивный паралич, пресенильный психоз, шизофрения, болезнь Боткина и др.).

Истерия относится к числу тех заболеваний, которые могут выражаться синдромами психопатологическими, неврологическими и соматическими. Именно клиническим полиморфизмом истерии объясняется трудность диагностики этого невроза.

Для облегчения усвоения этого сложного раздела необходимо дать возможность студентам курировать больных с истерией, протекающей с выраженными психопатологическими синдромами, а также в форме вегетосоматических расстройств. Ко второй группе—больные с истерическими параличами, сурдомутизмом, амаврозом, неукротимой рвотой, истерическими непроходимостью, спазмами и т. д. Удельный вес расстройств второй группы несомненно более значителен, так как больные с этими симптомами лечатся у врачей-соматиков. Студентами должны быть проработаны дифференциально-диагностические критерии истинных соматических заболеваний от истерических. При этом, очень важно, чтобы студенты поняли одно чрезвычайно важное обстоятельство, что за так называемыми «истерическими» расстройствами может скрываться тяжелое органическое, соматическое заболевание: опухоль мозга, энцефалит, раковая болезнь, гипертоническая, язвенная болезнь.

В разделе тревожных расстройств одним из самых трудных является вопрос о границах между ними. Эти особенности должны быть подчеркнуты в истории болезни курирующими студентами.

Для установления диагноза обсессино-фобического или обсессивнокомпульсивного невроза студентов надо обучить методу клинического анализа полученных анамнестических данных.

Средствами для выполнения задачи является методическое пособие кафедры психиатрии ИГМА – «Методика исследования психически больного и схема истории болезни», атлас для экспериментального исследования отклонений в психической деятельности, сведения из больничной истории болезни и записей в журнале дежурного персонала о поведении больного. Студент (или пара студентов) обследует больного, проводит клиническое исследование и описывает психический статус больного. Длительность работы.

Практическое занятие 9. Психические расстройства, вызванные употреблением алкоголя.

Задания в тестовой форме для текущего контроля успеваемости по теме. Инструкция: внимательно прочтите вопрос и варианты ответов, выберите один правильный ответ.

1. УТРАТА СИТУАЦИОННОГО КОНТРОЛЯ ЭТО СИМПТОМ: 1. Бытового пьянства; 2. Первой стадии алкоголизма; 3. Второй стадии алкоголизма; 4. Третьей стадии алкоголизма.

1. НА ТРЕТЬЕЙ СТАДИИ АЛКОГОЛИЗМА ТОЛЕРАНТНОСТЬ К АЛКОГОЛЮ: 1. нарастает; 2. держится на максимальном уровне; 3. снижается.

2. К ПРИЗНАКАМ ПЕРВОЙ СТАДИИ АЛКОГОЛИЗМА НЕ ОТНОСИТСЯ: 1. рост толерантности к алкоголю; 2. утрата защитного рвотного рефлекса; 3. потеря количественного контроля; 4. сформированный абстинентный синдром.

3. АЛКОГОЛЬНЫЙ ДЕЛИРИЙ РАЗВИВАЕТСЯ: 1. на фоне запоя; 2. на вторые – третьи сутки после окончания запоя; 3. через две-три недели после окончания запоя.

4. К ХРОНИЧЕСКИМ АЛКОГОЛЬНЫМ ЭНЦЕФАЛОПАТИЯМ НЕ ОТ-

НОСИТСЯ: 1. корсаковский психоз; 2. алкогольный псевдопаралич; 3. энцефалопатия Гайе-Вернике.

Ответы: 1 – 4; 2 – 3; 3 – 4; 4 – 2; 5 – 3.

Методические указания.

Занятие начинается с рассмотрения вопроса о влиянии однократного приема алкоголя на соматическое и психическое состояние. После того, как студенты познакомились с клиникой и патофизиологией острого опьянения, необходимо провести клиническую дифференциальную диагностику между тяжелым алкогольным опьянением и патологическим опьянением. Студенты должны уяснить себе социальное и судебномедицинское значение обеих форм опьянения.

Необходимо дать четкие клинические границы понятия хронического алкоголизма (непреодолимое влечение к алкоголю, изменение толерантности к нему и наличие синдрома похмелья). У лиц с только что развившимся тяготением к вину надо выявить и показать значение сохранности личности, критического понимания надвигающейся личной катастрофы. Подчеркнуть огромную роль коллектива, общественности в борьбе с пагубным влечением. Безусловно важно рассмотреть со студентами все меры лечения и длительной профилактики алкоголизма у той группы больных, у которых правильное и своевременное лечение дает избавление от дальнейшего пьянства.

Останавливаясь на вопросах алкогольной деградации, необходимо показать и разобрать соответствующего больного и показать весь путь его физического и морального распада.

Разобрать особенности алкоголизма у женщин и подростков. Особое внимание уделить клинике и динамике алкогольного абстинентного синдрома. Если в клинике имеется больной с острым алкогольным психозом, занятие надо начать с демонстрации и разбора этого больного. Дифференцировать варианты острых алкогольных психозов (алкогольный делирий, галлюциноз, параноид). Уметь диагностировать хронические алкогольные психозы (параноид, галлюциноз, Корсаковский психоз). Показать основы неотложнаой помощи при алкогольном опьянении, абстиненции. Тактику при острых алкогольных психозах. Дать понятие о лечение алкогольной зависимости. Этапы, виды терапии, особенности ремиссий.

Практическое занятие 10.
Наркомании и токсикомании.

Задания в тестовой форме для текущего контроля успеваемости по теме. Инструкция: внимательно прочтите вопрос и варианты ответов, выберите один правильный ответ.

1. ПОСТОЯННЫМ ПРОЯВЛЕНИЕМ НАРКОМАНИЙ И ТОКСИКОМАНИЙ ЯВЛЯЕТСЯ: 1. Психическая зависимость; 2. Физическая зависимость; 3. Деградация личности; 4. Присоединение грубых нарушений со стороны внутренних органов.

1. НАИБОЛЕЕ ТЯЖЕЛАЯ АБСТИНЕНЦИЯ ИМЕЕТ МЕСТО ПРИ: 1. Бензиновой токсикомании. 2. Героиновой наркомании. 3. Эфедроновой наркомании. 4. Интоксикации ЛСД-25.
2. ПРИ КАКОЙ НАРКОМАНИИ ПОЧТИ ВСЕГДА ИМЕЕТСЯ ТОЛЬКО ПСИХИЧЕСКАЯ ЗАВИСИМОСТЬ: 1. Героиновой. 2. Эфедроновой. 3. К галлюциногенам. 4. Кодеиновой.
3. ДЕГРАДАЦИЯ ЛИЧНОСТИ ПРИ НАРКОМАНИЯХ И ТОКСИКОМАНИЯХ ПРЕИМУЩЕСТВЕННО ПРОЯВЛЯЕТСЯ В: 1. Уходе во внутренний мир; 2. Исчезновении высших эмоций; 3. Снижении энергетического потенциала; 4. Снижении памяти.
4. К НАРКОТИЧЕСКИМ ВЕЩЕСТВАМ НЕ ОТНОСЯТСЯ: 1. опиаты; 2. летучие растворители (бензин, ацетон и т.д.); 3. каннабиоиды (вещества, получаемые из конопли); 4. галлюциногены.

Ответы: 1 – 1; 2 – 2; 3 – 3; 4 – 2; 5 – 2.

Методические указания.

Наркомании. Клиника, диагностика, течение, терапия наиболее распространенных наркоманий (опийной, каннабиоидной, обусловленной злоупотреблением психостимуляторами, галлюцинагенами). Варианты острого наркотического опьяненения, абстиненции. Терапия наркоманий. Токсикомании (ингаляционные, лекарственные), клиника, диагностика, течение, терапия. Табакокурение. Роль современных терапевтических подходов в наркологии. Психотерапия. Желательно, чтобы студенты докладывали больных, ими же курируемых. Самое существенное—выявить условия, способствующие появлению привыкания. Студенты должны ознакомиться с соматическими симптомами наркомании: внешний вид больного, общее истощение, постарение, цвет, тургор кожи, наличие следов инъекции (рубцы). Очень важно, чтобы студенты усвоили психопатологию абстинентного синдрома: двигательное беспокойство, тревога, тоска, иногда иллюзорногаллюцинаторные явления. При этом, как правило, со стороны физического статуса наблюдается падение сердечной деятельности, уровня артериального давления, боли по ходу желудочно-кишечного тракта, рвоты, поносы.

Практическое занятие 11.
Психические расстройства при органических заболеваниях головного мозга.

Задания в тестовой форме для текущего контроля успеваемости по теме. Инструкция: внимательно прочтите вопрос, выберите из предложенных вариантов ответов все правильные варианты.

1. В возникновении делириозиых состояний имеют значение:
   а) токсический фактор (алкоголь, лекарственные препараты)
   б) психогенный фактор
   в) инфекции, тяжело протекающие соматические заболевания

г) сосудистые заболевания головного мозга

д) физическое переутомление

1. Больной в прошлом перенес тяжелую черепно-мозговую травму. В текущем году у него неожиданно, независимо от времени суток, на фоне сохраненного сознания появляются судорожные подергивания мимической мускулатуры, далее начинают подергиваться пальцы рук, затем мышцы ноги, такие состояния длятся 2-3 минуты, заканчиваются самостоятельно. Больного беспокоит, что эти нарушения возникают до 5-6 раз в день. Наиболее вероятно, что у больного:

а) абсанс

б) абортивный генерализованный припадок

в) генерализованный судорожный припадок

г) джексоновский припадок (фокальный)

2. У больного грипп, высокая температура. При осмотре беспокоен, суетлив, в беседе часто отвлекается, в окружающей обстановке ориентировка нарушена, часто вскакивает с постели, что-то ищет под подушкой, заглядывает под кровать, копается в постельном белье, шарит рукой по стене, пытался поймать воображаемых насекомых, порой испуганно озирается, разговаривает сам с собой. Наиболее вероятно, что у больного:

а) галлюцинаторный синдром

б) параноидный синдром

в) делириозный синдром

г) сумеречное расстройство сознания

д) аментивный синдром

3. Среди перечисленных эмоциональных нарушений для органических заболеваний головного мозга наиболее характерно:

а) слабодушие

б) чувственное притупление

в) гипертимия

г) эмоциональная неадекватность

4. Болезни Альцгеймера и Пика:

а) относятся к группе пресенильных деменций

б) относятся к дефектам развития головного мозга

в) часто сопровождаются астеническим синдромом

г) неврологически часто проявляются афазией, агнозией, апраксией

Ответы: 1 – а, в, г; 2 – г; 3 – в; 4 – а; 5 – а, г.

Методические указания.

Внимание студентов обращается на общие основы данного раздела, в том числе, основные формы, характер и течение психических нарушений, наблюдаемых при психических заболеваниях экзогенно-органического происхождения. Распознавание, дифференциальная диагностика. Общие принципы и основные методы лечения профилактика органических психических расстройств.

Основным методическим приемом при изучении этих больных является строгая последовательность и тщательность в изучении анамнеза жизни с обращением внимания на наличие экзогенных вредностей в прошлом, на характерологические особенности больного до настоящего заболевания. Исследованию психического статуса должно предшествовать не менее подробное соматическое обследование больного. Студенты должны представлять себе, что природа и характер психических нарушений могут быть различны, в зависимости от особенностей экзогенного (соматического, инфекционного, посттравматического, сосудистого) страдания, от быстроты и тяжести его развития. Беседа с больным должна выявить ведущий психопатологический синдром: нарушены ли сознание, восприятие, память, настроение; установить, какова динамика этого синдрома в зависимости от основного соматического заболевания. Общая характеристика статики и динамики органических психических расстройств. Церебрастенический синдром. Психоорганический синдром (триада Вальтер-Бюэля). Варианты психоорганического синдрома по К. Шнейдеру (астенический, эксплозивный, апатический, эйфорический). Психоэндокринный синдром М. Блейлера и нарушение психики при эндокринопатиях. Переходные синдромы Вика (Корсаковский синдром и др.). Острые экзогенного типа реакции Карла Бонгеффера (делирий, аменция, сумерки, вербальный галлюциноз). Органическое (амнестическое) слабоумие. Соматогенные психические заболевания (кардиогенные, гепатогенные, уремичсекие). Квадриада признаков К. Шнейдера. Депрессии и тревожные расстройства при соматических заболеваниях. Сосудистые психические расстройства. Психические расстройства после черепно-мозговой травмы. Психические расстройства при опухолях мозга. Инфекционные психичсеские расстройства. Нарушения психики при энцефалитах (клещевом и эпидемическом). Сифилитические расстройства (сифилис мозга и прогрессивный паралич). Психические расстройства при СПИДе. Нарушения психики, обусловленные радиационным поражением.

Практическое занятие 12. Шизофрения.

Задания в тестовой форме для текущего контроля успеваемости по теме. Инструкция: внимательно прочтите вопрос и варианты ответов, выберите один правильный ответ.

1. «РАСЩЕПЛЕНИЕ ПСИХИКИ» – ЭТО: 1.Наличие у человека двух или более субличностей; 2.Несоответствие поведения переживаниям; 3.Желание «не быть, а казаться»; 4.Нарушение единства психики.
1. ПРИ ШИЗОФРЕНИИ НИКОГДА НЕ ВСТРЕЧАЕТСЯ: 1.Астения; 2.Депрессия; 3.Кататония; 4.Лакунарная деменция.

2. ДЛИТЕЛЬНО ТЕКУЩАЯ ШИЗОФРЕНИЯ ВСЕГДА ПРОТЕКАЕТ С:
1.Псевдогаллюцинациями; 2.Кататоническими расстройствами; 3.Онейроидом; 4.Эмоционально-волевым снижением.

3. УКАЖИТЕ НА РАССТРОЙСТВО МЫШЛЕНИЯ, ИМЕЮЩЕЕ МЕСТО ТОЛЬКО ПРИ ШИЗОФРЕНИИ: 1.Обстоятельность;
2.Бессвязность; 3. «Скачка идей»; 4.Разорванность.

4. НА БЛАГОПРИЯТНОЕ ТЕЧЕНИЕ ШИЗОФРЕНИИ УКАЗЫВАЕТ НАЛИЧИЕ: 1. Псевдогаллюцинаций. 2. Эмоционально-волевого снижения. 3. Онейроида. 4. Делирия.

Ответы: 1 – 4; 2 – 4; 3 – 4; 4 – 4; 5 – 3.

Методические указания.

Шизофрения – определение и классификации. Тесная взаимосвязь между интеллектуальной, эмоциональной и поведенческой деятельностью на примере здоровой психики. Понятие «схизиса» (расщепления психики при шизофрении). Эмоционально-волевое снижение (астенический, психопатоподобный, апатико-абулический варианты). Ранние симптомы шизофрении (нарастающий аутизм, снижение психической активности, побуждений, тонкие нарушения в течении ассоциаций, суждений и эмоциональной деятельности). Клиническое проявление развернутых форм болезни. Типы течения шизофрении. Соматические симптомы шизофрении. Дифференциальная диагностика шизофрении с шизофреноподобными синдромами, наблюдаемыми при некоторых психических заболеваниях. Лечение, исход шизофрении. Патогенез. Патологическая анатомия. Вопросы организации стационарной и диспансерной психиатрической помощи больными шизофренией. Трудовая, военная и судебно-психиатрическая экспертиза при шизофрении.

Шизотипическое расстройство (латентная и вялотекущая шизофрения). Диагностические критерии. Расщепление психики и эмоционально-волевое снижение при шизотипическом расстройстве. Разновидности (неврозоподобная, психопатоподобная, простая). Проблема паранойи. Динамика малопрогредиентных форм шизофрении. Терапия. Вопросы экспертизы.

Бредовые расстройства нешизофренического круга. Пример инволюционного параноида, паранойяльного развития личности. Тактика при бредовых расстройствах.

Самое существенное в этом разделе — показать студентам, что же в этих аморфных, еще нерезко выраженных синдромах и симптомах является шизофреническим, что является только шизофреноподобным.

Это обстоятельство делает настоятельно необходимым предпослать разбору курируемых больных краткое напоминание того, что значит сам термин «шизофрения», как надо понимать понятие «расщепление психики», нарушение единства целостности психики, и каким образом это расстройство взаимосвязи психических процессов можно клинически уловить и как его описать. С этой целью приходится разобрать с группой студентов понятие целостности психической деятельности; показать на примере здоровой психики тесную взаимосвязь между интеллектуальной, эмоциональной и поведенческой деятельностью. Целесообразно начинать разбор больного с выраженными и очерченными симптомами шизофрении. Наиболее легкой для усвоения является кататоническая форма

в ступорозном ее проявлении. Студенты должны уметь описать все клинические слагаемые этого синдрома и показать их на больном (мутизм, пассивный, активный негативизм., восковидная гибкость).

Разбор курируемых больных можно начать и с простои формы шизофрении. Акцент разбора надо поставить на анализе тонких психопатологических синдромов (таких, как нарастающий аутизм, снижение психической активности, побуждений, тонкие нарушения в течении ассоциаций, суждений и эмоциональной деятельности).

Крайне необходимо на конкретных клинических случаях показать студентам, что шизофренический процесс далеко не всегда начинается бурными, очевидными симптомами психоза. Постепенное нарастание вялости, апатии, неадекватности и нарушения мышления могут быть настолько тонки, что представляют значительные трудности для отнесения их к болезненным симптомам шизофрении.

Для подтверждения одного из основных свойств шизофренического процесса, наклонности к прогредиентному затяжному течению надо продемонстрировать студентам больных шизофренией с многолетней давностью. Следует подчеркнуть те типические изменения всей личности, которые обозначаются как исходное состояние.

Студенты знакомятся и с психологическими методами исследования, выясняющие характер нарушения течения ассоциаций, мышления, эмоциональной сферы.

Средствами для выполнения задачи является методическое пособие кафедры психиатрии ИГМА – «Методика исследования психически больного и схема истории болезни», атлас для экспериментального исследования отклонений в психической деятельности, сведения из больничной истории болезни и записей в журнале дежурного персонала о поведении больного. Студент (или пара студентов) обследует больного, проводит клиническое исследование и описывает психический статус больного. Длительность работы

Практическое занятие 13.
Аффективные расстройства.

Задания в тестовой форме для текущего контроля успеваемости по теме. Инструкция: внимательно прочтите вопрос и варианты ответов, выберите один правильный ответ.

1. ПРИ МАСКИРОВАННОЙ ДЕПРЕССИИ АФФЕКТИВНЫЕ НАРУШЕНИЯ СКРЫТЫ: 1.Неприятными телесными ощущениями; 2.Нарастающей тревогой; 3.Психопатоподобным поведением;
   4.Астенией.

1. УБРАТЬ ЛИШНЕЕ: 1.Подавленное, тоскливое настроение; 2.Заторможенность мышления; 3.Суицидальные мысли; 4.Двигательная заторможенность.

2. ГНЕВЛИВАЯ МАНИЯ – ЭТО: 1. немотивированное, обычно внезапно возникающее расстройство настроения тоскливо-злобного характера; 2. повышенное настроение с легким переходом от улыбки к гневу или раздражению; 3. ощущение утраты чувств, осознанное чувство утраты теплоты эмоциональных реакций; 4. полное равнодушие, безучастность ко всему окружающему и своему положению, отсутствие эмоциональных реакций на внешние раздражители.

3. ПРЕОБЛАДАНИЕ В КЛИНИЧЕСКОЙ КАРТИНЕ АФФЕКТИВНЫХ РАССТРОЙСТВ НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНО: 1. для алкогольного галлюциноза; 2. для циклотимии; 3. для истерии; 4. для психастении; 5. для шизофрении.

4. ИНВОЛЮЦИОННАЯ МЕЛАНХОЛИЯ ОБЫЧНО ПРОЯВЛЯЕТСЯ: 1. тоскливой депрессией; 2. тревожной депрессией; 3. дисфорической депрессией; астенической депрессией.

Ответы: 1 – 1; 2 – 3; 3 – 2; 4 – 2; 5 – 2.

Методические указания.

Содержание темы. Проблема депрессии в современной медицине. Многообразие депрессивных расстройств. Понятие маскированная депрессия. соматизированная депрессия как вариант маскированной. Структура «маски». Дистимическое расстройство. Характерологическая дистимия. Диагностика депрессий во время приема врача общей практики. Течение аффективных расстройств (монополярноге, биполярное, континуальное). Циклотимия и циклофрения (маниакально-депрессивный психоз). Ремиссии и интермиссии. Предвестники рецидива. Сезонный фактор. Эндокринный фактор. Диагностика аффективных расстройств с помощью клинико-метрических шкал. Современные подходы к терапии аффективных расстройств (антидепрессанты, нормотимики, нейролептики, электроконвульсивная терапия, депривация сна, светотерапия). Проблема суицидов. Диагностика суцидального поведения. Помощь пациентам с суицидальным поведениям. Типы суицидальных реакций. Варианты постсуицида. Суицидальное поведение больных с различными психическими заболеваниями. Профилактика суицидального поведения.

Практическое занятие начинается с разбора больного, находящегося или в маниакальном или депрессивном состоянии. При этом важно обратить внимание студентов на необходимость тщательного анализа как психического состояния, так и состояния соматических функций. В соматическом обследовании в равной мере нуждаются больные как в маниакальной, так и депрессивной фазе. При анализе психического состояния должно быть учтено соответствие между интеллектуальным, эмоциональным и двигательным компонентами. На практических занятиях необходимо особое внимание студентов обратить на содержание и характер речевого возбуждения, на повышенное настроение, на особенность мимики, жестов, всегда находящихся в гармоническом единстве с интеллектуальной и эмоциональной сферами.

При разборе депрессивного больного отчетливо демонстрируется адекватность нарушений всех сторон психической деятельности, при этом также обращается внимание на весь облик больного, его поведение, мимику, моторику, речь и настроение. При соматическом обследовании больных студенты должны особенно обратить внимание на состояние его сосудистовегетативных функций: на уровень артериального давления, частоту пульса, состояние кожных покровов, деятельность желудочно-кишечного тракта, динамику веса, ширину зрачков. Из обменных исследований важны цифры содержания сахара крови, основного обмена.

При дифференциальной диагностике биполярного аффективного расстройства от депрессивного и маниакального синдрома иного генеза, следует опираться именно на вышеуказанные особенности клинической картины и ее течения. Крайне необходимо, чтобы студенты знали при каких других психических заболеваниях могут встречаться аналогичные маниакальные и депрессивные состояния. Среди них надо особое внимание

уделить вопросу о возможности появления маниакального синдрома при коллагенозе и при лечебном применении стероидных гормонов (кортизона, преднизона, преднизолона). Для студентов непсихиатров самым существенным является усвоение ранних признаков начинающейся депрессии. Следует сделать акцент на (необходимость обязательного стационирования всякого больного с циркулярной депрессией и организацию усиленного надзоре в период лечения, в связи с упорными тенденциями суицидального характера, которые нередко наиболее отчетливы именно в начальном периоде депрессивного состояния. Необходимость стационирования больного в состоянии маниакального возбуждения, особенно с гневливостью, диктуется тем, что такие больные очень трудны и небезопасны в быту и в обществе.

Средствами для выполнения задачи является методическое пособие кафедры психиатрии ИГМА – «Методика исследования психически больного и схема истории болезни», атлас для экспериментального исследования отклонений в психической деятельности, сведения из больничной истории болезни и записей в журнале дежурного персонала о поведении больного. Студент (или пара студентов) обследует больного, проводит клиническое исследование и описывает психический статус больного.

Практическое занятие 14.

Психические расстройства при эпилепсии.

Задания в тестовой форме для текущего контроля успеваемости по теме. Инструкция: внимательно прочтите вопрос и варианты ответов, выберите один правильный ответ.

1. ЯВЛЕНИЯ «УЖЕ ВИДЕННОГО»: 1. Никогда не встречаются у здоровых; 2. Свидетельствуют о наличии эпилепсии. 3. Могут иметь место у лиц с врожденным левшеством; 4. Являются важным признаком шизофрении.
1. К ИЗМЕНЕНИЯМ ЛИЧНОСТИ ПРИ ЭПИЛЕПСИИ НЕ ОТНОСИТСЯ: 1. Гиперсоциальность; 2. Педантичность; 3. Тревожность; 4. Дисфоричность.
2. КРАТКОВРЕМЕННОЕ (НЕ БОЛЕ НЕСКОЛЬКИХ СЕКУНД) ОТКЛЮЧЕНИЕ СОЗНАНИЯ, ИМЕЕТ МЕСТО ПРИ: 1. Симптоме «обрыва мыслей»; 2. Абсансе; 3. Фиксационной амнезии; 4. Сумерках.
3. АУРА – ЭТО: 1.Начало припадка; 2.Предвестник припадка; 3.Феномен, который может иметь место у здоровых; 4.Истерическое расстройство.
4. ИЗМЕНЕНИЕ ПОЗНАВАТЕЛЬНЫХ СПОСОБНОСТЕЙ ПРИ ЭПИЛЕПСИИ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ: 1.Замедлением психической деятельности; 2.Ускорением психической деятельности; 3.Резким ухудшением памяти; 4.Грубым нарушением критичности.

Ответы: 1 – 3; 2 – 3; 3 – 2; 4 – 1; 5 – 1.

Методические указания.

Содержание темы. Этиология и патогенез, предрасполагающие факторы. Изучение клиники эпилепсии лучше начать с рассмотрения наиболее характерного: изменения характера при эпилепсии. Известно, что эти изменения в одинаковой степени касаются

как мышления, эмоций, так и поведения больного. Вот почему, прежде чем начать расспрос больного, надлежит обратить особое внимание студентов на внешний вид больного, на его походку, осанку, на речь, интонации.

При этом в самом начале беседы студенты обязательно обращают внимание на обстоятельность, вязкость ассоциативного процесса. Педагог должен обратить внимание студентов на внешний вид больного, как он причесан, одет, в каком состоянии его обувь, постель. Этот осмотр должен убедить студентов в том, что наиболее характерной чертой поведения больного является аккуратность, скрупулезность, чрезмерная педантичность.

Основное правило этой беседы — предоставить возможность самому больному рассказать о своей болезни. Для того, чтобы подчеркнуть значительность этого методического приема необходимо показать студентам как ненужно и неправильно беседовать с больным эпилепсией. Нельзя больного спрашивать: «у вас бывают припадки», «вы падая, упускаете мочу?». — Нужно чтобы больной сам об этом рассказал, и тогда, именно, в собеседовании с больным с предельной ясностью выявляется вся сущность большого эпилептического припадка.

Клиническая характеристика и закономерности течения эпилепсии. Клинические проявления: пароксизмы (припадки, расстройства сознания, расстройства настроения, психосенсорные расстройства), острые и хронические эпилептические психозы, изменения личности (торпидность, взрывчатость, педантизм, эгоцентризм, вязкость мышления, эмоциональная ригидность). Варианты и клинические особенности эпилептических пароксизмов

(фокальные, первично-генерализованные, вторичногенерализованные).Современная классификация (идиопатическая, криптогенная, симптоматическая). Дифференциальная диагностика эпилепсии как самостоятельной нозологической единицы от эпилептического синдрома различного генеза. По вопросу дифференциальной диагностики надлежит перед разбором и демонстрацией соответствующего больного осветить студентам современное состояние вопроса об эпилепсии. Эпилепсия как психическая болезнь есть только одна, с ее клиническим полиморфизмом и тенденцией к затяжному, прогредиентному течению. Все же остальные формы эпилептических припадков или «эпилепсии», которые рассматриваются под этим диагнозом в курсе неврологии, не являются эпилептической болезнью, а лишь одним из синдромов проявления болезни различного генеза. Эпилептическая реакция. Патоформологические изменения при эпилепсии. Интерпароксизмальные расстройства (эпилептические особенности личности, когнитивные нарушения, слабоумие). Основные критерии диагностики эпилепсии. Лечение (принципы комплексной терапии, основные лекарственные препараты). Основные группы противосудорожных средств, препараты универсального (карбамазепин, вальпроаты и др.) и избирательного действия (барбитураты, фенитоин, бензодиазепины, сукцинимиды). Принципы и методы лечения: длительность, непрерывность, индивидуальность. Условия назначения и отмены, цели, осложнения противосудорожной терапии. Вопросы трудовой, военной и судебной экспертизы.

Практическое занятие 15. Умственная отсталость.

Задания в тестовой форме для текущего контроля успеваемости по теме. Инструкция: внимательно прочтите вопрос и варианты ответов, выберите один правильный ответ.

1. ОЛИГОФРЕНИЯ ИМЕЕТ ТЕЧЕНИЕ: 1. прогрессирующее; 2. стабильное; 3. регрессирующее.
1. ИЗ ИНТЕЛЛЕКТУАЛЬНЫХ ФУНКЦИЙ ПРИ ДЕБИЛЬНОСТИ В НАИБОЛЬШЕЙ СТЕПЕНИ СТРАДАЕТ: 1. абстрактное мышление; 2. механическая память; 3. счет; 4. темп умственной деятельности.
2. ПРИ СИНДРОМЕ ДАУНА ПРЕОБЛАДАЮТ СЛУЧАИ УМСТВЕННОЙ ОТСТАЛОСТИ В СТЕПЕНИ: 1. дебильности; 2. имбецильности; 3. идиотии.
3. К ГЕНЕТИЧЕСКИМ ФОРМАМ УМСТВЕННОЙ ОТСТАЛОСТИ ОТНОСИТСЯ: 1. синдром Дауна; 2. синдром Шерешевского-Тернера; 3. синдром Кляйнтфельтера; 4. фенилкетонурия.
4. ДЕТИ С УМСТВЕННОЙ ОТСТАЛОСТЬЮ В СТЕПЕНИ ДЕБИЛЬНОСТИ: 1. учатся в массовой школе; 2. учатся в коррекционной школе для умственно отсталых; 3. признаются необучаемыми.

Ответы: 1 – 2; 2 – 1; 3 – 2; 4 – 4; 5 – 2.

Методические указания.

Следует рассмотреть понятие интеллект. Интеллект - сложное понятие, включающее сумму знаний и опыта, способность к постоянному пополнению имеющегося запаса сведений, знаний и накоплению опыта, возможность применения их для образования новых умозаключений и суждений для целей практической деятельности.

Степень интеллектуального развития связана с врожденными качествами нервной системы, но еще в большей степени зависит от внешних условий, от среды, от общества, от социального строя.

Основными предпосылками интеллекта являются: память, внимание, речь, эмоционально-волевые качества, необходимо отметить тесную связь интеллекта со всеми психическими функциями, в особенности с мышлением.

В соответствии с контрольными вопросами следует раскрыть особенности недоразвитая интеллектуальных функций, что клинически выражается в форме малоумия разных степеней (идиотия, имбецильность дебильность).

Надо указать относительность значения психологических тестов, необходимость сочетать их с данными клинического исследования больных, отметив, что психологический метод значительно дополняет изучение симптомов патологии интеллекта в его отдельных структурных элементах (память, внимание, ассоциативная деятельность и пр.).

Практическое занятие 16. Лечение и реабилитация психически больных.

Задания в тестовой форме для текущего контроля успеваемости по теме. Инструкция: внимательно прочтите вопрос, выберите из предложенных вариантов ответов все правильные варианты.

1. При неврозе навязчивых состояний наиболее обоснованным видом терапии является:

а) назначение психостимуляторов

б) назначение антидепрессантов

в) назначение нейролептиков

г) назначение транквилизаторов

д) психотерапия

1. К противосудорожным препаратам не относится:

а) фенобарбитал

б) дифенин

в) допамин

г) бензонал

д) гексамидин

2. Терапия маскированных депрессий проводится:

а) транквилизаторами

б) психостимуляторами

в) адреноблокаторами

г) антидепрессантами

д) нейролептиками

3. К характерным побочным эффектам нейролептической терапии относятся:

а) лекарственный паркинсонизм

б) гипотензивный эффект

в) гипертензивный эффект

4. Госпитализация больного в психиатрический стационар в недобровольном порядке может быть осуществлена:

а) во всех случаях

б) если он представляет непосредственную опасность для себя или окружающих

в) если он в силу психического заболевания беспомощен

г) если неоказание психиатрической помощи обусловит существенный вред его здоровью вследствие ухудшения его психического состояния

Ответы: 1 – д; 2 – в; 3 – г; 4 – а, б; 5 – а.

Методические указания.

Содержание занятия. Понятие о биологической терапии. Методы общебиологического воздействия (инсулинокоматозная терапия, электросудорожная терапия, пиротерапия). Показания, особенности применения. Психофармакотерапия. Основные психотропные препараты (нейролептики, транквилизаторы, антидепрессанты, психостимуляторы, нормотимики, ноотропы). Особенности терапевтического спектра, побочные действия и осложнения. Показания и противопоказания. Психотерапия. Определение, основные механизмы действия. Динамическое, поведенческое, гуманистическое направления психотерапии. Основные психотерапевтическое методики (суггестивные, рациональные, групповые). Использование психотерапии в психиатрии и общей медицине. Показания и противопоказания. Побочные действия и осложнения психотерапии. Реабилитация психически больных. Этапы, ступени, методы реабилитации. Психогигиена и психопрофилактика в деятельности врача общей практики.

Практическое занятие 17.
Неотложные состояния в психиатрии и их терапия.

Задания в тестовой форме для текущего контроля успеваемости по теме. Инструкция: внимательно прочтите вопрос, выберите из предложенных вариантов ответов все правильные варианты.

1. Острые алкогольные психозы могут наблюдаться:
   а) во 2 и 3 стадии алкоголизма
   б) при наличии тяжелой некупированной абстиненции
   в) в 1 стадии алкоголизма
   г) всегда при употреблении суррогатов
   д) только в 3 стадии алкоголизма

1. Ведущим мероприятием в купировании абстинентного синдрома является:
   а) витаминотерапия
   б) терапия нейролептиками
   в) дезинтоксикационная терапия
   г) лечение транквилизаторами

2. Для белой горячки характерно:
   а) сумеречное помрачнение сознания
   б) наплыв ярких истинных галлюцинаций
   в) псевдогаллюцинации

г) выраженное кататоническое возбуждение

3. На первом этапе купирования эпилептического статуса применяется:

а) пероральный прием бензонала

б) внутривенное введение седуксена (реланиума)

в) клизма с хлоралгидратом

г) внутривенное введение магнезии

4. При установлении у пациента на дому эпилептического статуса необходимо:

а) введение седуксена с последующим наблюдением больного амбулаторно

б) введение седуксена и госпитализация больного по неотложным показаниям

в) введение седуксена и выдача на руки талона на госпитализацию

Ответы: 1 – а, б; 2 – в; 3 – б; 4 – б; 5 – б.

Методические указания.

Содержание занятия. Определение ургентного состояния. Варианты ургентных состояний в психиатрии. Общие вопросы этиопатогенеза. диагностика ургентных состояний. Особенности психомоторики (речедивгательное возбуждение, ступорозные состояния). Особенности сознания (оглушение, сопор, кома, делирий, онейроид, сумерки, аменция). Особенности тяжело протекающего делирия (профессионального, мусситирующего). Терапия алкогольного делирия. Фебрилизация приступа шизофрении. Динамика онейроида до этапа аментивноподобного состояния. Клиника-лабораторная диагностика фебрильной шизофрении. Терапия фебрильного приступа шизофрении. эпилептический статус. Клиника, диагностика, терапия. Осложнения нейролептической терапии. Понятие о злокачественном нейролептическом синдроме. Клиника, диагностика, терапия злокачественного нейролептического синдрома.

Ургентные состояния предпочтительно рассматривать на примере алкогольного делирия. Особенно важно обратить внимание студентов на общий вид больного, на кожные покровы, их окраску, на состояние сердечнососудистой системы, на частоту и характер пульса, границы и тоны сердца, артериальное давление, на особенности состояния желудочно-кишечного тракта (желудок, печень). Необходимо произвести обследование неврологического статуса: состояние черепномозговых нервов, статики, координации, исследовать сухожильные и периостальные рефлексы, болевую чувствительность, особенно на нижних конечностях, имея в виду возможность алкогольного полиневрита.

При наличии развернутой формы делирия отметить, что больной дезориентирован, не знает где находится, что его окружает. Больной возбужден, полон страха, на лице выражение ужаса, весь дрожит. Особенно характерен тремор вытянутых пальцев рук, век, языка. Одно лишь наблюдение за поведением больного, предоставленного самому себе, обнаруживает наличие зрительных, слуховых, телесных обманов восприятии. Именно на больном с белой горячкой можно легко продемонстрировать объективные симптомы галлюцинаций, о которых больные далеко не всегда рассказывают.

Необходимо особо разобрать все организационные и лечебные меры, которые должны быть предприняты лечащим врачом. Чаще всего белая горячка развивается у

хронического алкоголика вслед за присоединением дополнительных факторов, ослабляющих сопротивляемость организма: таковыми являются острая инфекция (грипп, пневмония), физическая травма с последующим неизбежным всасыванием продуктов тканевого распада (например, при травме головы, мягких тканей бедра), оперативное вмешательство, наркотизация, например операция по поводу острого аппендицита, и, особенно часто, по поводу панкреатита. Следовательно, с острым алкогольным психозом чаще всего встречается не врач психиатр, а терапевт, инфекционист, хирург. Врачам-интернистам, а не психиатру приходится в этих условиях заподозрить и установить состояние белой горячки и лечить этого больного.

О всех деталях режима и лечения студенты должны быть хорошо осведомлены: перевод больного на койку, отдаленную от окна, выходной двери, с верхнего этажа на нижний, как можно ближе к месту пребывания фельдшера или санитарки. До прихода психиатра (тем более, если немедленная срочная консультация психиатра невозможна) необходимо назначение средств, не только прекращающих бессонницу, но усиливающих и удлиняющих сон (кроме нейролептиков и антигистаминных препаратов). Если больной с алкогольным делирием остается в стенах соматического стационара, необходим круглосуточный (на 3— 4 суток) санитарный пост.

Средствами для выполнения задачи является методическое пособие кафедры психиатрии ИГМА – «Методика исследования психически больного и схема истории болезни», сведения из больничной истории болезни и записей в журнале дежурного персонала о поведении больного.

Студент (или пара студентов) обследует больного, проводит клиническое исследование и описывает психический статус больного.

Перечень основной литературы:

№	Наименование согласно библиографическим требованиям	Количество экземпляров
		В библиотеке
1	Жариков Н. М., Психиатрия. - М., 2009	80
2	Иванец Н. Н., Психиатрия и наркология. - Москва, 2006	36
3	Сергеев И. И., Психиатрия и наркология. - М., 2009	50

Перечень дополнительной литературы:

№	Наименование согласно библиографическим требованиям	Количество экземпляров
		В библиотеке
1	Васильев В. В., Нейропсихологическое исследование пациента. - Ижевск, 2011	45
2	Иванова Г. С., Алкогольная болезнь. - Ижевск, 2014	90

МИНИСТЕРСТВО НАУКИ И ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования
«Чеченский государственный университет
имени Ахмата Абдулхамидовича Кадырова»

Медицинский институт
Кафедра микробиологии и биологии

МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ИЗУЧЕНИЮ УЧЕБНОЙ ДИСЦИПЛИНЫ «Психология и педагогика»

Код направления подготовки (специальности)	31.05.01
Направление подготовки (специальности)	Лечебное дело
Квалификация выпускника	Врач- лечебник
Форма обучения	Очная

Грозный

СОДЕРЖАНИЕ

1. Методические основы по организации самостоятельной работы обучающихся.
2. Методические рекомендации для организации и проведения практических занятий.
3. Методические рекомендации по выполнению рефератов.
4. Методические рекомендации по подготовке и созданию презентаций.
5. Организация самостоятельной работы обучающихся при подготовке к текущей, промежуточной аттестациям.
6. Методические материалы по самостоятельной работе обучающегося при прохождении производственной практики

1. Методические основы по организации самостоятельной работы обучающихся

Самостоятельная работа по дисциплинам является обязательным элементом федеральных государственных образовательных стандартов по программам высшего образования.

Самостоятельная работа обучающегося – организационная форма обучения - система педагогических условий, обеспечивающих управление учебной деятельностью обучающихся по освоению знаний и умений в учебной и научной деятельности без посторонней помощи.

Самостоятельная работа обучающихся является специфическим педагогическим средством организации и сопровождения самостоятельной деятельности обучающихся в учебном процессе.

Цели

К целям самостоятельной работы относится:

— формирование способностей у обучающегося к саморазвитию, самосовершенствованию и самореализации;

— развитие исследовательских умений.

— фиксирование и систематизирование полученных теоретических познаний и практического опыта; формирование умений использовать научную, правовую, справочную и специальную литературу;

— развитие познавательных способностей и инициативности обучающихся, ответственность, организованность, стремление к саморазвитию; формирование умения правильно пользоваться полученным ранее материалом, собранным в процессе самостоятельного наблюдения, выполнения заданий различного характера.

Формы самостоятельной работы

При обучении используются следующие виды и формы самостоятельной работы:

— подготовка к практическим занятиям;

— подготовка и написание рефератов; - подготовка докладов на заданные темы рефератов, либо выбранные по заданному направлению;

— изучение и систематизация нормативно-правовых документов, регламентирующих деятельность в сфере обращения лекарственных средств в части организационно-управленческих вопросов с использованием информационно-справочных систем «Консультант Плюс», «Консультант врача», компьютерной сети «Интернет»;

— изучение учебной, научной и методической литературы, материалов периодической литературы с использованием электронных библиотечных систем, официальных статистических данных, научной периодики; - создание презентации;

— подготовка к устному опросу, к дискуссии;

— тестирование;

— решение ситуационных задач;

— подготовка к текущей, промежуточной аттестации и т.д.

Контроль результатов внеаудиторной самостоятельной работы преподаватель осуществляет в начале каждого семинарского/практического занятия.

Контроль результатов аудиторной самостоятельной работы осуществляется в пределах времени, отведенного на практические занятия по дисциплине. В зависимости от сложности познавательной деятельности при изучении дисциплин используется три уровня самостоятельной работы:

— репродуктивная самостоятельная работа, которая включает изучение основной и дополнительной рекомендованной литературы, изучение методических рекомендаций к занятию, решение типовых задач, ситуаций;

— реконструктивная самостоятельная работа включает в себя подготовку к презентациям, сообщениям по заданной теме, решение профессиональных задач, моделирование профессиональной деятельности;

— творческая самостоятельная работа включает анализ, обобщение и систематизацию научных и нормативно-правовых документов, самостоятельное составление ситуаций, задач, проектов, составление выступлений по проблемам профессиональной деятельности. Контроль результатов внеаудиторной самостоятельной работы преподаватель осуществляет на семинарском/практическом занятии.

Самостоятельная работа начинается с изучения рабочей программы дисциплины, отражена в рабочих программах дисциплин.

Для конспектирования лекционного материала, а также выполнения семинарских/практических работ требуются рабочие тетради.

Самостоятельная работа обучающегося подразделяется на аудиторную и внеаудиторную самостоятельную работу

Аудиторная самостоятельная работа по дисциплинам выполняется на учебных занятиях (семинарские или практические) под непосредственным руководством преподавателя и по его заданию.

Основными видами аудиторной самостоятельной работы являются:

— выполнение практических работ;

— работа с нормативно-правовыми документами в области обращения лекарственных средств;

— решение ситуационных/симуляционных задач;

— презентация результатов научно-исследовательской работы по заданным темам

Выполнение практических работ осуществляется на семинарских/практических занятиях в соответствии с графиком учебного процесса и расписанием занятий.

Работа с основной, дополнительной литературой, эмпирическими и статистическими данными, как правило, основана на изучении документов и данных, их обобщении и представлении.

Решение ситуационных задач используется на семинарских/практических занятиях. Проблемная/ситуационная задача должна иметь четкую формулировку, к ней должны быть поставлены вопросы, ответы на которые необходимо найти и обосновать.

Критерии для оценки каждого вида аудиторной самостоятельной работы обучающегося разрабатываются преподавателем для конкретной дисциплины /цикла из предложенного перечня критериев оценки результатов аудиторной самостоятельной работы:

— уровень освоения учебного материала;

— умение использовать теоретические знания при выполнении лабораторных, практических, ситуационных, симуляционных задач;

— сформированность заявленных умений по теме аудиторного занятия;

— обоснованность и четкость изложения ответов;

— оформление материала в соответствии с требованиями, заявленными в задании;

— уровень самостоятельности обучающегося при выполнении аудиторной самостоятельной работы.

Внеаудиторная самостоятельная работа является элементом каждой темы дисциплин.

Планирование времени, необходимого на внеаудиторное самостоятельное изучение дисциплин, обучающие должны осуществлять весь семестр, предусматривая при этом регулярное повторение материала.

Материал, законспектированный на лекциях, необходимо регулярно прорабатывать и дополнять сведениями из других источников литературы, представленных не только в программах дисциплин, но и в периодических профильных научных изданиях, материалах конференций.

При изучении дисциплин сначала необходимо по каждой теме прочитать рекомендованную литературу и составить краткий конспект основных положений, терминов, сведений, требующих запоминания и являющихся основополагающими в этой теме для освоения последующих тем курса. Для расширения знания по дисциплине рекомендуется

использовать Интернет-ресурсы; проводить поиски в различных системах и использовать материалы сайтов, рекомендованных преподавателем.
При выполнении самостоятельной работы по написанию реферата необходимо: прочитать теоретический материал в рекомендованной литературе, периодических изданиях, на Интернет-сайтах; творчески переработать изученный материал и представить его для отчета в форме реферата, проиллюстрировав схемами, диаграммами, фотографиями и рисунками.
Тексты докладов и рефератов должны быть изложены внятно, простым и ясным языком.
Для обеспечения внеаудиторной самостоятельной работы по каждой теме дисциплин/блоку разработаны:
а) перечень основной и дополнительной литературы;
б) вопросы для самоконтроля.
При выполнении внеаудиторной самостоятельной работы обучающийся имеет право обращаться к преподавателю за консультацией с целью уточнения задания, формы контроля выполненного задания.
Контроль результатов внеаудиторной самостоятельной работы отражается в индивидуальном плане после выполнения внеаудиторной самостоятельной работы.
Критерии оценки внеаудиторной работы формируются преподавателем самостоятельно для каждого вида работы. Основными критериями оценки внеаудиторной работы обучающегося выступают:
- уровень освоения материала;
- уровень умения использовать теоретические знания при выполнении заданий, решении ситуационных задач;
- обоснованность и четкость изложения ответов,
- результаты тестирования по шкале оценок;
- уровень умения использовать электронные образовательные ресурсы;
- умение четко формулировать проблему, предложив ее решение, критическая оценка последствий решения;
- уровень умения сформулировать собственную позицию и аргументировать ее.

Качество выполнения внеаудиторной самостоятельной работы оценивается посредством текущего контроля самостоятельной работы обучающегося. Текущий контроль представляет собой форму планомерного контроля качества и объема осваиваемых компетенций в процессе изучения конкретной дисциплины, проводится на семинарских/практических занятиях и во время индивидуальной работы преподавателя с обучающимися.

Шкала оценивания внеаудиторной самостоятельной работы:
Зачтено – задание выполнено полно и правильно, изложено в правильных нормативных формулировках с использованием точного понятийного аппарата, с использованием рекомендованных источников литературы, продемонстрировано умение формулировать проблему, предложены пути ее решения, проведена критическая оценка последствий такого решения, а также умение формулировать собственную позицию и аргументировать ее.
Не зачтено – обучающийся не выполнил задание либо выполнил не в полном объеме, демонстрирует несформированность понятийного аппарата по теме, отсутствие умения формулировать проблему, обобщать материал, не может аргументировать свой ответ.

2. Методические рекомендации для организации и проведения практических занятий
Практическое занятие - вид учебных занятий, при котором в результате предварительной работы над учебным материалом преподавателя и студента, в обстановке их контактной работы в аудитории решаются задачи познавательного и воспитательного характера.

Цель такой формы обучения – углубленное изучение дисциплины, закрепление полученного теоретического материала в форме внеаудиторной самостоятельной работы, овладение методологией научного познания и формирования базовых умений. Немаловажным преимуществом практических занятий является и формирование навыков профессиональной дискуссии.

Задачи практических занятий:

- мотивация к регулярному изучению теоретического учебного материала, основной, дополнительной литературы;
- закрепление теоретических знаний, полученных при прослушивании лекций и во время внеаудиторной самостоятельной работы;
- получение навыков устного и публичного выступления по теоретическим вопросам, включая навыки по свободному оперированию организационными и управленческими понятиями и категориями;
- формирование навыков по универсальным и профессиональным компетенциям;
- возможность преподавателю систематически контролировать как самостоятельную работу студента, так и свою работу.

Практические занятия проводятся по плану.

Каждая тема практического занятия, как правило, включает: цель занятия, перечень основных и дополнительных источников литературы, вопросы к устному обсуждению на занятии, ситуационные задачи и перечень заданий, которые обучающиеся самостоятельно должны решить на практическом занятии.

Каждое практическое занятие посвящено, как правило, изучению нескольких компетенций и включает три основных этапа.

Первый этап - устный опрос по заранее сформулированным вопросам либо представление докладов/презентаций, подготовленных в рамках внеаудиторной самостоятельной работы по заранее сформулированным требованиям. Важнейшей частью этапа, является обсуждение представленных докладов/презентаций. Цель преподавателя – организовать обмен мнениями, дискуссию в группе, скорректировать уровень подготовленности студентов.

Одним из возможных элементов первого этапа является решение ситуационных задач, которые максимально приближены к профессиональной деятельности.

Требования к ответам обучающихся – самостоятельность в подборе фактического материала и аналитическом отношении к нему, умение рассматривать примеры и факты во взаимосвязи и взаимообусловленности, отбирать наиболее существенные из них.

Для оценивания первого (теоретического) этапа занятия используются знания, умения, владения, которые заявлены на каждое занятие:

1) знание учебного материала и владение понятийным аппаратом по теме занятия;
2) умение связывать теорию с практикой;
3) умение иллюстрировать ответ примерами, фактами, данными научных исследований;
4) умение применять теоретические знания при решении ситуационных задач.

Второй этап – аудиторное самостоятельное выполнение семинарских /практических заданий, которые обучающийся выполняет индивидуально либо в группе, если такое предусмотрено заданием.

В процессе выполнения самостоятельной аудиторной работы обучающийся имеет право на получение индивидуальных консультаций у преподавателя.

По окончании выполнения аудиторной самостоятельной работы обучающийся сдает отчет о выполнении самостоятельных лабораторных заданий преподавателю, который оценивается по шкале «зачет/незачет».

Критерии оценивания практического занятия осуществляются по следующим критериям:

1. своевременное выполнение внеаудиторной самостоятельной работы по изучаемой теме;
2. демонстрируемый обучающимся уровень усвоения заявленной к освоению компетенции (знания, умения, навыки);

— хорошее знание и уверенное владение на занятии теоретическим содержанием учебного материала;

— адекватное применение теоретического материала к решению ситуационных задач, заданий для аудиторной самостоятельной работы;

— умение аргументировать свои решения, развернуто отвечать на дополнительные вопросы преподавателя.

3. Соблюдение организационных и дисциплинарных требований, предъявляемых к обучающемуся на семинарских/практических занятиях: аккуратный внешний вид, соблюдение дисциплины на занятиях, полнота и своевременность представления выполненных заданий в полном объеме (не позднее даты окончания занятия и в полном соответствии с предъявляемыми к их содержанию и качеству оформления).

Третий этап – заключительный. Преподаватель дает общую оценку уровня подготовленности обучаемых к практическим занятиям, характеризует активность каждого обучающегося на занятии и озвучивает оценки каждому обучающемуся с их обоснованием.

Шкала оценивания осуществляется по четырехбалльной шкале (таблица 2)

Критерии оценивания лабораторного/практического занятия	Шкала оценок
Полное соответствие работы обучающегося требованиям. Обучающийся демонстрирует уверенные знания, способен творчески решать поставленные задачи, самостоятельно демонстрирует умения, обладает некоторыми навыками. Обучающийся успешно выполнил внеаудиторную самостоятельную работу, демонстрирует глубокое теоретическое знание по изучаемой теме, умение его применять на практике (в установленный срок сдал протоколы занятия/представил и защитил доклады/презентации и др.).	Отлично
Работа обучающегося содержит неполное соответствие требованиям. Обучающийся демонстрирует хорошее знание материала, способен творчески решать поставленные задачи, демонстрирует базовые умения. Обучающийся выполнил внеаудиторную самостоятельную работу, продемонстрировал знание учебного материала, содержатся отдельные пробелы в умении применить полученные теоретические знании к решению ситуационных задач .	Хорошо
Работа обучающегося содержит неполное соответствие требованиям. Обучающийся демонстрирует знание базового материала, способен решать поставленные задачи под руководством преподавателя, освоил базовые умения. Успешно выполнил внеаудиторную самостоятельную работу, продемонстрировал знание учебного материала, но затрудняется интерпретировать его практически.	Удовлетвори тельно
Работа не соответствует требованиям.	Неудовлетво рительно

3. Методические рекомендации по организации и выполнению рефератов

Реферат предусматривает углубленное изучение дисциплины, способствует развитию навыков самостоятельной работы с литературными источниками.

Реферат – краткое изложение в письменном виде содержания научного труда по предоставленной теме. Это самостоятельная научноисследовательская работа, где обучающийся раскрывает суть исследуемой проблемы с элементами анализа по теме реферата. Приводит различные точки зрения, а также собственные взгляды на проблемы темы реферата.

Содержание реферата должно быть логичным, изложение материала носить проблемно-тематический характер.
Объем реферата может колебаться в пределах 15-20 печатных страниц.
Основные разделы: оглавление (план), введение, основное содержание, заключение, список литературы.
Текст реферата должен содержать следующие разделы:
— титульный лист реферата (приложение 2);
— ведение, актуальность темы.
— основной раздел.
— заключение
— список литературных источников
Список литературных источников- библиографическое описание используемых источников литературы, в том числе и интернет-источников, оформленное по ГОСТ 7.1 – 2003; 7.80 – 2000; должен иметь не менее 10 библиографических названий, включая сетевые ресурсы.
Текстовая часть реферата оформляется на листе следующего формата:
— отступ сверху – 2 см;
— отступ слева – 3 см;
— отступ справа – 1,5 см;
— отступ снизу – 2,5 см;
— шрифт текста: Times New Roman, высота шрифта – 14, пробел – 1,5;
— нумерация страниц – снизу листа. На первой странице номер не ставится.
Реферат должен быть выполнен грамотно с соблюдением культуры изложения. Обязательно должны иметься ссылки на используемую литературу, включая периодическую литературу за последние 5 лет.
Критерии оценки реферата:
— актуальность темы исследования;
— соответствие содержания теме;
— глубина проработки материала;
— правильность и полнота разработки темы;
— значимость выводов для дальнейшей практической деятельности;
— правильность и полнота использования литературы;
— соответствие оформления реферата стандарту;
— качество сообщения и ответов на вопросы при защите реферата.
Практическое занятие по защите рефератов может проводиться в качестве «круглого стола» в форме представления докладов, посвященных теме занятия, по следующим этапам:
Этап 1. Каждый обучающийся представляет собственный доклад (обязательно использование презентации) по выбранной теме. Доклад 5-7 минут. Обсуждение доклада, вопросы – 2-3 минуты.
Этап 2. Оценка докладов и презентаций, представленных в группе (таблица 3).

Таблица 3 - Шкала оценки докладов на практическом занятии

Критерии оценки	Шкала оценок
1. Доклад четко выстроен, сопровождается презентацией, отражающей проблематику доклада, имеет четкие выводы, полностью характеризующие работу. Автор отлично ориентируется в материале и отвечает на все вопросы, владеет специальной терминологией. 2. Обучающийся активно участвует в обсуждении докладов других обучающихся из группы	Отлично

1. Доклад структурирован, презентация не отражает в полной мере содержание доклада, допущены неточности, выводы нечеткие. Автор затрудняется ответить на вопросы, слабо использует специальную терминологию. 2. Обучающийся участвует в обсуждении докладов других обучающихся из группы	Хорошо
1. Доклад структурирован, содержание не полностью раскрывает цель доклада, отсутствует презентация. 2. Обучающийся пассивен при обсуждении докладов других обучающихся из группы	Удовлетвори тельно
1. Доклад не структурирован/отсутствует, презентация отсутствует. Автор не владеет материалом. 2. Обучающийся не участвует в обсуждении докладов.	Неудовлетво рительно

4. Методические рекомендации по подготовке и созданию презентаций

Создание материалов-презентаций — это вид самостоятельной работы обучающихся по созданию наглядных информационных пособий, выполненных с помощью мультимедийной компьютерной программы PowerPoint.

Этот вид работы требует координации навыков обучающегося по сбору, систематизации, переработке информации, оформления ее в виде подборки материалов, кратко отражающих основные вопросы изучаемой темы, в электронном виде. Создание презентаций расширяет методы и средства обработки и представления учебной информации, формирует у обучающихся навыки работы на компьютере.

Презентации готовятся обучающимся в виде слайдов с использованием программы Microsoft PowerPoint.

Обучающийся при подготовке презентации должен выполнить следующий комплекс взаимосвязанных видов самостоятельной работы:

— изучить материалы темы, выделяя главное и второстепенное;

— установить логическую связь между элементами темы;

— представить характеристику элементов в краткой форме;

— выбрать опорные сигналы для акцентирования главной информации и отобразить в структуре работы;

— оформить презентацию в соответствии с рекомендациями (таблица 4), разместить ее в электронной образованной среде университета, к установленному сроку либо представить на практическое/лабораторное занятие.

Таблица 4 - Методические рекомендации по оформлению презентации

Критерии оценки	Шкала оценок
1. Стиль	1.1 Соблюдайте единый стиль оформления. 1.2 Избегайте стилей, которые будут отвлекать от самой презентации. 1.3 Вспомогательная информация не должны преобладать над основной информацией (текст, рисунки).
2. Фон	Для фона предпочтительнее использовать более холодные тона (синий или зеленый).
3. Использование цвета	3.1 На одном слайде рекомендуется использовать не более трех цветов: один для фона, один для заголовков, один для текста. для фона и текста используйте контрастные цвета. 3.2. Обратите особое внимание на цвет гиперссылок (до и после использования).

4 Текст/ представление информации	4.1 Используйте короткие слова и предложения. 4.2. Минимизируйте количество предлогов, наречий, прилагательных. 4.3.Заголовки должны привлекать внимание аудитории. 4.4 Предпочтительно горизонтальное расположение информации. 4.5 Наиболее важная информация должна располагаться в центре экрана. Если на слайде располагается картинка, надпись должна располагаться под ней. 4.6 Наибольшая эффективность достигается тогда, когда ключевые пункты отображаются по одному на каждом отдельном слайде.
5.Шрифты	5.1 Для заголовков не менее 24 5.2 Для информации- не менее 18. 5.3Шрифты без засечек легче читать с большого расстояния. 5.4.Нельзя смешивать разные типы шрифтов в одном тексте 5.5.Для выделения информации следует использовать жирный шрифт, курсив или подчеркивание. 5.6 Нельзя злоупотреблять прописными буквами (они читаются хуже строчных букв).
6.Анимационные эффекты	Возможности компьютерной анимации для оформления презентации необходимо использовать умерено, они не должны отвлекать внимание от содержания информации на слайде.

Критерии оценивания презентаций:

— соответствие содержания теме;

— правильная структурированность информации;

— наличие логической связи изложенной информации;

— эстетичность оформления, его соответствие требованиям;

— презентация выполнена и представлена в срок.

Шкала оценивания презентаций разрабатывается преподавателем и доводится до сведения обучающихся вместе с заданием.

Оценка «Отлично»:

презентация отличается целостностью, логичностью и оригинальностью. Оформление логично, эстетично, не противоречит содержанию доклада. Информация структурирована. Иллюстрации презентации соответствуют содержанию, дополняют информацию о раскрываемой проблеме. Текст доклада, сопровождающего презентацию, излагается обучающимся самостоятельно, с незначительной опорой на печатный текст. Ответы на вопросы преподавателя и аудитории четкие, аргументированные, сопровождаются ссылкой на факты и примеры.

Оценка «Хорошо»:

презентация характеризуется целостностью, логической завершенностью, с незначительными недочетами в логике изложения материала. Оформление эстетично, логично, структурировано. Текст доклада излагается с преимущественной опорой на текст. Ответы на дополнительные и уточняющие вопросы не вносят ясности, преимущественно повторяют содержание презентации.

Оценка «Удовлетворительно»:

презентация характеризуется отсутствием единого стиля в оформлении, ввиду чего информация тяжело воспринимается аудиторией. Сведения, излагаемые обучающимся разрозненные, плохо структурированы и аргументированы. Текст доклада

преимущественно зачитывается, обучающимся допускаются неточности и ошибки в изложении материала. Ответы на дополнительные вопросы затруднительны.
Оценка «Неудовлетворительно»:
оформление презентации не соответствует заявленным требованиям. Работа характеризуется отсутствием единого стиля. Обучающийся представляет разрозненные сведения, которые слабо коррелируют с заявленной темой исследования, текст доклада зачитывается, обучающимся часто допускаются ошибки в изложении материала, допускаются ошибки в использовании научной и профессиональной терминологии. Ответы на дополнительные вопросы обучающийся не дает.

5. Организация самостоятельной работы обучающего при подготовке к текущей, промежуточной аттестациям

Текущий контроль осуществляется систематически с целью установления уровня овладения заявленными в рабочей программе дисциплины/практики компетенциями при изучении. В течение года в соответствии с программой дисциплины проводятся текущие аттестации. Форма проведения текущей аттестации (письменное / устное собеседование, тестирование, решение ситуационных задач, защита реферата) определяется руководителем курса и доводится до обучающихся. Вопросы по текущей аттестации доводятся до сведения обучающихся не позднее 3 дней до проведения аттестации.
Подготовка к промежуточной аттестации предполагает систематизацию обучающимся усвоенных в ходе обучения по дисциплинам профессиональных знаний и умений. Программа промежуточной аттестации экзамена имеет обобщающий характер и ориентирует обучающегося в процессе подготовки к нему на актуализацию знаний, умений и навыков, отражающих наиболее существенные компоненты содержания дисциплин, закрепление в профессиональном сознании комплексного и целостного знания.
Подготовка к промежуточной аттестации является формой самостоятельной работы обучающегося. Ее эффективной организации будут способствовать рекомендованные перечни основной и дополнительной литературы, информационных и электронно-образовательных ресурсов, а также список вопросов, которые составляют основу для итогового анализа профессиональной компетентности обучающегося и оценки ее соответствия требованиям ФГОС по компетенциям, закрепленным за дисциплинами. Ориентируясь в перечнях основной и дополнительной литературы, обучающийся может выбрать из них как основополагающие источники, так и те, которые позволят углубить и расширить знания по актуальным проблемам специальностей, систематизировать их и отразить в комплексе.
В ходе подготовки к промежуточной аттестации рекомендуется составлять развернутый план ответа на вопрос программы экзамена, что обеспечит логическую последовательность изложения материала. Продумывая структуру ответа, необходимо: во-первых, уделить внимание раскрытию теоретической сущности явления или понятий, обозначенных в контрольно-измерительном материале, во-вторых, осветить содержание и закономерности рассматриваемых явлений, отразить состояние их изученности в современной медицине. Обучающийся должен продемонстрировать на промежуточной аттестации владение категориальным аппаратом дисциплин, показать умение использовать знания, полученные при изучении дисциплин для анализа современных тенденций в медицине, применять их для решения профессиональных задач врачей по специальностям.
В ходе подготовки к промежуточной аттестации обучающемуся рекомендуется использовать весь набор методов и средств современных информационных технологий для изучения содержания отечественной и зарубежной литературы по дисциплине, анализа и оценки ее текущего состояния и перспектив развития.
При подготовке к промежуточной аттестации рекомендуется активно применять следующие образовательные и профессионально-ориентированные технологии:

– информационные технологии – компьютерные технологии, в том числе доступ в Интернет (для получения учебной и учебно-методической информации, представленной в научных электронных журналах и на сайтах библиотек);
– информационно-коммуникационные технологии.
Оценка знаний, умений и навыков, характеризующая этапы формирования компетенций в рамках изучения дисциплины осуществляется в ходе текущей и промежуточной аттестаций.
Форма проведения текущей/ промежуточной аттестации определяется рабочей программой дисциплины. Оценивание компетенций, вынесенных на промежуточную аттестацию в форме экзамена, осуществляется по четырехбалльной шкале:
оценка «отлично» - 5 баллов
оценка «хорошо» - 4 балла
оценка «удовлетворительно» - 3 балла
оценка «неудовлетворительно» - 2 балла.
При сдаче промежуточной аттестации в форме зачета:
«зачтено» - 3-5 баллов или «не зачтено» - 2 балла.

6. Методические материалы по самостоятельной работе обучающегося при прохождении производственной(клинической) практики

Производственная (клиническая) практика составлена по модулям – дисциплинам и проводится в форме контактной и самостоятельной работы обучающегося.
Контактная работа предусматривает работу руководителя практики с обучающимся в форме индивидуальных/групповых консультаций.
К самостоятельной работе по практикам относятся следующие виды работ обучающегося:
- ознакомление с нормативно-правовым обеспечением практик, включая программы практик;
- изучение законодательной и нормативно-правовой обеспеченности профессиональной деятельности в сфере обращения лекарственных средств в предметной области практики;
- выполнение заданий, заполнение отчета о прохождении практики;
- подготовка к промежуточной аттестации по итогам практики.
По окончании практики обучающийся оформляет отчёт. Материал для составления отчета собирается и накапливается с первого дня практики. Отчет должен содержать самоанализ выполненной работы обучающимся.
Во время прохождения практики необходимо выполнение следующих условий:
- Явиться на установочное собрание, проводимое руководителем практики и получить пакет документов в учебно-методическом отделе.
- В первый день практики прийти на базу к 8 часам утра, и представиться общему руководителю.
- Быть одетым строго по форме и следить за ее чистотой. Иметь сменную обувь.
- Работать строго по графику. Пропущенные дни, даже по уважительной причине, отрабатываются в дополнительное время.
- Ознакомиться с документацией структурных подразделений (поликлиника, стационар, приемный покой, в отделениях - процедурные кабинеты, пост и т.д.).
- Активно участвовать в общественной жизни структурных подразделений, а также в санитарно-просветительной работе.
- Бережно относиться к имуществу лечебно-профилактических учреждений.
- Быть дисциплинированными, спокойными и вежливыми в обращении с товарищами по работе, с больными и их родственниками, в отделениях соблюдать тишину и порядок.
- Ежедневно и аккуратно вести отчет, заполнять листы обязательных манипуляций.
Критерии оценки промежуточной аттестации по производственной (клинической) практике представлены в Таблице 6.

Таблица 6 – Критерии оценки промежуточной аттестации по производственной практике

Критерии оценки	Шкала оценок
Обучающийся предоставил оформленный соответствующим образом, отчет и отзыв с положительной характеристикой руководителя практики; продемонстрировал систематические знания по контролируемым компетенциям; владеет способностью и готовностью применять знания, умения и навыки для решения профессиональных задач на практике; в ответе присутствует четкая структура, логическая последовательность, современная профессиональная терминология; ответ обоснован нормативной документацией и конкретными примерами из производственной практики.	Зачтено
Обучающийся предоставил неполный перечень отчетной документации; демонстрирует полное отсутствие или фрагментарные знания, умения и навыки по контролируемой компетенции и неспособность применять их на практике для решения профессиональных задач; не в состоянии обосновать свой ответ нормативной документацией и примерами из производственной практики; дополнительные и уточняющие вопросы преподавателя не приводят к коррекции ответа	Не зачтено

МИНИСТЕРСТВО НАУКИ И ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования
«Чеченский государственный университет
имени Ахмата Абдулхамидовича Кадырова»

Медицинский институт
Кафедра общей стоматологии

МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ИЗУЧЕНИЮ УЧЕБНОЙ ДИСЦИПЛИНЫ «Стоматология»

Код направления подготовки (специальности)	31.05.01
Направление подготовки (специальности)	Лечебное дело
Квалификация выпускника	Врач- лечебник
Форма обучения	Очная

Грозный

СОДЕРЖАНИЕ

1. Методические основы по организации самостоятельной работы обучающихся.
2. Методические рекомендации для организации и проведения практических занятий.
3. Методические рекомендации по выполнению рефератов.
4. Методические рекомендации по подготовке и созданию презентаций.
5. Организация самостоятельной работы обучающихся при подготовке к текущей, промежуточной аттестациям.
6. Методические материалы по самостоятельной работе обучающегося при прохождении производственной практики

1. Методические основы по организации самостоятельной работы обучающихся

Самостоятельная работа по дисциплинам является обязательным элементом федеральных государственных образовательных стандартов по программам высшего образования.

Самостоятельная работа обучающегося – организационная форма обучения - система педагогических условий, обеспечивающих управление учебной деятельностью обучающихся по освоению знаний и умений в учебной и научной деятельности без посторонней помощи.

Самостоятельная работа обучающихся является специфическим педагогическим средством организации и сопровождения самостоятельной деятельности обучающихся в учебном процессе.

Цели

К целям самостоятельной работы относится:

— формирование способностей у обучающегося к саморазвитию, самосовершенствованию и самореализации;

— развитие исследовательских умений.

— фиксирование и систематизирование полученных теоретических познаний и практического опыта; формирование умений использовать научную, правовую, справочную и специальную литературу;

— развитие познавательных способностей и инициативности обучающихся, ответственность, организованность, стремление к саморазвитию; формирование умения правильно пользоваться полученным ранее материалом, собранным в процессе самостоятельного наблюдения, выполнения заданий различного характера.

Формы самостоятельной работы

При обучении используются следующие виды и формы самостоятельной работы:

— подготовка к практическим занятиям;

— подготовка и написание рефератов; - подготовка докладов на заданные темы рефератов, либо выбранные по заданному направлению;

— изучение и систематизация нормативно-правовых документов, регламентирующих деятельность в сфере обращения лекарственных средств в части организационно-управленческих вопросов с использованием информационно-справочных систем «Консультант Плюс», «Консультант врача», компьютерной сети «Интернет»;

— изучение учебной, научной и методической литературы, материалов периодической литературы с использованием электронных библиотечных систем, официальных статистических данных, научной периодики; - создание презентации;

— подготовка к устному опросу, к дискуссии;

— тестирование;

— решение ситуационных задач;

— подготовка к текущей, промежуточной аттестации и т.д.

Контроль результатов внеаудиторной самостоятельной работы преподаватель осуществляет в начале каждого семинарского/практического занятия.

Контроль результатов аудиторной самостоятельной работы осуществляется в пределах времени, отведенного на практические занятия по дисциплине. В зависимости от сложности познавательной деятельности при изучении дисциплин используется три уровня самостоятельной работы:

— репродуктивная самостоятельная работа, которая включает изучение основной и дополнительной рекомендованной литературы, изучение методических рекомендаций к занятию, решение типовых задач, ситуаций;

— реконструктивная самостоятельная работа включает в себя подготовку к презентациям, сообщениям по заданной теме, решение профессиональных задач, моделирование профессиональной деятельности;

— творческая самостоятельная работа включает анализ, обобщение и систематизацию научных и нормативно-правовых документов, самостоятельное составление ситуаций, задач, проектов, составление выступлений по проблемам профессиональной деятельности. Контроль результатов внеаудиторной самостоятельной работы преподаватель осуществляет на семинарском/практическом занятии.

Самостоятельная работа начинается с изучения рабочей программы дисциплины, отражена в рабочих программах дисциплин.

Для конспектирования лекционного материала, а также выполнения семинарских/практических работ требуются рабочие тетради.

Самостоятельная работа обучающегося подразделяется на аудиторную и внеаудиторную самостоятельную работу

Аудиторная самостоятельная работа по дисциплинам выполняется на учебных занятиях (семинарские или практические) под непосредственным руководством преподавателя и по его заданию.

Основными видами аудиторной самостоятельной работы являются:

— выполнение практических работ;

— работа с нормативно-правовыми документами в области обращения лекарственных средств;

— решение ситуационных/симуляционных задач;

— презентация результатов научно-исследовательской работы по заданным темам

Выполнение практических работ осуществляется на семинарских/практических занятиях в соответствии с графиком учебного процесса и расписанием занятий.

Работа с основной, дополнительной литературой, эмпирическими и статистическими данными, как правило, основана на изучении документов и данных, их обобщении и представлении.

Решение ситуационных задач используется на семинарских/практических занятиях. Проблемная/ситуационная задача должна иметь четкую формулировку, к ней должны быть поставлены вопросы, ответы на которые необходимо найти и обосновать.

Критерии для оценки каждого вида аудиторной самостоятельной работы обучающегося разрабатываются преподавателем для конкретной дисциплины /цикла из предложенного перечня критериев оценки результатов аудиторной самостоятельной работы:

— уровень освоения учебного материала;

— умение использовать теоретические знания при выполнении лабораторных, практических, ситуационных, симуляционных задач;

— сформированность заявленных умений по теме аудиторного занятия;

— обоснованность и четкость изложения ответов;

— оформление материала в соответствии с требованиями, заявленными в задании;

— уровень самостоятельности обучающегося при выполнении аудиторной самостоятельной работы.

Внеаудиторная самостоятельная работа является элементом каждой темы дисциплин.

Планирование времени, необходимого на внеаудиторное самостоятельное изучение дисциплин, обучающие должны осуществлять весь семестр, предусматривая при этом регулярное повторение материала.

Материал, законспектированный на лекциях, необходимо регулярно прорабатывать и дополнять сведениями из других источников литературы, представленных не только в программах дисциплин, но и в периодических профильных научных изданиях, материалах конференций.

При изучении дисциплин сначала необходимо по каждой теме прочитать рекомендованную литературу и составить краткий конспект основных положений, терминов, сведений, требующих запоминания и являющихся основополагающими в этой теме для освоения последующих тем курса. Для расширения знания по дисциплине

рекомендуется использовать Интернет-ресурсы; проводить поиски в различных системах и использовать материалы сайтов, рекомендованных преподавателем.
При выполнении самостоятельной работы по написанию реферата необходимо: прочитать теоретический материал в рекомендованной литературе, периодических изданиях, на Интернет-сайтах; творчески переработать изученный материал и представить его для отчета в форме реферата, проиллюстрировав схемами, диаграммами, фотографиями и рисунками.
Тексты докладов и рефератов должны быть изложены внятно, простым и ясным языком.
Для обеспечения внеаудиторной самостоятельной работы по каждой теме дисциплин/блоку разработаны:
а) перечень основной и дополнительной литературы;
б) вопросы для самоконтроля.
При выполнении внеаудиторной самостоятельной работы обучающийся имеет право обращаться к преподавателю за консультацией с целью уточнения задания, формы контроля выполненного задания.
Контроль результатов внеаудиторной самостоятельной работы отражается в индивидуальном плане после выполнения внеаудиторной самостоятельной работы.
Критерии оценки внеаудиторной работы формируются преподавателем самостоятельно для каждого вида работы. Основными критериями оценки внеаудиторной работы обучающегося выступают:
- уровень освоения материала;
- уровень умения использовать теоретические знания при выполнении заданий, решении ситуационных задач;
- обоснованность и четкость изложения ответов,
- результаты тестирования по шкале оценок;
- уровень умения использовать электронные образовательные ресурсы;
- умение четко формулировать проблему, предложив ее решение, критическая оценка последствий решения;
- уровень умения сформулировать собственную позицию и аргументировать ее.

Качество выполнения внеаудиторной самостоятельной работы оценивается посредством текущего контроля самостоятельной работы обучающегося. Текущий контроль представляет собой форму планомерного контроля качества и объема осваиваемых компетенций в процессе изучения конкретной дисциплины, проводится на семинарских/практических занятиях и во время индивидуальной работы преподавателя с обучающимися.

Шкала оценивания внеаудиторной самостоятельной работы:
Зачтено – задание выполнено полно и правильно, изложено в правильных нормативных формулировках с использованием точного понятийного аппарата, с использованием рекомендованных источников литературы, продемонстрировано умение формулировать проблему, предложены пути ее решения, проведена критическая оценка последствий такого решения, а также умение формулировать собственную позицию и аргументировать ее.
Не зачтено – обучающийся не выполнил задание либо выполнил не в полном объеме, демонстрирует несформированность понятийного аппарата по теме, отсутствие умения формулировать проблему, обобщать материал, не может аргументировать свой ответ.

2. Методические рекомендации для организации и проведения практических занятий

Практическое занятие - вид учебных занятий, при котором в результате предварительной работы над учебным материалом преподавателя и студента, в обстановке их контактной работы в аудитории решаются задачи познавательного и воспитательного характера.
Цель такой формы обучения – углубленное изучение дисциплины, закрепление полученного теоретического материала в форме внеаудиторной самостоятельной работы, овладение методологией научного познания и формирования базовых умений. Немаловажным преимуществом практических занятий является и формирование навыков профессиональной дискуссии.
Задачи практических занятий:
- мотивация к регулярному изучению теоретического учебного материала, основной, дополнительной литературы;
- закрепление теоретических знаний, полученных при прослушивании лекций и во время внеаудиторной самостоятельной работы;
- получение навыков устного и публичного выступления по теоретическим вопросам, включая навыки по свободному оперированию организационными и управленческими понятиями и категориями;
- формирование навыков по универсальным и профессиональным компетенциям;
- возможность преподавателю систематически контролировать как самостоятельную работу студента, так и свою работу.

Практические занятия проводятся по плану.
Каждая тема практического занятия, как правило, включает: цель занятия, перечень основных и дополнительных источников литературы, вопросы к устному обсуждению на занятии, ситуационные задачи и перечень заданий, которые обучающиеся самостоятельно должны решить на практическом занятии.
Каждое практическое занятие посвящено, как правило, изучению нескольких компетенций и включает три основных этапа.
Первый этап - устный опрос по заранее сформулированным вопросам либо представление докладов/презентаций, подготовленных в рамках внеаудиторной самостоятельной работы по заранее сформулированным требованиям. Важнейшей частью этапа, является обсуждение представленных докладов/презентаций. Цель преподавателя – организовать обмен мнениями, дискуссию в группе, скорректировать уровень подготовленности студентов.
Одним из возможных элементов первого этапа является решение ситуационных задач, которые максимально приближены к профессиональной деятельности.
Требования к ответам обучающихся – самостоятельность в подборе фактического материала и аналитическом отношении к нему, умение рассматривать примеры и факты во взаимосвязи и взаимообусловленности, отбирать наиболее существенные из них.
Для оценивания первого (теоретического) этапа занятия используются знания, умения, владения, которые заявлены на каждое занятие:
1) знание учебного материала и владение понятийным аппаратом по теме занятия;
2) умение связывать теорию с практикой;
3) умение иллюстрировать ответ примерами, фактами, данными научных исследований;
4) умение применять теоретические знания при решении ситуационных задач.

Второй этап – аудиторное самостоятельное выполнение семинарских /практических заданий, которые обучающийся выполняет индивидуально либо в группе, если такое предусмотрено заданием.
В процессе выполнения самостоятельной аудиторной работы обучающийся имеет право на получение индивидуальных консультаций у преподавателя.
По окончании выполнения аудиторной самостоятельной работы обучающийся сдает отчет о выполнении самостоятельных лабораторных заданий преподавателю, который оценивается по шкале «зачет/незачет».
Критерии оценивания практического занятия осуществляются по следующим критериям:

1. своевременное выполнение внеаудиторной самостоятельной работы по изучаемой теме;
2. демонстрируемый обучающимся уровень усвоения заявленной к освоению компетенции (знания, умения, навыки);

— хорошее знание и уверенное владение на занятии теоретическим содержанием учебного материала;

— адекватное применение теоретического материала к решению ситуационных задач, заданий для аудиторной самостоятельной работы;

— умение аргументировать свои решения, развернуто отвечать на дополнительные вопросы преподавателя.

3. Соблюдение организационных и дисциплинарных требований, предъявляемых к обучающемуся на семинарских/практических занятиях: аккуратный внешний вид, соблюдение дисциплины на занятиях, полнота и своевременность представления выполненных заданий в полном объеме (не позднее даты окончания занятия и в полном соответствии с предъявляемыми к их содержанию и качеству оформления).

Третий этап – заключительный. Преподаватель дает общую оценку уровня подготовленности обучаемых к практическим занятиям, характеризует активность каждого обучающегося на занятии и озвучивает оценки каждому обучающемуся с их обоснованием.

Шкала оценивания осуществляется по четырехбалльной шкале (таблица 2)

Критерии оценивания лабораторного/практического занятия	Шкала оценок
Полное соответствие работы обучающегося требованиям. Обучающийся демонстрирует уверенные знания, способен творчески решать поставленные задачи, самостоятельно демонстрирует умения, обладает некоторыми навыками. Обучающийся успешно выполнил внеаудиторную самостоятельную работу, демонстрирует глубокое теоретическое знание по изучаемой теме, умение его применять на практике (в установленный срок сдал протоколы занятия/представил и защитил доклады/презентации и др.).	Отлично
Работа обучающегося содержит неполное соответствие требованиям. Обучающийся демонстрирует хорошее знание материала, способен творчески решать поставленные задачи, демонстрирует базовые умения. Обучающийся выполнил внеаудиторную самостоятельную работу, продемонстрировал знание учебного материала, содержатся отдельные пробелы в умении применить полученные теоретические знании к решению ситуационных задач .	Хорошо
Работа обучающегося содержит неполное соответствие требованиям. Обучающийся демонстрирует знание базового материала, способен решать поставленные задачи под руководством преподавателя, освоил базовые умения. Успешно выполнил внеаудиторную самостоятельную работу, продемонстрировал знание учебного материала, но затрудняется интерпретировать его практически.	Удовлетвори тельно
Работа не соответствует требованиям.	Неудовлетво рительно

3. Методические рекомендации по организации и выполнению рефератов

Реферат предусматривает углубленное изучение дисциплины, способствует развитию навыков самостоятельной работы с литературными источниками.

Реферат – краткое изложение в письменном виде содержания научного труда по предоставленной теме. Это самостоятельная научноисследовательская работа, где

обучающийся раскрывает суть исследуемой проблемы с элементами анализа по теме реферата. Приводит различные точки зрения, а также собственные взгляды на проблемы темы реферата.
Содержание реферата должно быть логичным, изложение материала носить проблемно-тематический характер.
Объем реферата может колебаться в пределах 15-20 печатных страниц.
Основные разделы: оглавление (план), введение, основное содержание, заключение, список литературы.
Текст реферата должен содержать следующие разделы:
— титульный лист реферата (приложение 2);
— ведение, актуальность темы.
— основной раздел.
— заключение
— список литературных источников
Список литературных источников- библиографическое описание используемых источников литературы, в том числе и интернет-источников, оформленное по ГОСТ 7.1 – 2003; 7.80 – 2000; должен иметь не менее 10 библиографических названий, включая сетевые ресурсы.
Текстовая часть реферата оформляется на листе следующего формата:
— отступ сверху – 2 см;
— отступ слева – 3 см;
— отступ справа – 1,5 см;
— отступ снизу – 2,5 см;
— шрифт текста: Times New Roman, высота шрифта – 14, пробел – 1,5;
— нумерация страниц – снизу листа. На первой странице номер не ставится.
Реферат должен быть выполнен грамотно с соблюдением культуры изложения. Обязательно должны иметься ссылки на используемую литературу, включая периодическую литературу за последние 5 лет.
Критерии оценки реферата:
— актуальность темы исследования;
— соответствие содержания теме;
— глубина проработки материала;
— правильность и полнота разработки темы;
— значимость выводов для дальнейшей практической деятельности;
— правильность и полнота использования литературы;
— соответствие оформления реферата стандарту;
— качество сообщения и ответов на вопросы при защите реферата.
Практическое занятие по защите рефератов может проводиться в качестве «круглого стола» в форме представления докладов, посвященных теме занятия, по следующим этапам:
Этап 1. Каждый обучающийся представляет собственный доклад (обязательно использование презентации) по выбранной теме. Доклад 5-7 минут. Обсуждение доклада, вопросы – 2-3 минуты.
Этап 2. Оценка докладов и презентаций, представленных в группе (таблица 3).

Таблица 3 - Шкала оценки докладов на практическом занятии

Критерии оценки	Шкала оценок
1. Доклад четко выстроен, сопровождается презентацией, отражающей проблематику доклада, имеет четкие выводы, полностью характеризующие работу. Автор отлично ориентируется в материале и	Отлично

отвечает на все вопросы, владеет специальной терминологией. 2. Обучающийся активно участвует в обсуждении докладов других обучающихся из группы	
1. Доклад структурирован, презентация не отражает в полной мере содержание доклада, допущены неточности, выводы нечеткие. Автор затрудняется ответить на вопросы, слабо использует специальную терминологию. 2. Обучающийся участвует в обсуждении докладов других обучающихся из группы	Хорошо
1. Доклад структурирован, содержание не полностью раскрывает цель доклада, отсутствует презентация. 2. Обучающийся пассивен при обсуждении докладов других обучающихся из группы	Удовлетвори тельно
1. Доклад не структурирован/отсутствует, презентация отсутствует. Автор не владеет материалом. 2. Обучающийся не участвует в обсуждении докладов.	Неудовлетво рительно

4. Методические рекомендации по подготовке и созданию презентаций

Создание материалов-презентаций — это вид самостоятельной работы обучающихся по созданию наглядных информационных пособий, выполненных с помощью мультимедийной компьютерной программы PowerPoint.

Этот вид работы требует координации навыков обучающегося по сбору, систематизации, переработке информации, оформления ее в виде подборки материалов, кратко отражающих основные вопросы изучаемой темы, в электронном виде. Создание презентаций расширяет методы и средства обработки и представления учебной информации, формирует у обучающихся навыки работы на компьютере.

Презентации готовятся обучающимся в виде слайдов с использованием программы Microsoft PowerPoint.

Обучающийся при подготовке презентации должен выполнить следующий комплекс взаимосвязанных видов самостоятельной работы:

— изучить материалы темы, выделяя главное и второстепенное;

— установить логическую связь между элементами темы;

— представить характеристику элементов в краткой форме;

— выбрать опорные сигналы для акцентирования главной информации и отобразить в структуре работы;

— оформить презентацию в соответствии с рекомендациями (таблица 4), разместить ее в электронной образованной среде университета, к установленному сроку либо представить на практическое/лабораторное занятие.

Таблица 4 - Методические рекомендации по оформлению презентации

Критерии оценки	Шкала оценок
1. Стиль	1.1 Соблюдайте единый стиль оформления. 1.2 Избегайте стилей, которые будут отвлекать от самой презентации. 1.3 Вспомогательная информация не должны преобладать над основной информацией (текст, рисунки).
2. Фон	Для фона предпочтительнее использовать более холодные тона (синий или зеленый).
3. Использование цвета	3.1 На одном слайде рекомендуется использовать не более трех цветов: один для фона, один для заголовков, один для текста. для фона и текста используйте контрастные цвета. 3.2. Обратите особое внимание на цвет гиперссылок (до и после

	использования).
4 Текст/ представление информации	4.1 Используйте короткие слова и предложения. 4.2. Минимизируйте количество предлогов, наречий, прилагательных. 4.3.Заголовки должны привлекать внимание аудитории. 4.4 Предпочтительно горизонтальное расположение информации. 4.5 Наиболее важная информация должна располагаться в центре экрана. Если на слайде располагается картинка, надпись должна располагаться под ней. 4.6 Наибольшая эффективность достигается тогда, когда ключевые пункты отображаются по одному на каждом отдельном слайде.
5.Шрифты	5.1 Для заголовков не менее 24 5.2 Для информации- не менее 18. 5.3Шрифты без засечек легче читать с большого расстояния. 5.4.Нельзя смешивать разные типы шрифтов в одном тексте 5.5.Для выделения информации следует использовать жирный шрифт, курсив или подчеркивание. 5.6 Нельзя злоупотреблять прописными буквами (они читаются хуже строчных букв).
6.Анимационные эффекты	Возможности компьютерной анимации для оформления презентации необходимо использовать умерено, они не должны отвлекать внимание от содержания информации на слайде.

Критерии оценивания презентаций:
— соответствие содержания теме;
— правильная структурированность информации;
— наличие логической связи изложенной информации;
— эстетичность оформления, его соответствие требованиям;
— презентация выполнена и представлена в срок.
Шкала оценивания презентаций разрабатывается преподавателем и доводится до сведения обучающихся вместе с заданием.
Оценка «Отлично»:
презентация отличается целостностью, логичностью и оригинальностью. Оформление логично, эстетично, не противоречит содержанию доклада. Информация структурирована. Иллюстрации презентации соответствуют содержанию, дополняют информацию о раскрываемой проблеме. Текст доклада, сопровождающего презентацию, излагается обучающимся самостоятельно, с незначительной опорой на печатный текст. Ответы на вопросы преподавателя и аудитории четкие, аргументированные, сопровождаются ссылкой на факты и примеры.
Оценка «Хорошо»:
презентация характеризуется целостностью, логической завершенностью, с незначительными недочетами в логике изложения материала. Оформление эстетично, логично, структурировано. Текст доклада излагается с преимущественной опорой на текст. Ответы на дополнительные и уточняющие вопросы не вносят ясности, преимущественно повторяют содержание презентации.
Оценка «Удовлетворительно»:
презентация характеризуется отсутствием единого стиля в оформлении, ввиду чего информация тяжело воспринимается аудиторией. Сведения, излагаемые обучающимся разрозненные, плохо структурированы и аргументированы. Текст доклада

преимущественно зачитывается, обучающимся допускаются неточности и ошибки в изложении материала. Ответы на дополнительные вопросы затруднительны.
Оценка «Неудовлетворительно»:
оформление презентации не соответствует заявленным требованиям. Работа характеризуется отсутствием единого стиля. Обучающийся представляет разрозненные сведения, которые слабо коррелируют с заявленной темой исследования, текст доклада зачитывается, обучающимся часто допускаются ошибки в изложении материала, допускаются ошибки в использовании научной и профессиональной терминологии. Ответы на дополнительные вопросы обучающийся не дает.

5. Организация самостоятельной работы обучающего при подготовке к текущей, промежуточной аттестациям

Текущий контроль осуществляется систематически с целью установления уровня овладения заявленными в рабочей программе дисциплины/практики компетенциями при изучении. В течение года в соответствии с программой дисциплины проводятся текущие аттестации. Форма проведения текущей аттестации (письменное / устное собеседование, тестирование, решение ситуационных задач, защита реферата) определяется руководителем курса и доводится до обучающихся. Вопросы по текущей аттестации доводятся до сведения обучающихся не позднее 3 дней до проведения аттестации.
Подготовка к промежуточной аттестации предполагает систематизацию обучающимся усвоенных в ходе обучения по дисциплинам профессиональных знаний и умений. Программа промежуточной аттестации экзамена имеет обобщающий характер и ориентирует обучающегося в процессе подготовки к нему на актуализацию знаний, умений и навыков, отражающих наиболее существенные компоненты содержания дисциплин, закрепление в профессиональном сознании комплексного и целостного знания.
Подготовка к промежуточной аттестации является формой самостоятельной работы обучающегося. Ее эффективной организации будут способствовать рекомендованные перечни основной и дополнительной литературы, информационных и электронно-образовательных ресурсов, а также список вопросов, которые составляют основу для итогового анализа профессиональной компетентности обучающегося и оценки ее соответствия требованиям ФГОС по компетенциям, закрепленным за дисциплинами. Ориентируясь в перечнях основной и дополнительной литературы, обучающийся может выбрать из них как основополагающие источники, так и те, которые позволят углубить и расширить знания по актуальным проблемам специальностей, систематизировать их и отразить в комплексе.
В ходе подготовки к промежуточной аттестации рекомендуется составлять развернутый план ответа на вопрос программы экзамена, что обеспечит логическую последовательность изложения материала. Продумывая структуру ответа, необходимо: во-первых, уделить внимание раскрытию теоретической сущности явления или понятий, обозначенных в контрольно-измерительном материале, во-вторых, осветить содержание и закономерности рассматриваемых явлений, отразить состояние их изученности в современной медицине. Обучающийся должен продемонстрировать на промежуточной аттестации владение категориальным аппаратом дисциплин, показать умение использовать знания, полученные при изучении дисциплин для анализа современных тенденций в медицине, применять их для решения профессиональных задач врачей по специальностям.
В ходе подготовки к промежуточной аттестации обучающемуся рекомендуется использовать весь набор методов и средств современных информационных технологий для изучения содержания отечественной и зарубежной литературы по дисциплине, анализа и оценки ее текущего состояния и перспектив развития.

При подготовке к промежуточной аттестации рекомендуется активно применять следующие образовательные и профессионально-ориентированные технологии:
– информационные технологии – компьютерные технологии, в том числе доступ в Интернет (для получения учебной и учебно-методической информации, представленной в научных электронных журналах и на сайтах библиотек);
– информационно-коммуникационные технологии.
Оценка знаний, умений и навыков, характеризующая этапы формирования компетенций в рамках изучения дисциплины осуществляется в ходе текущей и промежуточной аттестаций.
Форма проведения текущей/ промежуточной аттестации определяется рабочей программой дисциплины. Оценивание компетенций, вынесенных на промежуточную аттестацию в форме экзамена, осуществляется по четырехбалльной шкале:
оценка «отлично» - 5 баллов
оценка «хорошо» - 4 балла
оценка «удовлетворительно» - 3 балла
оценка «неудовлетворительно» - 2 балла.
При сдаче промежуточной аттестации в форме зачета:
«зачтено» - 3-5 баллов или «не зачтено» - 2 балла.

6. Методические материалы по самостоятельной работе обучающегося при прохождении производственной(клинической) практики

Производственная (клиническая) практика составлена по модулям – дисциплинам и проводится в форме контактной и самостоятельной работы обучающегося.
Контактная работа предусматривает работу руководителя практики с обучающимся в форме индивидуальных/групповых консультаций.
К самостоятельной работе по практикам относятся следующие виды работ обучающегося:
- ознакомление с нормативно-правовым обеспечением практик, включая программы практик;
- изучение законодательной и нормативно-правовой обеспеченности профессиональной деятельности в сфере обращения лекарственных средств в предметной области практики;
- выполнение заданий, заполнение отчета о прохождении практики;
- подготовка к промежуточной аттестации по итогам практики.
По окончании практики обучающийся оформляет отчёт. Материал для составления отчета собирается и накапливается с первого дня практики. Отчет должен содержать самоанализ выполненной работы обучающимся.
Во время прохождения практики необходимо выполнение следующих условий:
- Явиться на установочное собрание, проводимое руководителем практики и получить пакет документов в учебно-методическом отделе.
- В первый день практики прийти на базу к 8 часам утра, и представиться общему руководителю.
- Быть одетым строго по форме и следить за ее чистотой. Иметь сменную обувь.
- Работать строго по графику. Пропущенные дни, даже по уважительной причине, отрабатываются в дополнительное время.
- Ознакомиться с документацией структурных подразделений (поликлиника, стационар, приемный покой, в отделениях - процедурные кабинеты, пост и т.д.).
- Активно участвовать в общественной жизни структурных подразделений, а также в санитарно-просветительной работе.
- Бережно относиться к имуществу лечебно-профилактических учреждений.
- Быть дисциплинированными, спокойными и вежливыми в обращении с товарищами по работе, с больными и их родственниками, в отделениях соблюдать тишину и порядок.

- Ежедневно и аккуратно вести отчет, заполнять листы обязательных манипуляций. Критерии оценки промежуточной аттестации по производственной (клинической) практике представлены в Таблице 6.

Таблица 6 – Критерии оценки промежуточной аттестации по производственной практике

Критерии оценки	Шкала оценок
Обучающийся предоставил оформленный соответствующим образом, отчет и отзыв с положительной характеристикой руководителя практики; продемонстрировал систематические знания по контролируемым компетенциям; владеет способностью и готовностью применять знания, умения и навыки для решения профессиональных задач на практике; в ответе присутствует четкая структура, логическая последовательность, современная профессиональная терминология; ответ обоснован нормативной документацией и конкретными примерами из производственной практики.	Зачтено
Обучающийся предоставил неполный перечень отчетной документации; демонстрирует полное отсутствие или фрагментарные знания, умения и навыки по контролируемой компетенции и неспособность применять их на практике для решения профессиональных задач; не в состоянии обосновать свой ответ нормативной документацией и примерами из производственной практики; дополнительные и уточняющие вопросы преподавателя не приводят к коррекции ответа	Не зачтено

МИНИСТЕРСТВО НАУКИ И ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования
«Чеченский государственный университет
имени Ахмата Абдулхамидовича Кадырова»

МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ
Кафедра поликлинической терапии

МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ИЗУЧЕНИЮ УЧЕБНОЙ ДИСЦИПЛИНЫ «Судебная медицина»

Код направления подготовки (специальности)	31.05.01
Направление подготовки (специальности)	Лечебное дело
Квалификация выпускника	Врач- лечебник
Форма обучения	Очная

Грозный

СОДЕРЖАНИЕ

1. Методические основы по организации самостоятельной работы обучающихся.
2. Методические рекомендации для организации и проведения практических занятий.
3. Методические рекомендации по выполнению рефератов.
4. Методические рекомендации по подготовке и созданию презентаций.
5. Организация самостоятельной работы обучающихся при подготовке к текущей, промежуточной аттестациям.
6. Методические материалы по самостоятельной работе обучающегося при прохождении производственной практики

1. Методические основы по организации самостоятельной работы обучающихся

Самостоятельная работа по дисциплинам является обязательным элементом федеральных государственных образовательных стандартов по программам высшего образования.

Самостоятельная работа обучающегося – организационная форма обучения - система педагогических условий, обеспечивающих управление учебной деятельностью обучающихся по освоению знаний и умений в учебной и научной деятельности без посторонней помощи.

Самостоятельная работа обучающихся является специфическим педагогическим средством организации и сопровождения самостоятельной деятельности обучающихся в учебном процессе.

Цели

К целям самостоятельной работы относится:

— формирование способностей у обучающегося к саморазвитию, самосовершенствованию и самореализации;

— развитие исследовательских умений.

— фиксирование и систематизирование полученных теоретических познаний и практического опыта; формирование умений использовать научную, правовую, справочную и специальную литературу;

— развитие познавательных способностей и инициативности обучающихся, ответственность, организованность, стремление к саморазвитию; формирование умения правильно пользоваться полученным ранее материалом, собранным в процессе самостоятельного наблюдения, выполнения заданий различного характера.

Формы самостоятельной работы

При обучении используются следующие виды и формы самостоятельной работы:

— подготовка к практическим занятиям;

— подготовка и написание рефератов; - подготовка докладов на заданные темы рефератов, либо выбранные по заданному направлению;

— изучение и систематизация нормативно-правовых документов, регламентирующих деятельность в сфере обращения лекарственных средств в части организационно-управленческих вопросов с использованием информационно-справочных систем «Консультант Плюс», «Консультант врача», компьютерной сети «Интернет»;

— изучение учебной, научной и методической литературы, материалов периодической литературы с использованием электронных библиотечных систем, официальных статистических данных, научной периодики; - создание презентации;

— подготовка к устному опросу, к дискуссии;

— тестирование;

— решение ситуационных задач;

— подготовка к текущей, промежуточной аттестации и т.д.

Контроль результатов внеаудиторной самостоятельной работы преподаватель осуществляет в начале каждого семинарского/практического занятия.

Контроль результатов аудиторной самостоятельной работы осуществляется в пределах времени, отведенного на практические занятия по дисциплине. В зависимости от сложности познавательной деятельности при изучении дисциплин используется три уровня самостоятельной работы:

— репродуктивная самостоятельная работа, которая включает изучение основной и дополнительной рекомендованной литературы, изучение методических рекомендаций к занятию, решение типовых задач, ситуаций;

— реконструктивная самостоятельная работа включает в себя подготовку к презентациям, сообщениям по заданной теме, решение профессиональных задач, моделирование профессиональной деятельности;

— творческая самостоятельная работа включает анализ, обобщение и систематизацию научных и нормативно-правовых документов, самостоятельное составление ситуаций, задач, проектов, составление выступлений по проблемам профессиональной деятельности.
Контроль результатов внеаудиторной самостоятельной работы преподаватель осуществляет на семинарском/практическом занятии.
Самостоятельная работа начинается с изучения рабочей программы дисциплины, отражена в рабочих программах дисциплин.
Для конспектирования лекционного материала, а также выполнения семинарских/практических работ требуются рабочие тетради.
Самостоятельная работа обучающегося подразделяется на аудиторную и внеаудиторную самостоятельную работу
Аудиторная самостоятельная работа по дисциплинам выполняется на учебных занятиях (семинарские или практические) под непосредственным руководством преподавателя и по его заданию.
Основными видами аудиторной самостоятельной работы являются:
— выполнение практических работ;
— работа с нормативно-правовыми документами в области обращения лекарственных средств;
— решение ситуационных/симуляционных задач;
— презентация результатов научно-исследовательской работы по заданным темам
Выполнение практических работ осуществляется на семинарских/практических занятиях в соответствии с графиком учебного процесса и расписанием занятий.
Работа с основной, дополнительной литературой, эмпирическими и статистическими данными, как правило, основана на изучении документов и данных, их обобщении и представлении.
Решение ситуационных задач используется на семинарских/практических занятиях. Проблемная/ситуационная задача должна иметь четкую формулировку, к ней должны быть поставлены вопросы, ответы на которые необходимо найти и обосновать.
Критерии для оценки каждого вида аудиторной самостоятельной работы обучающегося разрабатываются преподавателем для конкретной дисциплины /цикла из предложенного перечня критериев оценки результатов аудиторной самостоятельной работы:
— уровень освоения учебного материала;
— умение использовать теоретические знания при выполнении лабораторных, практических, ситуационных, симуляционных задач;
— сформированность заявленных умений по теме аудиторного занятия;
— обоснованность и четкость изложения ответов;
— оформление материала в соответствии с требованиями, заявленными в задании;
— уровень самостоятельности обучающегося при выполнении аудиторной самостоятельной работы.
Внеаудиторная самостоятельная работа является элементом каждой темы дисциплин.
Планирование времени, необходимого на внеаудиторное самостоятельное изучение дисциплин, обучающие должны осуществлять весь семестр, предусматривая при этом регулярное повторение материала.
Материал, законспектированный на лекциях, необходимо регулярно прорабатывать и дополнять сведениями из других источников литературы, представленных не только в программах дисциплин, но и в периодических профильных научных изданиях, материалах конференций.
При изучении дисциплин сначала необходимо по каждой теме прочитать рекомендованную литературу и составить краткий конспект основных положений, терминов, сведений, требующих запоминания и являющихся основополагающими в этой теме для освоения последующих тем курса. Для расширения знания по дисциплине

рекомендуется использовать Интернет-ресурсы; проводить поиски в различных системах и использовать материалы сайтов, рекомендованных преподавателем.
При выполнении самостоятельной работы по написанию реферата необходимо: прочитать теоретический материал в рекомендованной литературе, периодических изданиях, на Интернет-сайтах; творчески переработать изученный материал и представить его для отчета в форме реферата, проиллюстрировав схемами, диаграммами, фотографиями и рисунками.
Тексты докладов и рефератов должны быть изложены внятно, простым и ясным языком.
Для обеспечения внеаудиторной самостоятельной работы по каждой теме дисциплин/блоку разработаны:
а) перечень основной и дополнительной литературы;
б) вопросы для самоконтроля.
При выполнении внеаудиторной самостоятельной работы обучающийся имеет право обращаться к преподавателю за консультацией с целью уточнения задания, формы контроля выполненного задания.
Контроль результатов внеаудиторной самостоятельной работы отражается в индивидуальном плане после выполнения внеаудиторной самостоятельной работы.
Критерии оценки внеаудиторной работы формируются преподавателем самостоятельно для каждого вида работы. Основными критериями оценки внеаудиторной работы обучающегося выступают:
- уровень освоения материала;
- уровень умения использовать теоретические знания при выполнении заданий, решении ситуационных задач;
- обоснованность и четкость изложения ответов,
- результаты тестирования по шкале оценок;
- уровень умения использовать электронные образовательные ресурсы;
- умение четко формулировать проблему, предложив ее решение, критическая оценка последствий решения;
- уровень умения сформулировать собственную позицию и аргументировать ее.

Качество выполнения внеаудиторной самостоятельной работы оценивается посредством текущего контроля самостоятельной работы обучающегося. Текущий контроль представляет собой форму планомерного контроля качества и объема осваиваемых компетенций в процессе изучения конкретной дисциплины, проводится на семинарских/практических занятиях и во время индивидуальной работы преподавателя с обучающимися.

Шкала оценивания внеаудиторной самостоятельной работы:
Зачтено – задание выполнено полно и правильно, изложено в правильных нормативных формулировках с использованием точного понятийного аппарата, с использованием рекомендованных источников литературы, продемонстрировано умение формулировать проблему, предложены пути ее решения, проведена критическая оценка последствий такого решения, а также умение формулировать собственную позицию и аргументировать ее.
Не зачтено – обучающийся не выполнил задание либо выполнил не в полном объеме, демонстрирует несформированность понятийного аппарата по теме, отсутствие умения формулировать проблему, обобщать материал, не может аргументировать свой ответ.

2. Методические рекомендации для организации и проведения практических занятий

Практическое занятие - вид учебных занятий, при котором в результате предварительной работы над учебным материалом преподавателя и студента, в обстановке их контактной работы в аудитории решаются задачи познавательного и воспитательного характера.
Цель такой формы обучения – углубленное изучение дисциплины, закрепление полученного теоретического материала в форме внеаудиторной самостоятельной работы, овладение методологией научного познания и формирования базовых умений. Немаловажным преимуществом практических занятий является и формирование навыков профессиональной дискуссии.
Задачи практических занятий:
- мотивация к регулярному изучению теоретического учебного материала, основной, дополнительной литературы;
- закрепление теоретических знаний, полученных при прослушивании лекций и во время внеаудиторной самостоятельной работы;
- получение навыков устного и публичного выступления по теоретическим вопросам, включая навыки по свободному оперированию организационными и управленческими понятиями и категориями;
- формирование навыков по универсальным и профессиональным компетенциям;
- возможность преподавателю систематически контролировать как самостоятельную работу студента, так и свою работу.

Практические занятия проводятся по плану.
Каждая тема практического занятия, как правило, включает: цель занятия, перечень основных и дополнительных источников литературы, вопросы к устному обсуждению на занятии, ситуационные задачи и перечень заданий, которые обучающиеся самостоятельно должны решить на практическом занятии.
Каждое практическое занятие посвящено, как правило, изучению нескольких компетенций и включает три основных этапа.
Первый этап - устный опрос по заранее сформулированным вопросам либо представление докладов/презентаций, подготовленных в рамках внеаудиторной самостоятельной работы по заранее сформулированным требованиям. Важнейшей частью этапа, является обсуждение представленных докладов/презентаций. Цель преподавателя – организовать обмен мнениями, дискуссию в группе, скорректировать уровень подготовленности студентов.
Одним из возможных элементов первого этапа является решение ситуационных задач, которые максимально приближены к профессиональной деятельности.
Требования к ответам обучающихся – самостоятельность в подборе фактического материала и аналитическом отношении к нему, умение рассматривать примеры и факты во взаимосвязи и взаимообусловленности, отбирать наиболее существенные из них.
Для оценивания первого (теоретического) этапа занятия используются знания, умения, владения, которые заявлены на каждое занятие:
1) знание учебного материала и владение понятийным аппаратом по теме занятия;
2) умение связывать теорию с практикой;
3) умение иллюстрировать ответ примерами, фактами, данными научных исследований;
4) умение применять теоретические знания при решении ситуационных задач.

Второй этап – аудиторное самостоятельное выполнение семинарских /практических заданий, которые обучающийся выполняет индивидуально либо в группе, если такое предусмотрено заданием.
В процессе выполнения самостоятельной аудиторной работы обучающийся имеет право на получение индивидуальных консультаций у преподавателя.
По окончании выполнения аудиторной самостоятельной работы обучающийся сдает отчет о выполнении самостоятельных лабораторных заданий преподавателю, который оценивается по шкале «зачет/незачет».
Критерии оценивания практического занятия осуществляются по следующим критериям:

1. своевременное выполнение внеаудиторной самостоятельной работы по изучаемой теме;
2. демонстрируемый обучающимся уровень усвоения заявленной к освоению компетенции (знания, умения, навыки);
— хорошее знание и уверенное владение на занятии теоретическим содержанием учебного материала;
— адекватное применение теоретического материала к решению ситуационных задач, заданий для аудиторной самостоятельной работы;
— умение аргументировать свои решения, развернуто отвечать на дополнительные вопросы преподавателя.
3. Соблюдение организационных и дисциплинарных требований, предъявляемых к обучающемуся на семинарских/практических занятиях: аккуратный внешний вид, соблюдение дисциплины на занятиях, полнота и своевременность представления выполненных заданий в полном объеме (не позднее даты окончания занятия и в полном соответствии с предъявляемыми к их содержанию и качеству оформления).
Третий этап – заключительный. Преподаватель дает общую оценку уровня подготовленности обучаемых к практическим занятиям, характеризует активность каждого обучающегося на занятии и озвучивает оценки каждому обучающемуся с их обоснованием.

Шкала оценивания осуществляется по четырехбалльной шкале (таблица 2)

Критерии оценивания лабораторного/практического занятия	Шкала оценок
Полное соответствие работы обучающегося требованиям. Обучающийся демонстрирует уверенные знания, способен творчески решать поставленные задачи, самостоятельно демонстрирует умения, обладает некоторыми навыками. Обучающийся успешно выполнил внеаудиторную самостоятельную работу, демонстрирует глубокое теоретическое знание по изучаемой теме, умение его применять на практике (в установленный срок сдал протоколы занятия/представил и защитил доклады/презентации и др.).	Отлично
Работа обучающегося содержит неполное соответствие требованиям. Обучающийся демонстрирует хорошее знание материала, способен творчески решать поставленные задачи, демонстрирует базовые умения. Обучающийся выполнил внеаудиторную самостоятельную работу, продемонстрировал знание учебного материала, содержатся отдельные пробелы в умении применить полученные теоретические знании к решению ситуационных задач .	Хорошо
Работа обучающегося содержит неполное соответствие требованиям. Обучающийся демонстрирует знание базового материала, способен решать поставленные задачи под руководством преподавателя, освоил базовые умения. Успешно выполнил внеаудиторную самостоятельную работу, продемонстрировал знание учебного материала, но затрудняется интерпретировать его практически.	Удовлетвори тельно
Работа не соответствует требованиям.	Неудовлетво рительно

3. Методические рекомендации по организации и выполнению рефератов
Реферат предусматривает углубленное изучение дисциплины, способствует развитию навыков самостоятельной работы с литературными источниками.
Реферат – краткое изложение в письменном виде содержания научного труда по предоставленной теме. Это самостоятельная научноисследовательская работа, где

обучающийся раскрывает суть исследуемой проблемы с элементами анализа по теме реферата. Приводит различные точки зрения, а также собственные взгляды на проблемы темы реферата.
Содержание реферата должно быть логичным, изложение материала носить проблемно-тематический характер.
Объем реферата может колебаться в пределах 15-20 печатных страниц.
Основные разделы: оглавление (план), введение, основное содержание, заключение, список литературы.
Текст реферата должен содержать следующие разделы:
— титульный лист реферата (приложение 2);
— ведение, актуальность темы.
— основной раздел.
— заключение
— список литературных источников
Список литературных источников- библиографическое описание используемых источников литературы, в том числе и интернет-источников, оформленное по ГОСТ 7.1 – 2003; 7.80 – 2000; должен иметь не менее 10 библиографических названий, включая сетевые ресурсы.
Текстовая часть реферата оформляется на листе следующего формата:
— отступ сверху – 2 см;
— отступ слева – 3 см;
— отступ справа – 1,5 см;
— отступ снизу – 2,5 см;
— шрифт текста: Times New Roman, высота шрифта – 14, пробел – 1,5;
— нумерация страниц – снизу листа. На первой странице номер не ставится.
Реферат должен быть выполнен грамотно с соблюдением культуры изложения. Обязательно должны иметься ссылки на используемую литературу, включая периодическую литературу за последние 5 лет.
Критерии оценки реферата:
— актуальность темы исследования;
— соответствие содержания теме;
— глубина проработки материала;
— правильность и полнота разработки темы;
— значимость выводов для дальнейшей практической деятельности;
— правильность и полнота использования литературы;
— соответствие оформления реферата стандарту;
— качество сообщения и ответов на вопросы при защите реферата.
Практическое занятие по защите рефератов может проводиться в качестве «круглого стола» в форме представления докладов, посвященных теме занятия, по следующим этапам:
Этап 1. Каждый обучающийся представляет собственный доклад (обязательно использование презентации) по выбранной теме. Доклад 5-7 минут. Обсуждение доклада, вопросы – 2-3 минуты.
Этап 2. Оценка докладов и презентаций, представленных в группе (таблица 3).

Таблица 3 - Шкала оценки докладов на практическом занятии

Критерии оценки	Шкала оценок
1. Доклад четко выстроен, сопровождается презентацией, отражающей проблематику доклада, имеет четкие выводы, полностью характеризующие работу. Автор отлично ориентируется в материале и	Отлично

отвечает на все вопросы, владеет специальной терминологией. 2. Обучающийся активно участвует в обсуждении докладов других обучающихся из группы	
1. Доклад структурирован, презентация не отражает в полной мере содержание доклада, допущены неточности, выводы нечеткие. Автор затрудняется ответить на вопросы, слабо использует специальную терминологию. 2. Обучающийся участвует в обсуждении докладов других обучающихся из группы	Хорошо
1. Доклад структурирован, содержание не полностью раскрывает цель доклада, отсутствует презентация. 2. Обучающийся пассивен при обсуждении докладов других обучающихся из группы	Удовлетвори тельно
1. Доклад не структурирован/отсутствует, презентация отсутствует. Автор не владеет материалом. 2. Обучающийся не участвует в обсуждении докладов.	Неудовлетво рительно

4. Методические рекомендации по подготовке и созданию презентаций

Создание материалов-презентаций — это вид самостоятельной работы обучающихся по созданию наглядных информационных пособий, выполненных с помощью мультимедийной компьютерной программы PowerPoint.

Этот вид работы требует координации навыков обучающегося по сбору, систематизации, переработке информации, оформления ее в виде подборки материалов, кратко отражающих основные вопросы изучаемой темы, в электронном виде. Создание презентаций расширяет методы и средства обработки и представления учебной информации, формирует у обучающихся навыки работы на компьютере.

Презентации готовятся обучающимся в виде слайдов с использованием программы Microsoft PowerPoint.

Обучающийся при подготовке презентации должен выполнить следующий комплекс взаимосвязанных видов самостоятельной работы:

— изучить материалы темы, выделяя главное и второстепенное;

— установить логическую связь между элементами темы;

— представить характеристику элементов в краткой форме;

— выбрать опорные сигналы для акцентирования главной информации и отобразить в структуре работы;

— оформить презентацию в соответствии с рекомендациями (таблица 4), разместить ее в электронной образованной среде университета, к установленному сроку либо представить на практическое/лабораторное занятие.

Таблица 4 - Методические рекомендации по оформлению презентации

Критерии оценки	Шкала оценок
1. Стиль	1.1 Соблюдайте единый стиль оформления. 1.2 Избегайте стилей, которые будут отвлекать от самой презентации. 1.3 Вспомогательная информация не должны преобладать над основной информацией (текст, рисунки).
2. Фон	Для фона предпочтительнее использовать более холодные тона (синий или зеленый).
3. Использование цвета	3.1 На одном слайде рекомендуется использовать не более трех цветов: один для фона, один для заголовков, один для текста. для фона и текста используйте контрастные цвета. 3.2. Обратите особое внимание на цвет гиперссылок (до и после

	использования).
4 Текст/ представление информации	4.1 Используйте короткие слова и предложения. 4.2. Минимизируйте количество предлогов, наречий, прилагательных. 4.3.Заголовки должны привлекать внимание аудитории. 4.4 Предпочтительно горизонтальное расположение информации. 4.5 Наиболее важная информация должна располагаться в центре экрана. Если на слайде располагается картинка, надпись должна располагаться под ней. 4.6 Наибольшая эффективность достигается тогда, когда ключевые пункты отображаются по одному на каждом отдельном слайде.
5.Шрифты	5.1 Для заголовков не менее 24 5.2 Для информации- не менее 18. 5.3Шрифты без засечек легче читать с большого расстояния. 5.4.Нельзя смешивать разные типы шрифтов в одном тексте 5.5.Для выделения информации следует использовать жирный шрифт, курсив или подчеркивание. 5.6 Нельзя злоупотреблять прописными буквами (они читаются хуже строчных букв).
6.Анимационные эффекты	Возможности компьютерной анимации для оформления презентации необходимо использовать умерено, они не должны отвлекать внимание от содержания информации на слайде.

Критерии оценивания презентаций:

— соответствие содержания теме;

— правильная структурированность информации;

— наличие логической связи изложенной информации;

— эстетичность оформления, его соответствие требованиям;

— презентация выполнена и представлена в срок.

Шкала оценивания презентаций разрабатывается преподавателем и доводится до сведения обучающихся вместе с заданием.

Оценка «Отлично»:

презентация отличается целостностью, логичностью и оригинальностью. Оформление логично, эстетично, не противоречит содержанию доклада. Информация структурирована. Иллюстрации презентации соответствуют содержанию, дополняют информацию о раскрываемой проблеме. Текст доклада, сопровождающего презентацию, излагается обучающимся самостоятельно, с незначительной опорой на печатный текст. Ответы на вопросы преподавателя и аудитории четкие, аргументированные, сопровождаются ссылкой на факты и примеры.

Оценка «Хорошо»:

презентация характеризуется целостностью, логической завершенностью, с незначительными недочетами в логике изложения материала. Оформление эстетично, логично, структурировано. Текст доклада излагается с преимущественной опорой на текст. Ответы на дополнительные и уточняющие вопросы не вносят ясности, преимущественно повторяют содержание презентации.

Оценка «Удовлетворительно»:

презентация характеризуется отсутствием единого стиля в оформлении, ввиду чего информация тяжело воспринимается аудиторией. Сведения, излагаемые обучающимся разрозненные, плохо структурированы и аргументированы. Текст доклада

преимущественно зачитывается, обучающимся допускаются неточности и ошибки в изложении материала. Ответы на дополнительные вопросы затруднительны.
Оценка «Неудовлетворительно»:
оформление презентации не соответствует заявленным требованиям. Работа характеризуется отсутствием единого стиля. Обучающийся представляет разрозненные сведения, которые слабо коррелируют с заявленной темой исследования, текст доклада зачитывается, обучающимся часто допускаются ошибки в изложении материала, допускаются ошибки в использовании научной и профессиональной терминологии. Ответы на дополнительные вопросы обучающийся не дает.

5. Организация самостоятельной работы обучающего при подготовке к текущей, промежуточной аттестациям

Текущий контроль осуществляется систематически с целью установления уровня овладения заявленными в рабочей программе дисциплины/практики компетенциями при изучении. В течение года в соответствии с программой дисциплины проводятся текущие аттестации. Форма проведения текущей аттестации (письменное / устное собеседование, тестирование, решение ситуационных задач, защита реферата) определяется руководителем курса и доводится до обучающихся. Вопросы по текущей аттестации доводятся до сведения обучающихся не позднее 3 дней до проведения аттестации.
Подготовка к промежуточной аттестации предполагает систематизацию обучающимся усвоенных в ходе обучения по дисциплинам профессиональных знаний и умений. Программа промежуточной аттестации экзамена имеет обобщающий характер и ориентирует обучающегося в процессе подготовки к нему на актуализацию знаний, умений и навыков, отражающих наиболее существенные компоненты содержания дисциплин, закрепление в профессиональном сознании комплексного и целостного знания.
Подготовка к промежуточной аттестации является формой самостоятельной работы обучающегося. Ее эффективной организации будут способствовать рекомендованные перечни основной и дополнительной литературы, информационных и электронно-образовательных ресурсов, а также список вопросов, которые составляют основу для итогового анализа профессиональной компетентности обучающегося и оценки ее соответствия требованиям ФГОС по компетенциям, закрепленным за дисциплинами. Ориентируясь в перечнях основной и дополнительной литературы, обучающийся может выбрать из них как основополагающие источники, так и те, которые позволят углубить и расширить знания по актуальным проблемам специальностей, систематизировать их и отразить в комплексе.
В ходе подготовки к промежуточной аттестации рекомендуется составлять развернутый план ответа на вопрос программы экзамена, что обеспечит логическую последовательность изложения материала. Продумывая структуру ответа, необходимо: во-первых, уделить внимание раскрытию теоретической сущности явления или понятий, обозначенных в контрольно-измерительном материале, во-вторых, осветить содержание и закономерности рассматриваемых явлений, отразить состояние их изученности в современной медицине. Обучающийся должен продемонстрировать на промежуточной аттестации владение категориальным аппаратом дисциплин, показать умение использовать знания, полученные при изучении дисциплин для анализа современных тенденций в медицине, применять их для решения профессиональных задач врачей по специальностям.
В ходе подготовки к промежуточной аттестации обучающемуся рекомендуется использовать весь набор методов и средств современных информационных технологий для изучения содержания отечественной и зарубежной литературы по дисциплине, анализа и оценки ее текущего состояния и перспектив развития.

При подготовке к промежуточной аттестации рекомендуется активно применять следующие образовательные и профессионально-ориентированные технологии:
– информационные технологии – компьютерные технологии, в том числе доступ в Интернет (для получения учебной и учебно-методической информации, представленной в научных электронных журналах и на сайтах библиотек);
– информационно-коммуникационные технологии.
Оценка знаний, умений и навыков, характеризующая этапы формирования компетенций в рамках изучения дисциплины осуществляется в ходе текущей и промежуточной аттестаций.
Форма проведения текущей/ промежуточной аттестации определяется рабочей программой дисциплины. Оценивание компетенций, вынесенных на промежуточную аттестацию в форме экзамена, осуществляется по четырехбалльной шкале:
оценка «отлично» - 5 баллов
оценка «хорошо» - 4 балла
оценка «удовлетворительно» - 3 балла
оценка «неудовлетворительно» - 2 балла.
При сдаче промежуточной аттестации в форме зачета:
«зачтено» - 3-5 баллов или «не зачтено» - 2 балла.

6. Методические материалы по самостоятельной работе обучающегося при прохождении производственной(клинической) практики

Производственная (клиническая) практика составлена по модулям – дисциплинам и проводится в форме контактной и самостоятельной работы обучающегося.
Контактная работа предусматривает работу руководителя практики с обучающимся в форме индивидуальных/групповых консультаций.
К самостоятельной работе по практикам относятся следующие виды работ обучающегося:
- ознакомление с нормативно-правовым обеспечением практик, включая программы практик;
- изучение законодательной и нормативно-правовой обеспеченности профессиональной деятельности в сфере обращения лекарственных средств в предметной области практики;
- выполнение заданий, заполнение отчета о прохождении практики;
- подготовка к промежуточной аттестации по итогам практики.
По окончании практики обучающийся оформляет отчёт. Материал для составления отчета собирается и накапливается с первого дня практики. Отчет должен содержать самоанализ выполненной работы обучающимся.
Во время прохождения практики необходимо выполнение следующих условий:
- Явиться на установочное собрание, проводимое руководителем практики и получить пакет документов в учебно-методическом отделе.
- В первый день практики прийти на базу к 8 часам утра, и представиться общему руководителю.
- Быть одетым строго по форме и следить за ее чистотой. Иметь сменную обувь.
- Работать строго по графику. Пропущенные дни, даже по уважительной причине, отрабатываются в дополнительное время.
- Ознакомиться с документацией структурных подразделений (поликлиника, стационар, приемный покой, в отделениях - процедурные кабинеты, пост и т.д.).
- Активно участвовать в общественной жизни структурных подразделений, а также в санитарно-просветительной работе.
- Бережно относиться к имуществу лечебно-профилактических учреждений.
- Быть дисциплинированными, спокойными и вежливыми в обращении с товарищами по работе, с больными и их родственниками, в отделениях соблюдать тишину и порядок.

- Ежедневно и аккуратно вести отчет, заполнять листы обязательных манипуляций. Критерии оценки промежуточной аттестации по производственной (клинической) практике представлены в Таблице 6.

Таблица 6 – Критерии оценки промежуточной аттестации по производственной практике

Критерии оценки	Шкала оценок
Обучающийся предоставил оформленный соответствующим образом, отчет и отзыв с положительной характеристикой руководителя практики; продемонстрировал систематические знания по контролируемым компетенциям; владеет способностью и готовностью применять знания, умения и навыки для решения профессиональных задач на практике; в ответе присутствует четкая структура, логическая последовательность, современная профессиональная терминология; ответ обоснован нормативной документацией и конкретными примерами из производственной практики.	Зачтено
Обучающийся предоставил неполный перечень отчетной документации; демонстрирует полное отсутствие или фрагментарные знания, умения и навыки по контролируемой компетенции и неспособность применять их на практике для решения профессиональных задач; не в состоянии обосновать свой ответ нормативной документацией и примерами из производственной практики; дополнительные и уточняющие вопросы преподавателя не приводят к коррекции ответа	Не зачтено

МИНИСТЕРСТВО НАУКИ И ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования
«Чеченский государственный университет
имени Ахмата Абдулхамидовича Кадырова»

Медицинский институт
Кафедра микробиологии и биологии

МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ИЗУЧЕНИЮ УЧЕБНОЙ ДИСЦИПЛИНЫ «Микробиология, вирусология»

Код направления подготовки (специальности)	31.05.01
Направление подготовки (специальности)	Лечебное дело
Квалификация выпускника	Врач- лечебник
Форма обучения	Очная

Грозный

СОДЕРЖАНИЕ

1. Методические основы по организации самостоятельной работы обучающихся.
2. Методические рекомендации для организации и проведения практических занятий.
3. Методические рекомендации по выполнению рефератов.
4. Методические рекомендации по подготовке и созданию презентаций.
5. Организация самостоятельной работы обучающихся при подготовке к текущей, промежуточной аттестациям.
6. Методические материалы по самостоятельной работе обучающегося при прохождении производственной практики

1. Методические основы по организации самостоятельной работы обучающихся

Самостоятельная работа по дисциплинам является обязательным элементом федеральных государственных образовательных стандартов по программам высшего образования.

Самостоятельная работа обучающегося – организационная форма обучения - система педагогических условий, обеспечивающих управление учебной деятельностью обучающихся по освоению знаний и умений в учебной и научной деятельности без посторонней помощи.

Самостоятельная работа обучающихся является специфическим педагогическим средством организации и сопровождения самостоятельной деятельности обучающихся в учебном процессе.

Цели

К целям самостоятельной работы относится:

— формирование способностей у обучающегося к саморазвитию, самосовершенствованию и самореализации;

— развитие исследовательских умений.

— фиксирование и систематизирование полученных теоретических познаний и практического опыта; формирование умений использовать научную, правовую, справочную и специальную литературу;

— развитие познавательных способностей и инициативности обучающихся, ответственность, организованность, стремление к саморазвитию; формирование умения правильно пользоваться полученным ранее материалом, собранным в процессе самостоятельного наблюдения, выполнения заданий различного характера.

Формы самостоятельной работы

При обучении используются следующие виды и формы самостоятельной работы:

— подготовка к практическим занятиям;

— подготовка и написание рефератов; - подготовка докладов на заданные темы рефератов, либо выбранные по заданному направлению;

— изучение и систематизация нормативно-правовых документов, регламентирующих деятельность в сфере обращения лекарственных средств в части организационно-управленческих вопросов с использованием информационно-справочных систем «Консультант Плюс», «Консультант врача», компьютерной сети «Интернет»;

— изучение учебной, научной и методической литературы, материалов периодической литературы с использованием электронных библиотечных систем, официальных статистических данных, научной периодики; - создание презентации;

— подготовка к устному опросу, к дискуссии;

— тестирование;

— решение ситуационных задач;

— подготовка к текущей, промежуточной аттестации и т.д.

Контроль результатов внеаудиторной самостоятельной работы преподаватель осуществляет в начале каждого семинарского/практического занятия.

Контроль результатов аудиторной самостоятельной работы осуществляется в пределах времени, отведенного на практические занятия по дисциплине. В зависимости от сложности познавательной деятельности при изучении дисциплин используется три уровня самостоятельной работы:

— репродуктивная самостоятельная работа, которая включает изучение основной и дополнительной рекомендованной литературы, изучение методических рекомендаций к занятию, решение типовых задач, ситуаций;

— реконструктивная самостоятельная работа включает в себя подготовку к презентациям, сообщениям по заданной теме, решение профессиональных задач, моделирование профессиональной деятельности;

— творческая самостоятельная работа включает анализ, обобщение и систематизацию научных и нормативно-правовых документов, самостоятельное составление ситуаций, задач, проектов, составление выступлений по проблемам профессиональной деятельности. Контроль результатов внеаудиторной самостоятельной работы преподаватель осуществляет на семинарском/практическом занятии.

Самостоятельная работа начинается с изучения рабочей программы дисциплины, отражена в рабочих программах дисциплин.

Для конспектирования лекционного материала, а также выполнения семинарских/практических работ требуются рабочие тетради.

Самостоятельная работа обучающегося подразделяется на аудиторную и внеаудиторную самостоятельную работу

Аудиторная самостоятельная работа по дисциплинам выполняется на учебных занятиях (семинарские или практические) под непосредственным руководством преподавателя и по его заданию.

Основными видами аудиторной самостоятельной работы являются:

— выполнение практических работ;

— работа с нормативно-правовыми документами в области обращения лекарственных средств;

— решение ситуационных/симуляционных задач;

— презентация результатов научно-исследовательской работы по заданным темам

Выполнение практических работ осуществляется на семинарских/практических занятиях в соответствии с графиком учебного процесса и расписанием занятий.

Работа с основной, дополнительной литературой, эмпирическими и статистическими данными, как правило, основана на изучении документов и данных, их обобщении и представлении.

Решение ситуационных задач используется на семинарских/практических занятиях. Проблемная/ситуационная задача должна иметь четкую формулировку, к ней должны быть поставлены вопросы, ответы на которые необходимо найти и обосновать.

Критерии для оценки каждого вида аудиторной самостоятельной работы обучающегося разрабатываются преподавателем для конкретной дисциплины /цикла из предложенного перечня критериев оценки результатов аудиторной самостоятельной работы:

— уровень освоения учебного материала;

— умение использовать теоретические знания при выполнении лабораторных, практических, ситуационных, симуляционных задач;

— сформированность заявленных умений по теме аудиторного занятия;

— обоснованность и четкость изложения ответов;

— оформление материала в соответствии с требованиями, заявленными в задании;

— уровень самостоятельности обучающегося при выполнении аудиторной самостоятельной работы.

Внеаудиторная самостоятельная работа является элементом каждой темы дисциплин.

Планирование времени, необходимого на внеаудиторное самостоятельное изучение дисциплин, обучающие должны осуществлять весь семестр, предусматривая при этом регулярное повторение материала.

Материал, законспектированный на лекциях, необходимо регулярно прорабатывать и дополнять сведениями из других источников литературы, представленных не только в программах дисциплин, но и в периодических профильных научных изданиях, материалах конференций.

При изучении дисциплин сначала необходимо по каждой теме прочитать рекомендованную литературу и составить краткий конспект основных положений, терминов, сведений, требующих запоминания и являющихся основополагающими в этой теме для освоения последующих тем курса. Для расширения знания по дисциплине

рекомендуется использовать Интернет-ресурсы; проводить поиски в различных системах и использовать материалы сайтов, рекомендованных преподавателем.
При выполнении самостоятельной работы по написанию реферата необходимо: прочитать теоретический материал в рекомендованной литературе, периодических изданиях, на Интернет-сайтах; творчески переработать изученный материал и представить его для отчета в форме реферата, проиллюстрировав схемами, диаграммами, фотографиями и рисунками.
Тексты докладов и рефератов должны быть изложены внятно, простым и ясным языком.
Для обеспечения внеаудиторной самостоятельной работы по каждой теме дисциплин/блоку разработаны:
а) перечень основной и дополнительной литературы;
б) вопросы для самоконтроля.
При выполнении внеаудиторной самостоятельной работы обучающийся имеет право обращаться к преподавателю за консультацией с целью уточнения задания, формы контроля выполненного задания.
Контроль результатов внеаудиторной самостоятельной работы отражается в индивидуальном плане после выполнения внеаудиторной самостоятельной работы.
Критерии оценки внеаудиторной работы формируются преподавателем самостоятельно для каждого вида работы. Основными критериями оценки внеаудиторной работы обучающегося выступают:
- уровень освоения материала;
- уровень умения использовать теоретические знания при выполнении заданий, решении ситуационных задач;
- обоснованность и четкость изложения ответов,
- результаты тестирования по шкале оценок;
- уровень умения использовать электронные образовательные ресурсы;
- умение четко формулировать проблему, предложив ее решение, критическая оценка последствий решения;
- уровень умения сформулировать собственную позицию и аргументировать ее.

Качество выполнения внеаудиторной самостоятельной работы оценивается посредством текущего контроля самостоятельной работы обучающегося. Текущий контроль представляет собой форму планомерного контроля качества и объема осваиваемых компетенций в процессе изучения конкретной дисциплины, проводится на семинарских/практических занятиях и во время индивидуальной работы преподавателя с обучающимися.

Шкала оценивания внеаудиторной самостоятельной работы:
Зачтено – задание выполнено полно и правильно, изложено в правильных нормативных формулировках с использованием точного понятийного аппарата, с использованием рекомендованных источников литературы, продемонстрировано умение формулировать проблему, предложены пути ее решения, проведена критическая оценка последствий такого решения, а также умение формулировать собственную позицию и аргументировать ее.
Не зачтено – обучающийся не выполнил задание либо выполнил не в полном объеме, демонстрирует несформированность понятийного аппарата по теме, отсутствие умения формулировать проблему, обобщать материал, не может аргументировать свой ответ.

2. Методические рекомендации для организации и проведения практических занятий

Практическое занятие - вид учебных занятий, при котором в результате предварительной работы над учебным материалом преподавателя и студента, в обстановке их контактной работы в аудитории решаются задачи познавательного и воспитательного характера.
Цель такой формы обучения – углубленное изучение дисциплины, закрепление полученного теоретического материала в форме внеаудиторной самостоятельной работы, овладение методологией научного познания и формирования базовых умений. Немаловажным преимуществом практических занятий является и формирование навыков профессиональной дискуссии.
Задачи практических занятий:

- мотивация к регулярному изучению теоретического учебного материала, основной, дополнительной литературы;
- закрепление теоретических знаний, полученных при прослушивании лекций и во время внеаудиторной самостоятельной работы;
- получение навыков устного и публичного выступления по теоретическим вопросам, включая навыки по свободному оперированию организационными и управленческими понятиями и категориями;
- формирование навыков по универсальным и профессиональным компетенциям;
- возможность преподавателю систематически контролировать как самостоятельную работу студента, так и свою работу.

Практические занятия проводятся по плану.
Каждая тема практического занятия, как правило, включает: цель занятия, перечень основных и дополнительных источников литературы, вопросы к устному обсуждению на занятии, ситуационные задачи и перечень заданий, которые обучающиеся самостоятельно должны решить на практическом занятии.
Каждое практическое занятие посвящено, как правило, изучению нескольких компетенций и включает три основных этапа.
Первый этап - устный опрос по заранее сформулированным вопросам либо представление докладов/презентаций, подготовленных в рамках внеаудиторной самостоятельной работы по заранее сформулированным требованиям. Важнейшей частью этапа, является обсуждение представленных докладов/презентаций. Цель преподавателя – организовать обмен мнениями, дискуссию в группе, скорректировать уровень подготовленности студентов.
Одним из возможных элементов первого этапа является решение ситуационных задач, которые максимально приближены к профессиональной деятельности.
Требования к ответам обучающихся – самостоятельность в подборе фактического материала и аналитическом отношении к нему, умение рассматривать примеры и факты во взаимосвязи и взаимообусловленности, отбирать наиболее существенные из них.
Для оценивания первого (теоретического) этапа занятия используются знания, умения, владения, которые заявлены на каждое занятие:
1) знание учебного материала и владение понятийным аппаратом по теме занятия;
2) умение связывать теорию с практикой;
3) умение иллюстрировать ответ примерами, фактами, данными научных исследований;
4) умение применять теоретические знания при решении ситуационных задач.
Второй этап – аудиторное самостоятельное выполнение семинарских /практических заданий, которые обучающийся выполняет индивидуально либо в группе, если такое предусмотрено заданием.
В процессе выполнения самостоятельной аудиторной работы обучающийся имеет право на получение индивидуальных консультаций у преподавателя.
По окончании выполнения аудиторной самостоятельной работы обучающийся сдает отчет о выполнении самостоятельных лабораторных заданий преподавателю, который оценивается по шкале «зачет/незачет».
Критерии оценивания практического занятия осуществляются по следующим критериям:

1. своевременное выполнение внеаудиторной самостоятельной работы по изучаемой теме;
2. демонстрируемый обучающимся уровень усвоения заявленной к освоению компетенции (знания, умения, навыки);
— хорошее знание и уверенное владение на занятии теоретическим содержанием учебного материала;
— адекватное применение теоретического материала к решению ситуационных задач, заданий для аудиторной самостоятельной работы;
— умение аргументировать свои решения, развернуто отвечать на дополнительные вопросы преподавателя.
3. Соблюдение организационных и дисциплинарных требований, предъявляемых к обучающемуся на семинарских/практических занятиях: аккуратный внешний вид, соблюдение дисциплины на занятиях, полнота и своевременность представления выполненных заданий в полном объеме (не позднее даты окончания занятия и в полном соответствии с предъявляемыми к их содержанию и качеству оформления).
Третий этап – заключительный. Преподаватель дает общую оценку уровня подготовленности обучаемых к практическим занятиям, характеризует активность каждого обучающегося на занятии и озвучивает оценки каждому обучающемуся с их обоснованием.

Шкала оценивания осуществляется по четырехбалльной шкале (таблица 2)

Критерии оценивания лабораторного/практического занятия	Шкала оценок
Полное соответствие работы обучающегося требованиям. Обучающийся демонстрирует уверенные знания, способен творчески решать поставленные задачи, самостоятельно демонстрирует умения, обладает некоторыми навыками. Обучающийся успешно выполнил внеаудиторную самостоятельную работу, демонстрирует глубокое теоретическое знание по изучаемой теме, умение его применять на практике (в установленный срок сдал протоколы занятия/представил и защитил доклады/презентации и др.).	Отлично
Работа обучающегося содержит неполное соответствие требованиям. Обучающийся демонстрирует хорошее знание материала, способен творчески решать поставленные задачи, демонстрирует базовые умения. Обучающийся выполнил внеаудиторную самостоятельную работу, продемонстрировал знание учебного материала, содержатся отдельные пробелы в умении применить полученные теоретические знании к решению ситуационных задач .	Хорошо
Работа обучающегося содержит неполное соответствие требованиям. Обучающийся демонстрирует знание базового материала, способен решать поставленные задачи под руководством преподавателя, освоил базовые умения. Успешно выполнил внеаудиторную самостоятельную работу, продемонстрировал знание учебного материала, но затрудняется интерпретировать его практически.	Удовлетвори тельно
Работа не соответствует требованиям.	Неудовлетво рительно

3. Методические рекомендации по организации и выполнению рефератов
Реферат предусматривает углубленное изучение дисциплины, способствует развитию навыков самостоятельной работы с литературными источниками.
Реферат – краткое изложение в письменном виде содержания научного труда по предоставленной теме. Это самостоятельная научноисследовательская работа, где

обучающийся раскрывает суть исследуемой проблемы с элементами анализа по теме реферата. Приводит различные точки зрения, а также собственные взгляды на проблемы темы реферата.
Содержание реферата должно быть логичным, изложение материала носить проблемно-тематический характер.
Объем реферата может колебаться в пределах 15-20 печатных страниц.
Основные разделы: оглавление (план), введение, основное содержание, заключение, список литературы.
Текст реферата должен содержать следующие разделы:
— титульный лист реферата (приложение 2);
— ведение, актуальность темы.
— основной раздел.
— заключение
— список литературных источников
Список литературных источников- библиографическое описание используемых источников литературы, в том числе и интернет-источников, оформленное по ГОСТ 7.1 – 2003; 7.80 – 2000; должен иметь не менее 10 библиографических названий, включая сетевые ресурсы.
Текстовая часть реферата оформляется на листе следующего формата:
— отступ сверху – 2 см;
— отступ слева – 3 см;
— отступ справа – 1,5 см;
— отступ снизу – 2,5 см;
— шрифт текста: Times New Roman, высота шрифта – 14, пробел – 1,5;
— нумерация страниц – снизу листа. На первой странице номер не ставится.
Реферат должен быть выполнен грамотно с соблюдением культуры изложения. Обязательно должны иметься ссылки на используемую литературу, включая периодическую литературу за последние 5 лет.
Критерии оценки реферата:
— актуальность темы исследования;
— соответствие содержания теме;
— глубина проработки материала;
— правильность и полнота разработки темы;
— значимость выводов для дальнейшей практической деятельности;
— правильность и полнота использования литературы;
— соответствие оформления реферата стандарту;
— качество сообщения и ответов на вопросы при защите реферата.
Практическое занятие по защите рефератов может проводиться в качестве «круглого стола» в форме представления докладов, посвященных теме занятия, по следующим этапам:
Этап 1. Каждый обучающийся представляет собственный доклад (обязательно использование презентации) по выбранной теме. Доклад 5-7 минут. Обсуждение доклада, вопросы – 2-3 минуты.
Этап 2. Оценка докладов и презентаций, представленных в группе (таблица 3).

Таблица 3 - Шкала оценки докладов на практическом занятии

Критерии оценки	Шкала оценок
1. Доклад четко выстроен, сопровождается презентацией, отражающей проблематику доклада, имеет четкие выводы, полностью характеризующие работу. Автор отлично ориентируется в материале и	Отлично

отвечает на все вопросы, владеет специальной терминологией. 2. Обучающийся активно участвует в обсуждении докладов других обучающихся из группы	
1. Доклад структурирован, презентация не отражает в полной мере содержание доклада, допущены неточности, выводы нечеткие. Автор затрудняется ответить на вопросы, слабо использует специальную терминологию. 2. Обучающийся участвует в обсуждении докладов других обучающихся из группы	Хорошо
1. Доклад структурирован, содержание не полностью раскрывает цель доклада, отсутствует презентация. 2. Обучающийся пассивен при обсуждении докладов других обучающихся из группы	Удовлетвори тельно
1. Доклад не структурирован/отсутствует, презентация отсутствует. Автор не владеет материалом. 2. Обучающийся не участвует в обсуждении докладов.	Неудовлетво рительно

4. Методические рекомендации по подготовке и созданию презентаций

Создание материалов-презентаций — это вид самостоятельной работы обучающихся по созданию наглядных информационных пособий, выполненных с помощью мультимедийной компьютерной программы PowerPoint.

Этот вид работы требует координации навыков обучающегося по сбору, систематизации, переработке информации, оформления ее в виде подборки материалов, кратко отражающих основные вопросы изучаемой темы, в электронном виде. Создание презентаций расширяет методы и средства обработки и представления учебной информации, формирует у обучающихся навыки работы на компьютере.

Презентации готовятся обучающимся в виде слайдов с использованием программы Microsoft PowerPoint.

Обучающийся при подготовке презентации должен выполнить следующий комплекс взаимосвязанных видов самостоятельной работы:

— изучить материалы темы, выделяя главное и второстепенное;

— установить логическую связь между элементами темы;

— представить характеристику элементов в краткой форме;

— выбрать опорные сигналы для акцентирования главной информации и отобразить в структуре работы;

— оформить презентацию в соответствии с рекомендациями (таблица 4), разместить ее в электронной образованной среде университета, к установленному сроку либо представить на практическое/лабораторное занятие.

Таблица 4 - Методические рекомендации по оформлению презентации

Критерии оценки	Шкала оценок
1. Стиль	1.1 Соблюдайте единый стиль оформления. 1.2 Избегайте стилей, которые будут отвлекать от самой презентации. 1.3 Вспомогательная информация не должны преобладать над основной информацией (текст, рисунки).
2. Фон	Для фона предпочтительнее использовать более холодные тона (синий или зеленый).
3. Использование цвета	3.1 На одном слайде рекомендуется использовать не более трех цветов: один для фона, один для заголовков, один для текста. для фона и текста используйте контрастные цвета. 3.2. Обратите особое внимание на цвет гиперссылок (до и после

	использования).
4 Текст/ представление информации	4.1 Используйте короткие слова и предложения. 4.2. Минимизируйте количество предлогов, наречий, прилагательных. 4.3.Заголовки должны привлекать внимание аудитории. 4.4 Предпочтительно горизонтальное расположение информации. 4.5 Наиболее важная информация должна располагаться в центре экрана. Если на слайде располагается картинка, надпись должна располагаться под ней. 4.6 Наибольшая эффективность достигается тогда, когда ключевые пункты отображаются по одному на каждом отдельном слайде.
5.Шрифты	5.1 Для заголовков не менее 24 5.2 Для информации- не менее 18. 5.3Шрифты без засечек легче читать с большого расстояния. 5.4.Нельзя смешивать разные типы шрифтов в одном тексте 5.5.Для выделения информации следует использовать жирный шрифт, курсив или подчеркивание. 5.6 Нельзя злоупотреблять прописными буквами (они читаются хуже строчных букв).
6.Анимационные эффекты	Возможности компьютерной анимации для оформления презентации необходимо использовать умерено, они не должны отвлекать внимание от содержания информации на слайде.

Критерии оценивания презентаций:

— соответствие содержания теме;

— правильная структурированность информации;

— наличие логической связи изложенной информации;

— эстетичность оформления, его соответствие требованиям;

— презентация выполнена и представлена в срок.

Шкала оценивания презентаций разрабатывается преподавателем и доводится до сведения обучающихся вместе с заданием.

Оценка «Отлично»:

презентация отличается целостностью, логичностью и оригинальностью. Оформление логично, эстетично, не противоречит содержанию доклада. Информация структурирована. Иллюстрации презентации соответствуют содержанию, дополняют информацию о раскрываемой проблеме. Текст доклада, сопровождающего презентацию, излагается обучающимся самостоятельно, с незначительной опорой на печатный текст. Ответы на вопросы преподавателя и аудитории четкие, аргументированные, сопровождаются ссылкой на факты и примеры.

Оценка «Хорошо»:

презентация характеризуется целостностью, логической завершенностью, с незначительными недочетами в логике изложения материала. Оформление эстетично, логично, структурировано. Текст доклада излагается с преимущественной опорой на текст. Ответы на дополнительные и уточняющие вопросы не вносят ясности, преимущественно повторяют содержание презентации.

Оценка «Удовлетворительно»:

презентация характеризуется отсутствием единого стиля в оформлении, ввиду чего информация тяжело воспринимается аудиторией. Сведения, излагаемые обучающимся разрозненные, плохо структурированы и аргументированы. Текст доклада

преимущественно зачитывается, обучающимся допускаются неточности и ошибки в изложении материала. Ответы на дополнительные вопросы затруднительны.
Оценка «Неудовлетворительно»:
оформление презентации не соответствует заявленным требованиям. Работа характеризуется отсутствием единого стиля. Обучающийся представляет разрозненные сведения, которые слабо коррелируют с заявленной темой исследования, текст доклада зачитывается, обучающимся часто допускаются ошибки в изложении материала, допускаются ошибки в использовании научной и профессиональной терминологии. Ответы на дополнительные вопросы обучающийся не дает.

5. Организация самостоятельной работы обучающего при подготовке к текущей, промежуточной аттестациям

Текущий контроль осуществляется систематически с целью установления уровня овладения заявленными в рабочей программе дисциплины/практики компетенциями при изучении. В течение года в соответствии с программой дисциплины проводятся текущие аттестации. Форма проведения текущей аттестации (письменное / устное собеседование, тестирование, решение ситуационных задач, защита реферата) определяется руководителем курса и доводится до обучающихся. Вопросы по текущей аттестации доводятся до сведения обучающихся не позднее 3 дней до проведения аттестации.
Подготовка к промежуточной аттестации предполагает систематизацию обучающимся усвоенных в ходе обучения по дисциплинам профессиональных знаний и умений. Программа промежуточной аттестации экзамена имеет обобщающий характер и ориентирует обучающегося в процессе подготовки к нему на актуализацию знаний, умений и навыков, отражающих наиболее существенные компоненты содержания дисциплин, закрепление в профессиональном сознании комплексного и целостного знания.
Подготовка к промежуточной аттестации является формой самостоятельной работы обучающегося. Ее эффективной организации будут способствовать рекомендованные перечни основной и дополнительной литературы, информационных и электронно-образовательных ресурсов, а также список вопросов, которые составляют основу для итогового анализа профессиональной компетентности обучающегося и оценки ее соответствия требованиям ФГОС по компетенциям, закрепленным за дисциплинами. Ориентируясь в перечнях основной и дополнительной литературы, обучающийся может выбрать из них как основополагающие источники, так и те, которые позволят углубить и расширить знания по актуальным проблемам специальностей, систематизировать их и отразить в комплексе.
В ходе подготовки к промежуточной аттестации рекомендуется составлять развернутый план ответа на вопрос программы экзамена, что обеспечит логическую последовательность изложения материала. Продумывая структуру ответа, необходимо: во-первых, уделить внимание раскрытию теоретической сущности явления или понятий, обозначенных в контрольно-измерительном материале, во-вторых, осветить содержание и закономерности рассматриваемых явлений, отразить состояние их изученности в современной медицине. Обучающийся должен продемонстрировать на промежуточной аттестации владение категориальным аппаратом дисциплин, показать умение использовать знания, полученные при изучении дисциплин для анализа современных тенденций в медицине, применять их для решения профессиональных задач врачей по специальностям.
В ходе подготовки к промежуточной аттестации обучающемуся рекомендуется использовать весь набор методов и средств современных информационных технологий для изучения содержания отечественной и зарубежной литературы по дисциплине, анализа и оценки ее текущего состояния и перспектив развития.

При подготовке к промежуточной аттестации рекомендуется активно применять следующие образовательные и профессионально-ориентированные технологии:
– информационные технологии – компьютерные технологии, в том числе доступ в Интернет (для получения учебной и учебно-методической информации, представленной в научных электронных журналах и на сайтах библиотек);
– информационно-коммуникационные технологии.
Оценка знаний, умений и навыков, характеризующая этапы формирования компетенций в рамках изучения дисциплины осуществляется в ходе текущей и промежуточной аттестаций.
Форма проведения текущей/ промежуточной аттестации определяется рабочей программой дисциплины. Оценивание компетенций, вынесенных на промежуточную аттестацию в форме экзамена, осуществляется по четырехбалльной шкале:
оценка «отлично» - 5 баллов
оценка «хорошо» - 4 балла
оценка «удовлетворительно» - 3 балла
оценка «неудовлетворительно» - 2 балла.
При сдаче промежуточной аттестации в форме зачета:
«зачтено» - 3-5 баллов или «не зачтено» - 2 балла.

6. Методические материалы по самостоятельной работе обучающегося при прохождении производственной(клинической) практики

Производственная (клиническая) практика составлена по модулям – дисциплинам и проводится в форме контактной и самостоятельной работы обучающегося.
Контактная работа предусматривает работу руководителя практики с обучающимся в форме индивидуальных/групповых консультаций.
К самостоятельной работе по практикам относятся следующие виды работ обучающегося:
- ознакомление с нормативно-правовым обеспечением практик, включая программы практик;
- изучение законодательной и нормативно-правовой обеспеченности профессиональной деятельности в сфере обращения лекарственных средств в предметной области практики;
- выполнение заданий, заполнение отчета о прохождении практики;
- подготовка к промежуточной аттестации по итогам практики.
По окончании практики обучающийся оформляет отчёт. Материал для составления отчета собирается и накапливается с первого дня практики. Отчет должен содержать самоанализ выполненной работы обучающимся.
Во время прохождения практики необходимо выполнение следующих условий:
- Явиться на установочное собрание, проводимое руководителем практики и получить пакет документов в учебно-методическом отделе.
- В первый день практики прийти на базу к 8 часам утра, и представиться общему руководителю.
- Быть одетым строго по форме и следить за ее чистотой. Иметь сменную обувь.
- Работать строго по графику. Пропущенные дни, даже по уважительной причине, отрабатываются в дополнительное время.
- Ознакомиться с документацией структурных подразделений (поликлиника, стационар, приемный покой, в отделениях - процедурные кабинеты, пост и т.д.).
- Активно участвовать в общественной жизни структурных подразделений, а также в санитарно-просветительной работе.
- Бережно относиться к имуществу лечебно-профилактических учреждений.
- Быть дисциплинированными, спокойными и вежливыми в обращении с товарищами по работе, с больными и их родственниками, в отделениях соблюдать тишину и порядок.

- Ежедневно и аккуратно вести отчет, заполнять листы обязательных манипуляций. Критерии оценки промежуточной аттестации по производственной (клинической) практике представлены в Таблице 6.

Таблица 6 – Критерии оценки промежуточной аттестации по производственной практике

Критерии оценки	Шкала оценок
Обучающийся предоставил оформленный соответствующим образом, отчет и отзыв с положительной характеристикой руководителя практики; продемонстрировал систематические знания по контролируемым компетенциям; владеет способностью и готовностью применять знания, умения и навыки для решения профессиональных задач на практике; в ответе присутствует четкая структура, логическая последовательность, современная профессиональная терминология; ответ обоснован нормативной документацией и конкретными примерами из производственной практики.	Зачтено
Обучающийся предоставил неполный перечень отчетной документации; демонстрирует полное отсутствие или фрагментарные знания, умения и навыки по контролируемой компетенции и неспособность применять их на практике для решения профессиональных задач; не в состоянии обосновать свой ответ нормативной документацией и примерами из производственной практики; дополнительные и уточняющие вопросы преподавателя не приводят к коррекции ответа	Не зачтено

МИНИСТЕРСТВО НАУКИ И ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования
«Чеченский государственный университет
имени Ахмата Абдулхамидовича Кадырова»

Медицинский институт
Кафедра микробиологии и биологии

МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ИЗУЧЕНИЮ УЧЕБНОЙ ДИСЦИПЛИНЫ «Молекулярная биология»

Код направления подготовки (специальности)	31.05.01
Направление подготовки (специальности)	Лечебное дело
Квалификация выпускника	Врач- лечебник
Форма обучения	Очная

Грозный

СОДЕРЖАНИЕ

1. Методические основы по организации самостоятельной работы обучающихся.
2. Методические рекомендации для организации и проведения практических занятий.
3. Методические рекомендации по выполнению рефератов.
4. Методические рекомендации по подготовке и созданию презентаций.
5. Организация самостоятельной работы обучающихся при подготовке к текущей, промежуточной аттестациям.
6. Методические материалы по самостоятельной работе обучающегося при прохождении производственной практики

1. Методические основы по организации самостоятельной работы обучающихся

Самостоятельная работа по дисциплинам является обязательным элементом федеральных государственных образовательных стандартов по программам высшего образования.

Самостоятельная работа обучающегося – организационная форма обучения - система педагогических условий, обеспечивающих управление учебной деятельностью обучающихся по освоению знаний и умений в учебной и научной деятельности без посторонней помощи.

Самостоятельная работа обучающихся является специфическим педагогическим средством организации и сопровождения самостоятельной деятельности обучающихся в учебном процессе.

Цели

К целям самостоятельной работы относится:

— формирование способностей у обучающегося к саморазвитию, самосовершенствованию и самореализации;

— развитие исследовательских умений.

— фиксирование и систематизирование полученных теоретических познаний и практического опыта; формирование умений использовать научную, правовую, справочную и специальную литературу;

— развитие познавательных способностей и инициативности обучающихся, ответственность, организованность, стремление к саморазвитию; формирование умения правильно пользоваться полученным ранее материалом, собранным в процессе самостоятельного наблюдения, выполнения заданий различного характера.

Формы самостоятельной работы

При обучении используются следующие виды и формы самостоятельной работы:

— подготовка к практическим занятиям;

— подготовка и написание рефератов; - подготовка докладов на заданные темы рефератов, либо выбранные по заданному направлению;

— изучение и систематизация нормативно-правовых документов, регламентирующих деятельность в сфере обращения лекарственных средств в части организационно-управленческих вопросов с использованием информационно-справочных систем «Консультант Плюс», «Консультант врача», компьютерной сети «Интернет»;

— изучение учебной, научной и методической литературы, материалов периодической литературы с использованием электронных библиотечных систем, официальных статистических данных, научной периодики; - создание презентации;

— подготовка к устному опросу, к дискуссии;

— тестирование;

— решение ситуационных задач;

— подготовка к текущей, промежуточной аттестации и т.д.

Контроль результатов внеаудиторной самостоятельной работы преподаватель осуществляет в начале каждого семинарского/практического занятия.

Контроль результатов аудиторной самостоятельной работы осуществляется в пределах времени, отведенного на практические занятия по дисциплине. В зависимости от сложности познавательной деятельности при изучении дисциплин используется три уровня самостоятельной работы:

— репродуктивная самостоятельная работа, которая включает изучение основной и дополнительной рекомендованной литературы, изучение методических рекомендаций к занятию, решение типовых задач, ситуаций;

— реконструктивная самостоятельная работа включает в себя подготовку к презентациям, сообщениям по заданной теме, решение профессиональных задач, моделирование профессиональной деятельности;

— творческая самостоятельная работа включает анализ, обобщение и систематизацию научных и нормативно-правовых документов, самостоятельное составление ситуаций, задач, проектов, составление выступлений по проблемам профессиональной деятельности. Контроль результатов внеаудиторной самостоятельной работы преподаватель осуществляет на семинарском/практическом занятии.

Самостоятельная работа начинается с изучения рабочей программы дисциплины, отражена в рабочих программах дисциплин.

Для конспектирования лекционного материала, а также выполнения семинарских/практических работ требуются рабочие тетради.

Самостоятельная работа обучающегося подразделяется на аудиторную и внеаудиторную самостоятельную работу

Аудиторная самостоятельная работа по дисциплинам выполняется на учебных занятиях (семинарские или практические) под непосредственным руководством преподавателя и по его заданию.

Основными видами аудиторной самостоятельной работы являются:

— выполнение практических работ;

— работа с нормативно-правовыми документами в области обращения лекарственных средств;

— решение ситуационных/симуляционных задач;

— презентация результатов научно-исследовательской работы по заданным темам

Выполнение практических работ осуществляется на семинарских/практических занятиях в соответствии с графиком учебного процесса и расписанием занятий.

Работа с основной, дополнительной литературой, эмпирическими и статистическими данными, как правило, основана на изучении документов и данных, их обобщении и представлении.

Решение ситуационных задач используется на семинарских/практических занятиях. Проблемная/ситуационная задача должна иметь четкую формулировку, к ней должны быть поставлены вопросы, ответы на которые необходимо найти и обосновать.

Критерии для оценки каждого вида аудиторной самостоятельной работы обучающегося разрабатываются преподавателем для конкретной дисциплины /цикла из предложенного перечня критериев оценки результатов аудиторной самостоятельной работы:

— уровень освоения учебного материала;

— умение использовать теоретические знания при выполнении лабораторных, практических, ситуационных, симуляционных задач;

— сформированность заявленных умений по теме аудиторного занятия;

— обоснованность и четкость изложения ответов;

— оформление материала в соответствии с требованиями, заявленными в задании;

— уровень самостоятельности обучающегося при выполнении аудиторной самостоятельной работы.

Внеаудиторная самостоятельная работа является элементом каждой темы дисциплин.

Планирование времени, необходимого на внеаудиторное самостоятельное изучение дисциплин, обучающие должны осуществлять весь семестр, предусматривая при этом регулярное повторение материала.

Материал, законспектированный на лекциях, необходимо регулярно прорабатывать и дополнять сведениями из других источников литературы, представленных не только в программах дисциплин, но и в периодических профильных научных изданиях, материалах конференций.

При изучении дисциплин сначала необходимо по каждой теме прочитать рекомендованную литературу и составить краткий конспект основных положений, терминов, сведений, требующих запоминания и являющихся основополагающими в этой теме для освоения последующих тем курса. Для расширения знания по дисциплине

рекомендуется использовать Интернет-ресурсы; проводить поиски в различных системах и использовать материалы сайтов, рекомендованных преподавателем.
При выполнении самостоятельной работы по написанию реферата необходимо: прочитать теоретический материал в рекомендованной литературе, периодических изданиях, на Интернет-сайтах; творчески переработать изученный материал и представить его для отчета в форме реферата, проиллюстрировав схемами, диаграммами, фотографиями и рисунками.
Тексты докладов и рефератов должны быть изложены внятно, простым и ясным языком.
Для обеспечения внеаудиторной самостоятельной работы по каждой теме дисциплин/блоку разработаны:
а) перечень основной и дополнительной литературы;
б) вопросы для самоконтроля.
При выполнении внеаудиторной самостоятельной работы обучающийся имеет право обращаться к преподавателю за консультацией с целью уточнения задания, формы контроля выполненного задания.
Контроль результатов внеаудиторной самостоятельной работы отражается в индивидуальном плане после выполнения внеаудиторной самостоятельной работы.
Критерии оценки внеаудиторной работы формируются преподавателем самостоятельно для каждого вида работы. Основными критериями оценки внеаудиторной работы обучающегося выступают:
- уровень освоения материала;
- уровень умения использовать теоретические знания при выполнении заданий, решении ситуационных задач;
- обоснованность и четкость изложения ответов,
- результаты тестирования по шкале оценок;
- уровень умения использовать электронные образовательные ресурсы;
- умение четко формулировать проблему, предложив ее решение, критическая оценка последствий решения;
- уровень умения сформулировать собственную позицию и аргументировать ее.

Качество выполнения внеаудиторной самостоятельной работы оценивается посредством текущего контроля самостоятельной работы обучающегося. Текущий контроль представляет собой форму планомерного контроля качества и объема осваиваемых компетенций в процессе изучения конкретной дисциплины, проводится на семинарских/практических занятиях и во время индивидуальной работы преподавателя с обучающимися.

Шкала оценивания внеаудиторной самостоятельной работы:
Зачтено – задание выполнено полно и правильно, изложено в правильных нормативных формулировках с использованием точного понятийного аппарата, с использованием рекомендованных источников литературы, продемонстрировано умение формулировать проблему, предложены пути ее решения, проведена критическая оценка последствий такого решения, а также умение формулировать собственную позицию и аргументировать ее.
Не зачтено – обучающийся не выполнил задание либо выполнил не в полном объеме, демонстрирует несформированность понятийного аппарата по теме, отсутствие умения формулировать проблему, обобщать материал, не может аргументировать свой ответ.

2. Методические рекомендации для организации и проведения практических занятий

Практическое занятие - вид учебных занятий, при котором в результате предварительной работы над учебным материалом преподавателя и студента, в обстановке их контактной работы в аудитории решаются задачи познавательного и воспитательного характера.
Цель такой формы обучения – углубленное изучение дисциплины, закрепление полученного теоретического материала в форме внеаудиторной самостоятельной работы, овладение методологией научного познания и формирования базовых умений. Немаловажным преимуществом практических занятий является и формирование навыков профессиональной дискуссии.
Задачи практических занятий:

- мотивация к регулярному изучению теоретического учебного материала, основной, дополнительной литературы;
- закрепление теоретических знаний, полученных при прослушивании лекций и во время внеаудиторной самостоятельной работы;
- получение навыков устного и публичного выступления по теоретическим вопросам, включая навыки по свободному оперированию организационными и управленческими понятиями и категориями;
- формирование навыков по универсальным и профессиональным компетенциям;
- возможность преподавателю систематически контролировать как самостоятельную работу студента, так и свою работу.

Практические занятия проводятся по плану.
Каждая тема практического занятия, как правило, включает: цель занятия, перечень основных и дополнительных источников литературы, вопросы к устному обсуждению на занятии, ситуационные задачи и перечень заданий, которые обучающиеся самостоятельно должны решить на практическом занятии.
Каждое практическое занятие посвящено, как правило, изучению нескольких компетенций и включает три основных этапа.
Первый этап - устный опрос по заранее сформулированным вопросам либо представление докладов/презентаций, подготовленных в рамках внеаудиторной самостоятельной работы по заранее сформулированным требованиям. Важнейшей частью этапа, является обсуждение представленных докладов/презентаций. Цель преподавателя – организовать обмен мнениями, дискуссию в группе, скорректировать уровень подготовленности студентов.
Одним из возможных элементов первого этапа является решение ситуационных задач, которые максимально приближены к профессиональной деятельности.
Требования к ответам обучающихся – самостоятельность в подборе фактического материала и аналитическом отношении к нему, умение рассматривать примеры и факты во взаимосвязи и взаимообусловленности, отбирать наиболее существенные из них.
Для оценивания первого (теоретического) этапа занятия используются знания, умения, владения, которые заявлены на каждое занятие:
1) знание учебного материала и владение понятийным аппаратом по теме занятия;
2) умение связывать теорию с практикой;
3) умение иллюстрировать ответ примерами, фактами, данными научных исследований;
4) умение применять теоретические знания при решении ситуационных задач.
Второй этап – аудиторное самостоятельное выполнение семинарских /практических заданий, которые обучающийся выполняет индивидуально либо в группе, если такое предусмотрено заданием.
В процессе выполнения самостоятельной аудиторной работы обучающийся имеет право на получение индивидуальных консультаций у преподавателя.
По окончании выполнения аудиторной самостоятельной работы обучающийся сдает отчет о выполнении самостоятельных лабораторных заданий преподавателю, который оценивается по шкале «зачет/незачет».
Критерии оценивания практического занятия осуществляются по следующим критериям:

1. своевременное выполнение внеаудиторной самостоятельной работы по изучаемой теме;
2. демонстрируемый обучающимся уровень усвоения заявленной к освоению компетенции (знания, умения, навыки);
— хорошее знание и уверенное владение на занятии теоретическим содержанием учебного материала;
— адекватное применение теоретического материала к решению ситуационных задач, заданий для аудиторной самостоятельной работы;
— умение аргументировать свои решения, развернуто отвечать на дополнительные вопросы преподавателя.
3. Соблюдение организационных и дисциплинарных требований, предъявляемых к обучающемуся на семинарских/практических занятиях: аккуратный внешний вид, соблюдение дисциплины на занятиях, полнота и своевременность представления выполненных заданий в полном объеме (не позднее даты окончания занятия и в полном соответствии с предъявляемыми к их содержанию и качеству оформления).
Третий этап – заключительный. Преподаватель дает общую оценку уровня подготовленности обучаемых к практическим занятиям, характеризует активность каждого обучающегося на занятии и озвучивает оценки каждому обучающемуся с их обоснованием.

Шкала оценивания осуществляется по четырехбалльной шкале (таблица 2)

Критерии оценивания лабораторного/практического занятия	Шкала оценок
Полное соответствие работы обучающегося требованиям. Обучающийся демонстрирует уверенные знания, способен творчески решать поставленные задачи, самостоятельно демонстрирует умения, обладает некоторыми навыками. Обучающийся успешно выполнил внеаудиторную самостоятельную работу, демонстрирует глубокое теоретическое знание по изучаемой теме, умение его применять на практике (в установленный срок сдал протоколы занятия/представил и защитил доклады/презентации и др.).	Отлично
Работа обучающегося содержит неполное соответствие требованиям. Обучающийся демонстрирует хорошее знание материала, способен творчески решать поставленные задачи, демонстрирует базовые умения. Обучающийся выполнил внеаудиторную самостоятельную работу, продемонстрировал знание учебного материала, содержатся отдельные пробелы в умении применить полученные теоретические знании к решению ситуационных задач .	Хорошо
Работа обучающегося содержит неполное соответствие требованиям. Обучающийся демонстрирует знание базового материала, способен решать поставленные задачи под руководством преподавателя, освоил базовые умения. Успешно выполнил внеаудиторную самостоятельную работу, продемонстрировал знание учебного материала, но затрудняется интерпретировать его практически.	Удовлетвори тельно
Работа не соответствует требованиям.	Неудовлетво рительно

3. Методические рекомендации по организации и выполнению рефератов
Реферат предусматривает углубленное изучение дисциплины, способствует развитию навыков самостоятельной работы с литературными источниками.
Реферат – краткое изложение в письменном виде содержания научного труда по предоставленной теме. Это самостоятельная научноисследовательская работа, где

обучающийся раскрывает суть исследуемой проблемы с элементами анализа по теме реферата. Приводит различные точки зрения, а также собственные взгляды на проблемы темы реферата.
Содержание реферата должно быть логичным, изложение материала носить проблемно-тематический характер.
Объем реферата может колебаться в пределах 15-20 печатных страниц.
Основные разделы: оглавление (план), введение, основное содержание, заключение, список литературы.
Текст реферата должен содержать следующие разделы:
— титульный лист реферата (приложение 2);
— ведение, актуальность темы.
— основной раздел.
— заключение
— список литературных источников
Список литературных источников- библиографическое описание используемых источников литературы, в том числе и интернет-источников, оформленное по ГОСТ 7.1 – 2003; 7.80 – 2000; должен иметь не менее 10 библиографических названий, включая сетевые ресурсы.
Текстовая часть реферата оформляется на листе следующего формата:
— отступ сверху – 2 см;
— отступ слева – 3 см;
— отступ справа – 1,5 см;
— отступ снизу – 2,5 см;
— шрифт текста: Times New Roman, высота шрифта – 14, пробел – 1,5;
— нумерация страниц – снизу листа. На первой странице номер не ставится.
Реферат должен быть выполнен грамотно с соблюдением культуры изложения. Обязательно должны иметься ссылки на используемую литературу, включая периодическую литературу за последние 5 лет.
Критерии оценки реферата:
— актуальность темы исследования;
— соответствие содержания теме;
— глубина проработки материала;
— правильность и полнота разработки темы;
— значимость выводов для дальнейшей практической деятельности;
— правильность и полнота использования литературы;
— соответствие оформления реферата стандарту;
— качество сообщения и ответов на вопросы при защите реферата.
Практическое занятие по защите рефератов может проводиться в качестве «круглого стола» в форме представления докладов, посвященных теме занятия, по следующим этапам:
Этап 1. Каждый обучающийся представляет собственный доклад (обязательно использование презентации) по выбранной теме. Доклад 5-7 минут. Обсуждение доклада, вопросы – 2-3 минуты.
Этап 2. Оценка докладов и презентаций, представленных в группе (таблица 3).

Таблица 3 - Шкала оценки докладов на практическом занятии

Критерии оценки	Шкала оценок
1. Доклад четко выстроен, сопровождается презентацией, отражающей проблематику доклада, имеет четкие выводы, полностью характеризующие работу. Автор отлично ориентируется в материале и	Отлично

отвечает на все вопросы, владеет специальной терминологией. 2. Обучающийся активно участвует в обсуждении докладов других обучающихся из группы	
1. Доклад структурирован, презентация не отражает в полной мере содержание доклада, допущены неточности, выводы нечеткие. Автор затрудняется ответить на вопросы, слабо использует специальную терминологию. 2. Обучающийся участвует в обсуждении докладов других обучающихся из группы	Хорошо
1. Доклад структурирован, содержание не полностью раскрывает цель доклада, отсутствует презентация. 2. Обучающийся пассивен при обсуждении докладов других обучающихся из группы	Удовлетвори тельно
1. Доклад не структурирован/отсутствует, презентация отсутствует. Автор не владеет материалом. 2. Обучающийся не участвует в обсуждении докладов.	Неудовлетво рительно

4. Методические рекомендации по подготовке и созданию презентаций

Создание материалов-презентаций — это вид самостоятельной работы обучающихся по созданию наглядных информационных пособий, выполненных с помощью мультимедийной компьютерной программы PowerPoint.

Этот вид работы требует координации навыков обучающегося по сбору, систематизации, переработке информации, оформления ее в виде подборки материалов, кратко отражающих основные вопросы изучаемой темы, в электронном виде. Создание презентаций расширяет методы и средства обработки и представления учебной информации, формирует у обучающихся навыки работы на компьютере.

Презентации готовятся обучающимся в виде слайдов с использованием программы Microsoft PowerPoint.

Обучающийся при подготовке презентации должен выполнить следующий комплекс взаимосвязанных видов самостоятельной работы:

— изучить материалы темы, выделяя главное и второстепенное;

— установить логическую связь между элементами темы;

— представить характеристику элементов в краткой форме;

— выбрать опорные сигналы для акцентирования главной информации и отобразить в структуре работы;

— оформить презентацию в соответствии с рекомендациями (таблица 4), разместить ее в электронной образованной среде университета, к установленному сроку либо представить на практическое/лабораторное занятие.

Таблица 4 - Методические рекомендации по оформлению презентации

Критерии оценки	Шкала оценок
1. Стиль	1.1 Соблюдайте единый стиль оформления. 1.2 Избегайте стилей, которые будут отвлекать от самой презентации. 1.3 Вспомогательная информация не должны преобладать над основной информацией (текст, рисунки).
2. Фон	Для фона предпочтительнее использовать более холодные тона (синий или зеленый).
3. Использование цвета	3.1 На одном слайде рекомендуется использовать не более трех цветов: один для фона, один для заголовков, один для текста. для фона и текста используйте контрастные цвета. 3.2. Обратите особое внимание на цвет гиперссылок (до и после

	использования).
4 Текст/ представление информации	4.1 Используйте короткие слова и предложения. 4.2. Минимизируйте количество предлогов, наречий, прилагательных. 4.3.Заголовки должны привлекать внимание аудитории. 4.4 Предпочтительно горизонтальное расположение информации. 4.5 Наиболее важная информация должна располагаться в центре экрана. Если на слайде располагается картинка, надпись должна располагаться под ней. 4.6 Наибольшая эффективность достигается тогда, когда ключевые пункты отображаются по одному на каждом отдельном слайде.
5.Шрифты	5.1 Для заголовков не менее 24 5.2 Для информации- не менее 18. 5.3Шрифты без засечек легче читать с большого расстояния. 5.4.Нельзя смешивать разные типы шрифтов в одном тексте 5.5.Для выделения информации следует использовать жирный шрифт, курсив или подчеркивание. 5.6 Нельзя злоупотреблять прописными буквами (они читаются хуже строчных букв).
6.Анимационные эффекты	Возможности компьютерной анимации для оформления презентации необходимо использовать умерено, они не должны отвлекать внимание от содержания информации на слайде.

Критерии оценивания презентаций:

— соответствие содержания теме;

— правильная структурированность информации;

— наличие логической связи изложенной информации;

— эстетичность оформления, его соответствие требованиям;

— презентация выполнена и представлена в срок.

Шкала оценивания презентаций разрабатывается преподавателем и доводится до сведения обучающихся вместе с заданием.

Оценка «Отлично»:

презентация отличается целостностью, логичностью и оригинальностью. Оформление логично, эстетично, не противоречит содержанию доклада. Информация структурирована. Иллюстрации презентации соответствуют содержанию, дополняют информацию о раскрываемой проблеме. Текст доклада, сопровождающего презентацию, излагается обучающимся самостоятельно, с незначительной опорой на печатный текст. Ответы на вопросы преподавателя и аудитории четкие, аргументированные, сопровождаются ссылкой на факты и примеры.

Оценка «Хорошо»:

презентация характеризуется целостностью, логической завершенностью, с незначительными недочетами в логике изложения материала. Оформление эстетично, логично, структурировано. Текст доклада излагается с преимущественной опорой на текст. Ответы на дополнительные и уточняющие вопросы не вносят ясности, преимущественно повторяют содержание презентации.

Оценка «Удовлетворительно»:

презентация характеризуется отсутствием единого стиля в оформлении, ввиду чего информация тяжело воспринимается аудиторией. Сведения, излагаемые обучающимся разрозненные, плохо структурированы и аргументированы. Текст доклада

преимущественно зачитывается, обучающимся допускаются неточности и ошибки в изложении материала. Ответы на дополнительные вопросы затруднительны.
Оценка «Неудовлетворительно»:
оформление презентации не соответствует заявленным требованиям. Работа характеризуется отсутствием единого стиля. Обучающийся представляет разрозненные сведения, которые слабо коррелируют с заявленной темой исследования, текст доклада зачитывается, обучающимся часто допускаются ошибки в изложении материала, допускаются ошибки в использовании научной и профессиональной терминологии. Ответы на дополнительные вопросы обучающийся не дает.

5. Организация самостоятельной работы обучающего при подготовке к текущей, промежуточной аттестациям

Текущий контроль осуществляется систематически с целью установления уровня овладения заявленными в рабочей программе дисциплины/практики компетенциями при изучении. В течение года в соответствии с программой дисциплины проводятся текущие аттестации. Форма проведения текущей аттестации (письменное / устное собеседование, тестирование, решение ситуационных задач, защита реферата) определяется руководителем курса и доводится до обучающихся. Вопросы по текущей аттестации доводятся до сведения обучающихся не позднее 3 дней до проведения аттестации.
Подготовка к промежуточной аттестации предполагает систематизацию обучающимся усвоенных в ходе обучения по дисциплинам профессиональных знаний и умений. Программа промежуточной аттестации экзамена имеет обобщающий характер и ориентирует обучающегося в процессе подготовки к нему на актуализацию знаний, умений и навыков, отражающих наиболее существенные компоненты содержания дисциплин, закрепление в профессиональном сознании комплексного и целостного знания.
Подготовка к промежуточной аттестации является формой самостоятельной работы обучающегося. Ее эффективной организации будут способствовать рекомендованные перечни основной и дополнительной литературы, информационных и электронно-образовательных ресурсов, а также список вопросов, которые составляют основу для итогового анализа профессиональной компетентности обучающегося и оценки ее соответствия требованиям ФГОС по компетенциям, закрепленным за дисциплинами. Ориентируясь в перечнях основной и дополнительной литературы, обучающийся может выбрать из них как основополагающие источники, так и те, которые позволят углубить и расширить знания по актуальным проблемам специальностей, систематизировать их и отразить в комплексе.
В ходе подготовки к промежуточной аттестации рекомендуется составлять развернутый план ответа на вопрос программы экзамена, что обеспечит логическую последовательность изложения материала. Продумывая структуру ответа, необходимо: во-первых, уделить внимание раскрытию теоретической сущности явления или понятий, обозначенных в контрольно-измерительном материале, во-вторых, осветить содержание и закономерности рассматриваемых явлений, отразить состояние их изученности в современной медицине. Обучающийся должен продемонстрировать на промежуточной аттестации владение категориальным аппаратом дисциплин, показать умение использовать знания, полученные при изучении дисциплин для анализа современных тенденций в медицине, применять их для решения профессиональных задач врачей по специальностям.
В ходе подготовки к промежуточной аттестации обучающемуся рекомендуется использовать весь набор методов и средств современных информационных технологий для изучения содержания отечественной и зарубежной литературы по дисциплине, анализа и оценки ее текущего состояния и перспектив развития.

При подготовке к промежуточной аттестации рекомендуется активно применять следующие образовательные и профессионально-ориентированные технологии:
– информационные технологии – компьютерные технологии, в том числе доступ в Интернет (для получения учебной и учебно-методической информации, представленной в научных электронных журналах и на сайтах библиотек);
– информационно-коммуникационные технологии.
Оценка знаний, умений и навыков, характеризующая этапы формирования компетенций в рамках изучения дисциплины осуществляется в ходе текущей и промежуточной аттестаций.
Форма проведения текущей/ промежуточной аттестации определяется рабочей программой дисциплины. Оценивание компетенций, вынесенных на промежуточную аттестацию в форме экзамена, осуществляется по четырехбалльной шкале:
оценка «отлично» - 5 баллов
оценка «хорошо» - 4 балла
оценка «удовлетворительно» - 3 балла
оценка «неудовлетворительно» - 2 балла.
При сдаче промежуточной аттестации в форме зачета:
«зачтено» - 3-5 баллов или «не зачтено» - 2 балла.

6. Методические материалы по самостоятельной работе обучающегося при прохождении производственной(клинической) практики

Производственная (клиническая) практика составлена по модулям – дисциплинам и проводится в форме контактной и самостоятельной работы обучающегося.
Контактная работа предусматривает работу руководителя практики с обучающимся в форме индивидуальных/групповых консультаций.
К самостоятельной работе по практикам относятся следующие виды работ обучающегося:
- ознакомление с нормативно-правовым обеспечением практик, включая программы практик;
- изучение законодательной и нормативно-правовой обеспеченности профессиональной деятельности в сфере обращения лекарственных средств в предметной области практики;
- выполнение заданий, заполнение отчета о прохождении практики;
- подготовка к промежуточной аттестации по итогам практики.
По окончании практики обучающийся оформляет отчёт. Материал для составления отчета собирается и накапливается с первого дня практики. Отчет должен содержать самоанализ выполненной работы обучающимся.
Во время прохождения практики необходимо выполнение следующих условий:
- Явиться на установочное собрание, проводимое руководителем практики и получить пакет документов в учебно-методическом отделе.
- В первый день практики прийти на базу к 8 часам утра, и представиться общему руководителю.
- Быть одетым строго по форме и следить за ее чистотой. Иметь сменную обувь.
- Работать строго по графику. Пропущенные дни, даже по уважительной причине, отрабатываются в дополнительное время.
- Ознакомиться с документацией структурных подразделений (поликлиника, стационар, приемный покой, в отделениях - процедурные кабинеты, пост и т.д.).
- Активно участвовать в общественной жизни структурных подразделений, а также в санитарно-просветительной работе.
- Бережно относиться к имуществу лечебно-профилактических учреждений.
- Быть дисциплинированными, спокойными и вежливыми в обращении с товарищами по работе, с больными и их родственниками, в отделениях соблюдать тишину и порядок.

- Ежедневно и аккуратно вести отчет, заполнять листы обязательных манипуляций. Критерии оценки промежуточной аттестации по производственной (клинической) практике представлены в Таблице 6.

Таблица 6 – Критерии оценки промежуточной аттестации по производственной практике

Критерии оценки	Шкала оценок
Обучающийся предоставил оформленный соответствующим образом, отчет и отзыв с положительной характеристикой руководителя практики; продемонстрировал систематические знания по контролируемым компетенциям; владеет способностью и готовностью применять знания, умения и навыки для решения профессиональных задач на практике; в ответе присутствует четкая структура, логическая последовательность, современная профессиональная терминология; ответ обоснован нормативной документацией и конкретными примерами из производственной практики.	Зачтено
Обучающийся предоставил неполный перечень отчетной документации; демонстрирует полное отсутствие или фрагментарные знания, умения и навыки по контролируемой компетенции и неспособность применять их на практике для решения профессиональных задач; не в состоянии обосновать свой ответ нормативной документацией и примерами из производственной практики; дополнительные и уточняющие вопросы преподавателя не приводят к коррекции ответа	Не зачтено

МИНИСТЕРСТВО НАУКИ И ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования
**«ЧЕЧЕНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ УНИВЕРСИТЕТ
ИМЕНИ АХМАТА АБДУЛХАМИДОВИЧА КАДЫРОВА»**

МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ

Кафедра общественного здоровья и здравоохранения

МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ИЗУЧЕНИЮ УЧЕБНОЙ ДИСЦИПЛИНЫ

«Народная медицина чеченцев»

Специальность	Лечебное дело
Код специальности	31.05.01
Квалификация выпускника	Врач - лечебник
Форма обучения	Очная

Грозный, 2025 г.

Яхъяева З.И. Методические рекомендации по изучению учебной дисциплины «Народная медицина чеченцев» / Сост. Яхъяева З.И. – Грозный: ФГБОУ ВО «Чеченский государственный университет имени А.А.Кадырова». 2025 г.

Методические рекомендации по изучению учебной дисциплины «Народная медицина чеченцев» рассмотрены и одобрены на заседании кафедры «Общественное здоровье и здравоохранение» (протокол № 9 от 26 мая 2025 г.), рекомендованы к использованию в учебном процессе составлены в соответствии с требованиями ФГОС ВО по специальности

31.05.01 Лечебное дело (специалитет), утвержденного приказом Минобрнауки России от 27.03.2018 № 219.

© Яхъяева З.И.

© ФГБОУ ВО «Чеченский государственный университет имени А.А.Кадырова»- 2025 г.

СОДЕРЖАНИЕ

1. Общие положения.....4
2. Методические рекомендации по изучению дисциплины в процессе аудиторных занятий.....4
2.1. Рекомендации по подготовке к лекционным занятиям (теоретический курс).....4
2.2. Рекомендации по подготовке к практическим (семинарским) занятиям.....4
3. Методические рекомендации по выполнению различных форм самостоятельных заданий.....5
3.1. Методические рекомендации по работе с литературой.....5
3.2. Методические рекомендации по подготовке научного доклада.....6
3.3. Методические рекомендации по подготовке реферата.....7

1. Общие положения

Методические указания по освоению дисциплины «Народная медицина чеченцев» адресованы студентам очной формы обучения.

Учебным планом по направлению подготовки 31.05.01 «Лечебное дело» предусмотрены следующие виды занятий:

- лекции;
- практические занятия;

2. Методические рекомендации по изучению дисциплины в процессе аудиторных занятий.

2.1. Рекомендации по подготовке к лекционным занятиям (теоретический курс)

Изучение дисциплины требует систематического и последовательного накопления знаний. Студентам необходимо вести конспект прослушанных лекций. Перед очередной лекцией необходимо просмотреть по конспекту материал предыдущей лекции. При затруднениях в восприятии материала следует обратиться к основным литературным источникам. Если разобраться в материале не удалось, то следует обратиться к лектору (по графику его консультаций) или к преподавателю на практических занятиях.

2.2. Рекомендации по подготовке к практическим (семинарским) занятиям

Студентам следует:

- ознакомиться с заданием к занятию; определить примерный объем работы по подготовке к ним; выделить вопросы и задачи, ответы на которые или выполнение и решение без предварительной подготовки не представляется возможным;
- иметь в виду и то, что в библиотеке учебного заведения не всегда имеются в наличии все рекомендованные источники, их необходимо найти заранее.
- приносить с собой рекомендованную преподавателем литературу к конкретному занятию;
- до очередного практического занятия по рекомендованным литературным источникам проработать теоретический материал, соответствующей темы занятия;
- пользоваться техническими средствами обучения и дидактическими материалами, которыми располагает учебное заведение.
- при подготовке к практическим занятиям следует обязательно использовать не только лекции, учебную литературу, но и нормативно-правовые акты и материалы правоприменительной практики;
- теоретический материал следует соотносить с правовыми нормами, так как в них могут быть внесены изменения, дополнения, которые не всегда отражены в учебной литературе;
- при ответах на вопросы и решения задач необходимо внимательно прочитать их текст и попытаться дать аргументированное объяснение с обязательной ссылкой на соответствующую правовую норму;
- в начале занятий задать преподавателю вопросы по материалу, вызвавшему затруднения в его понимании и освоении при решении задач, заданных для самостоятельного решения;
- по ходу семинара давать конкретные, четкие ответы по существу вопросов. Структура ответов может быть различной: либо вначале делается вывод, а затем приводятся аргументы, либо дается развернутая аргументация принятого решения, на основании которой предлагается ответ. Возможны и несколько вариантов ответов, которые должны быть обоснованны.
- на занятии доводить каждую задачу до окончательного решения, демонстрировать понимание проведенного анализа проблемной ситуации, в случае затруднений обращаться к преподавателю.

Студентам, пропустившим занятия (независимо от причин), не имеющие письменного решения задач или не подготовившиеся к данному практическому занятию, рекомендуется не позже, чем в 2-недельный срок явиться на консультацию к преподавателю и отчитаться по теме, изучавшейся на занятии. Студенты, не отчитавшиеся по каждой не проработанной ими на занятиях теме к началу зачетной сессии, упускают возможность получить положенные баллы за работу в соответствующем семестре.

3. Методические рекомендации по выполнению различных форм самостоятельных заданий

Самостоятельная работа студентов включает в себя выполнение различного рода заданий, которые ориентированы на более глубокое усвоение материала изучаемой дисциплины. По каждой теме учебной дисциплины студентам предлагается перечень заданий для самостоятельной работы.

К выполнению заданий для самостоятельной работы предъявляются следующие требования: задания должны исполняться самостоятельно и представляться в установленный срок, а также соответствовать установленным требованиям по оформлению.

Студентам следует:

- руководствоваться графиком самостоятельной работы, определенным рабочей программой дисциплины;
- выполнять все плановые задания, выдаваемые преподавателем для самостоятельного выполнения, и разбирать на семинарах и консультациях неясные вопросы;
- использовать при подготовке нормативные документы университета.

3.1. Методические рекомендации по работе с литературой.

Любая форма самостоятельной работы студента (подготовка к семинарскому занятию, написание эссе, курсовой работы, доклада и т.п.) начинается с изучения соответствующей литературы.

К каждой теме учебной дисциплины подобрана основная и дополнительная литература, которая указана в соответствующем разделе рабочей программы.

Основная литература - это учебники и учебные пособия.

Дополнительная литература - это монографии, сборники научных трудов, журнальные и газетные статьи, различные справочники, энциклопедии, интернет ресурсы.

Рекомендации студенту:

выбранную монографию или статью целесообразно внимательно просмотреть. В книгах следует ознакомиться с оглавлением и научно-справочным аппаратом, прочитать аннотацию и предисловие. Целесообразно ее пролистать, рассмотреть иллюстрации, таблицы, диаграммы, приложения. Такое поверхностное ознакомление позволит узнать, какие главы следует читать внимательно, а какие прочитать быстро;

- в книге или журнале, принадлежащие самому студенту, ключевые позиции можно выделять маркером или делать пометки на полях. При работе с Интернет -источником целесообразно также выделять важную информацию;
- если книга или журнал не являются собственностью студента, то целесообразно записывать номера страниц, которые привлекли внимание. Позже следует возвратиться к ним, перечитать или переписать нужную информацию. Физическое действие по записыванию помогает прочно заложить данную информацию в «банк памяти».

Выделяются следующие виды записей при работе с литературой:

Конспект - краткая схематическая запись основного содержания научной работы. Целью является не переписывание произведения, а выявление его логики, системы доказательств, основных выводов. Хороший конспект должен сочетать полноту изложения с краткостью.

Цитата - точное воспроизведение текста. Заключается в кавычки. Точно указывается страница источника.

Тезисы - концентрированное изложение основных положений прочитанного материала.

Аннотация - очень краткое изложение содержания прочитанной работы. Резюме - наиболее общие выводы и положения работы, ее концептуальные итоги.

Записи в той или иной форме не только способствуют пониманию и усвоению изучаемого материала, но и помогают вырабатывать навыки ясного изложения в письменной форме тех или иных теоретических вопросов.

3.2. Методические рекомендации по подготовке научного доклада

Одной из форм самостоятельной работы студента является подготовка научного доклада, для обсуждения его на практическом (семинарском) занятии.

Цель научного доклада - развитие у студентов навыков аналитической работы с научной литературой, анализа дискуссионных научных позиций, аргументации собственных взглядов. Подготовка научных докладов также развивает творческий потенциал студентов. Научный доклад готовится под руководством преподавателя, который ведет практические (семинарские) занятия.

Рекомендации студенту:

- перед началом работы по написанию научного доклада согласовать с преподавателем тему, структуру, литературу, а также обсудить ключевые вопросы, которые следует раскрыть в докладе;
- представить доклад научному руководителю в письменной форме;
- выступить на семинарском занятии с 5-7-минутной презентацией своего научного доклада, ответить на вопросы студентов группы.

Требования:

- к оформлению научного доклада: шрифт - Times New Roman, размер шрифта -14, межстрочный интервал -1, размер полей – 2 см, отступ в начале абзаца - 1 см, форматирование по ширине); листы доклада скреплены скоросшивателем. На титульном листе указывается наименование учебного заведения, название кафедры, наименование дисциплины, тема доклада, ФИО студента;
- к структуре доклада - введение (указывается актуальность, цель и задачи), основная часть, выводы автора, список литературы (не менее 5 позиций источников научной литературы (научные статьи и монографии). Объем согласовывается с преподавателем. В конце работы ставится дата ее выполнения и подпись студента, выполнившего работу.

Общая оценка за доклад учитывает содержание доклада, его презентацию, а также ответы на вопросы.

3.3. Методические рекомендации по подготовке реферата

Целью написания рефератов является:

- привитие студентам навыков библиографического поиска необходимой литературы (на бумажных носителях, в электронном виде);
- привитие студентам навыков компактного изложения мнения авторов и своего суждения по выбранному вопросу в письменной форме, научно грамотным языком и в хорошем стиле;
- приобретение навыка грамотного оформления ссылок на используемые источники, правильного цитирования авторского текста;
- выявление и развитие у студента интереса к определенной научной и практической проблематике с тем, чтобы исследование ее в дальнейшем продолжалось в подготовке и написании курсовых и дипломной работы и дальнейших научных трудах.

Основные задачи студента при написании реферата:

- с максимальной полнотой использовать литературу по выбранной теме (как рекомендуемую, так и самостоятельно подобранную) для правильного понимания авторской позиции;
- верно (без искажения смысла) передать авторскую позицию в своей работе;
- уяснить для себя и изложить причины своего согласия (несогласия) с тем или иным автором по данной проблеме.

Требования к содержанию:

- материал, использованный в реферате, должен относится строго к выбранной теме;
- необходимо изложить основные аспекты проблемы не только грамотно, но и в соответствии с той или иной логикой (хронологической, тематической, событийной и др.)
- при изложении следует сгруппировать идеи разных авторов по общности точек зрения или по научным школам;

- реферат должен заканчиваться подведением итогов проведенной исследовательской работы: содержать краткий анализ-обоснование преимуществ той точки зрения по рассматриваемому вопросу, с которой Вы солидарны.

Структура реферата.

1. Титульный лист.

На титульном листе указывается наименование учебного заведения, название кафедры, наименование дисциплины, тема реферата, ФИО студента, ФИО и должность проверившего преподавателя;

2. Оглавление.

Оглавление - это план реферата, в котором каждому разделу должен соответствовать номер страницы, на которой он находится.

3. Текст реферата.

Текст реферата делится на три части: введение, основная часть и заключение.

а) Введение - раздел реферата, посвященный постановке проблемы, которая будет рассматриваться и обоснованию выбора темы.

б) Основная часть - это звено работы, в котором последовательно раскрывается выбранная тема. Основная часть может быть представлена как цельным текстом, так и разделена на главы. При необходимости текст реферата может дополняться иллюстрациями, таблицами, графиками, но ими не следует "перегружать" текст.

в) Заключение - данный раздел реферата должен быть представлен в виде выводов, которые готовятся на основе подготовленного текста. Выводы должны быть краткими и четкими. Также в заключении можно обозначить проблемы, которые "высветились" в ходе работы над рефератом, но не были раскрыты в работе.

4. Список источников и литературы.

В данном списке называются как те источники, на которые ссылается студент при подготовке реферата, так и все иные, изученные им в связи с его подготовкой. В работе должно быть использовано не менее 7 разных источников. Работа, выполненная с использованием материала, содержащегося в одном научном источнике, является явным плагиатом и не принимается. Оформление Списка источников и литературы должно соответствовать требованиям, принятым в университете.

Объем и технические требования, предъявляемые к выполнению реферата.

Объем работы должен быть, как правило, не менее 15 и не более 20 страниц. Работа должна выполняться через одинарный интервал 14 шрифтом, размеры оставляемых полей - 2 см. Страницы должны быть пронумерованы.

При цитировании необходимо соблюдать следующие правила:

- текст цитаты заключается в кавычки и приводится без изменений, без произвольного сокращения цитируемого фрагмента (пропуск слов, предложений или абзацев допускается, если не влечет искажения всего фрагмента, и обозначается многоточием, которое ставится на месте пропуска) и без искажения смысла;
- каждая цитата должна сопровождаться ссылкой на источник, библиографическое описание которого должно приводиться в соответствии с предъявляемыми требованиями.

МИНИСТЕРСТВО НАУКИ И ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
ФГБОУ ВО «Чеченский государственный университет
имени Ахмата Абдулхамидовича Кадырова»
Медицинский институт
Кафедра госпитальной терапии

Методические указания к практическим занятиям по дисциплине

«НЕВРОЛОГИЯ, МЕДИЦИНСКАЯ ГЕНЕТИКА, НЕЙРОХИРУРГИЯ»

Направление подготовки (специальности)	Педиатрия
Код направления подготовки (специальности)	31.05.02
Квалификация выпускника	Специалист
Форма обучения	Очная
Код дисциплины	Б1.О.29

Грозный

2025 г.

Батукаева Л.А Методические указания к практическим занятиям по дисциплине «Неврология, медицинская генетика, нейрохирургия» / Сост. Л.А.Батукаева – Грозный: ФГБОУ ВО «Чеченский государственный университет имени А.А.Кадырова», 2024 г. – с.24

Методические указания к практическим занятиям по дисциплине «Неврология, медицинская генетика» рассмотрены на заседании кафедры госпитальной терапии, рекомендованы к использованию в учебном процессе (протокол №9 от 16.05.2025г.).), составлены в соответствии с требованиями ФГОС ВО по направлению подготовки 31.05.01- «лечебное дело», квалификации (степень) – специалист, утвержденного Приказом Министерства науки и высшего образования Российской Федерации от 12.08.2020г., за N 988, с учетом учебного плана по данному направлению подготовки, одобренного Ученым советом ФГБОУ ВО «Чеченский государственный университет имени А.А.Кадырова»

© Л.А.Батукаева, 2024 г.

©ФГБОУ ВО «Чеченский государственный университет имени А.А.Кадырова», 2024 г.

Тема: Анатомия и физиология нервной системы

План занятия:

1. Морфогенез нервной системы. Развитие ликворной системы, формирование мозговых пузырей, формирование основных структур центральной нервной системы, гистология нейрона, организация межнейрональных связей.
2. Спинной мозг, строение и функция.
3. Структуры задней черепной ямы (ствол головного мозга, мозжечок, строение и функция).
4. Полушария головного мозга, строение и функция.
5. Проводящие пути головного и спинного мозга.
6. Двигательный и чувствительный анализаторы (структура, физиология).
7. Контрольные вопросы

Перечень средств, используемых на занятии:
набор рентгенограмм, Кт-, МРТ-грамм
Тематические больные Истории болезни Методические рекомендации

Литература:

1. Никифоров А.С., Коновалов А.Н., Гусев Е.И. Клиническая неврология. Т.1. М.; Медицина. 2002 -. 770 с.
2. Скоромец А.А., Скоромец А.П., Скоромец Т.А. Топическая диагностика заболеваний нервной системы. - СПб.; Политехника, 2007. – 616 с.
3. Матвеева Т.В. Пропедевтика и семиотика поражения нервной системы в вопросах и ответах. – Казань. Новое знание, 2000. – 228 с.
4. Дуус П. Топический диагноз в неврологии. Анатомия. Физиология. Клиника. – М.; ИПЦ «Вазар-Ферро», 1995. – 381 с.
5. Скоромец А.А. Неврологический статус и его интерпретация. – М.: МЕД-прес-информ, 2009, - 240 с.
6.Самойлов В.И. Синдромологическая диагностика заболеваний нервной системы. Руководство для врачей. – СПб: Специальная литература, 1997 – Т. 1, 2
7. Неврология. Национальное руководство под ред. Е.И. Гусева.- М.:ГЭОТАР-Медицина, 2009. - 1035с.

Тема: Методика обследования и семиотика

План занятия:

1. Нарушения сознания
2. Угнетение сознания (угнетение, сопор, кома).
3. Спутанность сознания, делирий.
4. Помрачение сознания.
5. Менингеальный синдром.
6. Изменения внутричерепного давления.
7. Нарушения координации и ходьбы.
8. Синдромы поражения периферических и центральных мотонейронов.
9. Центральный и периферический параличи.
10. Экстрапирамидные симптомы и синдромы.
11. Нарушения чувствительности, виды и типы расстройств чувствительности.
12. Боль (классификация, патогенез).
13. Поражения черепных нервов и их ядер.
14. Бульбарный и псевдобульбарный параличи.
15. Альтернирующие синдромы поражения ствола мозга.
16. Нарушения функции тазовых органов.
17. Нарушения высших корковых функций.
18. Контрольные вопросы

Перечень средств, используемых на занятии: набор рентгенограмм Тематические больные

Истории болезни Методические рекомендации
Литература:
1. Никифоров А.С., Коновалов А.Н., Гусев Е.И. Клиническая неврология. Т.1. М.; Медицина. 2002 -. 770 с.
2. Скоромец А.А., Скоромец А.П., Скоромец Т.А. Топическая диагностика заболеваний нервной системы. - СПб.; Политехника, 2007. – 616 с.
3. Матвеева Т.В. Пропедевтика и семиотика поражения нервной системы в вопросах и ответах. – Казань. Новое знание, 2000. – 228 с.
4. Дуус П. Топический диагноз в неврологии. Анатомия. Физиология. Клиника. – М.; ИПЦ «Вазар-Ферро», 1995. – 381 с.
5. Скоромец А.А. Неврологический статус и его интерпретация. – М.: МЕД-прес-информ, 2009, - 240 с.
6.Самойлов В.И. Синдромологическая диагностика заболеваний нервной системы. Руководство для врачей. – СПб: Специальная литература, 1997 – Т. 1, 2.

Тема: Топическая диагностика заболеваний нервной системы
План занятия:
1. Поражения спинного мозга
2. Поражения спинного мозга по поперечнику
3. Поражения спинного мозга по длине
4. Поражения спинного мозга основные спинальные синдромы
5. Синдромы поражения ствола мозга.
6. Альтернирующие синдромы продолговатого мозга
7. Альтернирующие синдромы варолиева моста
8. Альтернирующие синдромы среднего мозга
9. Синдромы поражения мозжечка.
10. Синдромы поражения таламуса.
11. Синдромы поражения экстрапирамидного отдела нервной системы.
12. Синдромы поражения внутренней капсулы.
13. Синдромы поражения коры полушарий головного мозга.
14. Синдромы поражения лобной доли
15. Синдромы поражения височной доли
16. Синдромы поражения теменной доли
17. Синдромы поражения затылочной доли
18. Синдромы поражения недоминантного полушария
19. Синдромы поражения гипоталамуса
20. Синдромы поражения нервных стволов,сплетений, корешков.Контрольные вопросы
Перечень средств, используемых на занятии:
набор рентгенограмм Тематические
больные Истории болезни
Литература:
1. Никифоров А.С., Коновалов А.Н., Гусев Е.И. Клиническая неврология. Т.1. М.; Медицина. 2012 -. 770 с.
2. Неврология. Национальное руководство под ред. Е.И. Гусева.- М.:ГЭОТАР-Медицина, 2009. - 1035с.Скоромец А.А., Скоромец А.П., Скоромец Т.А. Топическая диагностика заболеваний нервной системы. - СПб.; Политехника, 2007. – 616 с.
3. Матвеева Т.В. Пропедевтика и семиотика поражения нервной системы в вопросах и ответах. – Казань. Новое знание, 2000. – 228 с.
4. Дуус П. Топический диагноз в неврологии. Анатомия. Физиология. Клиника. –

М.; ИПЦ «Вазар-Ферро», 1995. – 381 с.
5. Скоромец А.А. Неврологический статус и его интерпретация. – М.: МЕД-пресс-информ, 2009, - 240 с.

Тема: Параклинические методы исследования в неврологии
План занятия:
1. Лабораторные методы исследования (клинический анализ крови, биохимические исследования крови в неврологической практике, реологические свойства крови, коагулирующие и фибринолитические свойства крови, исследование мочи, исследования ликвора, методы исследования иммунного статуса).
2. Оценка данных офтальмологического исследования (острота зрения, периметрия, оценка данных исследования глазного дна, отоневрологического исседования, острота слуха, аудиография, нистагмография, калорические пробы, вращательные пробы).
3. Оценка рентгенологических методов исследования (краниограмма, томокраниография, спондилограмма, КТ, миелография, ангиография)
4. Электрфизиологические методы исследования (электромиография, ЭЭГ, Рео-ЭГ, ВП головного мозга, радиоизотопные методы исследования, ОЭКТ, ПЭТ).
5. Ультразвуковые методы исследования (ЭхоЭГ, ЭхоКГ, УЗДГ, дуплесное сканирование).
6. Тепловидение.
7. Магнитно-резонансная томография.
8. Вертеброневрологические методы исследования.
9. Контрольные вопросы
Перечень средств, используемых на занятии: набор рентгенограмм, ЭЭГ, КТ, МРТ-грамм Тематические больные Истории болезни
Литература:
1. Никифоров А.С., Коновалов А.Н., Гусев Е.И. Клиническая неврология. Учебная литература для слушателей системы последипломного образования. Т.1 и Т.2.
2. Вегетативные расстройства: клиника, лечение, диагностика/ Под. ред. А.М. Вейна. М.: МИА
3. Карлов В.А. Неврология: Руководство для врачей. М.: Медицина, 2002.
4. Верещагин Н.В., Брагина Л.К., Вавилов С.Б. и др. Компьютерная томография мозга. М.: Медицина, 1986.
5. Зенков Л.Р., Ронкин М.А. Функциональная диагностика нервных болезней. Руководство для врачей.
М.: МЕДпресс-информ, 2004.
6. Зенков Л.Р. Клиническая эпилептология (с элементами нейрофизиологии).
М.: Медицинское информационное агенство, 2002.
7. Холин А.В. Магнитно-резонансная томография при заболеваниях центральной нервной системы.
СПб.: Гиппократ, 1999.
8. Неврология. Национальное руководство под ред. Е.И. Гусева.- М.:ГЭОТАР-Медицина, 2009. - 1035с.

Тема: Заболевания периферической нервной системы
План занятия:
1. Патогенез вертеброгенных поражений неврной системы (ВПНС).
2. Классификация ВПНС.

3. Клиника рефлекторных синдромов остеохондроза позвоночника.
4. Клиника корешковых синдромов остеохондроза позвоночника.
5. Инструментальные методы диагностики ВПНС (рентгенография, КТ, МРТ).
6. Медикаментозное лечение ВПНС на разных стадиях болезни.
7. Физические и физиотерапевтические методы лечения.
8. Санаторно-курортное лечение ВПНС на разных стадиях.
9. Показания к хирургическому лечению.
10. МСЭ и реабилитация больных с ВПНС.
11. Полиневриты и полинейропатии.
12. Невралгии и мононевропатии.
13. Контрольные вопросы
Перечень средств, используемых на занятии: набор рентгенограмм Тематические больные Истории болезни
Литература:
1. Попелянский Я.Ю. Болезни периферической нервной системы. – М.: Медицина, 1993. – 463 с.
2. Скоромец А.А., Скоромец А.П., Скоромец Т.А. Топическая диагностика заболеваний нервной системы. - СПб.; Политехника, 2007. – 616 с.
3. Болезни нервной системы / Под ред. Н.Н. Яхно, Д.Р. Штульмана. – М.:Медицина, 2003. Т. 1.
4. Шток В.Н. Фармакотерапия в неврологии. Практическое руководство. – М.: Медицина. 2000. – 280 с.
5. Шпрах В.В., Савков В.С., Максимов О.Г. Боли в нижней части спины. – Иркутск, 2008. – 292 с.

Тема: Воспалительные и демиелинизирующие заболевания нервной системы.
План занятия:
1. Менингеальный синдром, классификация менингитов, менингококковый менингит.
2. Важнейшие формы вторичных менингитов (туберкулезный, отогенный и др.).
3. Первичные вирусные менингиты.
4. Классификация энцефалитов: энцефалит А (летаргический), клещевой энцефалит.
5. Нейросифилис.
6. Рассеянный склероз.
7. Первичный острый рассеянный энцефаломиелит и лейкоэнцефалиты.
8. Церебральные арахноидиты.
9. Абсцессы и паразиты головного мозга.
10. Контрольные вопросы
Перечень средств, используемых на занятии: набор рентгенограмм, МРТ-грамм. Тематические больные Истории болезни
Литература:
1. Болезни нервной системы: Руководство для врачей / Под.ред. Н.Н.Яхно, Д.Р. Штульмана, П.В. Мельничука. - М.: Медицина, 2003. - Т.1 и Т.2.
2. Виленский Б.С. Неотложные состояния в невропатологии: Руководство для врачей. - СПб: Медицина, 2004.
3. Виленский Б.С. Острые нейроинфекции. Справочник. – СПб.: «Издательство ФОЛИАНТ», 2008.
4. Гусев Е.И., Никифоров А.С., Гехт А.Б. Лекарственные средства в неврологической клинике. – М.: МЕДпрессинформ. 2003.
5. Лобзин Ю.В.,Пилипенко В.В., Громыко Ю.Н. Менингиты и энцефалиты. – СПб.: «Издательство ФОЛИАНТ, 2006.

6. Неврология. Национальное руководство под ред. Е.И. Гусева.- М.:ГЭОТАР-Медицина, 2009. - 1035с.

Тема: Сосудистые заболевания нервной системы.

План занятия:

11. Расстройства мозгового кровообращения: вопросы классификации, этиологии, патогенеза.
12. Анатомия и физиология мозгового кровообращения.
13. Преходящие нарушения мозгового кровообращения.
14. Геморрагический инсульт.
15. Ишемический инсульт (ИИ).
16. Эпидемиология инсульта, факторы риска ИИ, патогенетические механизмы ИИ, феномен внутримозгового обкрадывания, феномен обратного внутримозгового обкрадывания, феномен обкрадывания позвоночных артерий при закупорке подключичных артерий, избыточное и недостаточное коллатеральное кровообращение, феномен невозобновления перфузии мозга после церебральной ишемии, феномен возобновления мозгового крообращения на дофункциональном уровне (зона «полутени» - пенумбра), метаболические изменения в очаге ишемии и в зоне полутени по соседству.
17. Клиника тромбоза мозговых артерий. Клиника эмболии мозговых артерий. Клиника нетромботической гемодинамической ишемии.
18. Топическая диагностика ишемических поражений мозга.
19. Диагностика ишемического инсульта. Инструментальные методы исследования в диагностике ИИ (УЗДГ, транскраниальная допплерография, дуплексное и триплексное сканирование, КТ, МРТ, церебральная ангиография).
20. Лечение ИИ. Базисная терапия. Дифференцированная терапия. Применение средств, улучшающих реологические свойства крови , и антиагрегантов. Показания и противопоказания к фибринолитической терапии. Показания и противопоказания к применению прямых антикоагулянтов. Показания и противопоказания к применению непрямых антикоагулянтов. Применение кардиотоников. Применение симптоматических средств. Лечение сопутствующих заболеваний.
21. Профилактика ИИ.
22. Трудовая и социальная реабилитация при последствиях ИИ.
23. МСЭ при последствиях ИИ.
24. Хроническая недостаточность мозгового кровообращения.
25. Клиника, диагностика и лечение внутричерепных аневризм.
26. Расстройства венозного кровообращения.
27. Расстройства спинального кровообращения. Классификация нарушений кровообращения спинного мозга. Этиология. Патогенез. Синдром верхнего сосудистого бассейна. Синдром нижнего сосудистого бассейна. Нарушения кровообращения в спинном мозге при поражении аорты и радикуломедуллярной артерии. Кровоизлияния в спинном мозге. Преходящие нарушения спинального крообращения. Расстройства венозного кровообращения в спинном мозге. Дифференциальная диагностика при острых расстройствах спинального кровообращения. Лечение и профилактика нарушений спинального кровообращения. МСЭ при нарушениях спинального кровообращения.
28. Контрольные вопросы

Перечень средств, используемых на занятии: набор КТ, МРТ-грамм, рентгенограмм
Тематические больные Истории болезни

Литература:

1. Болезни нервной системы: Руководство для врачей / Под.ред. Н.Н.Яхно, Д.Р. Штульмана, П.В. Мельничука. - М.: Медицина, 2003. - Т.1 и Т.2.
2. Виленский Б.С. Неотложные состояния в невропатологии: Руководство для врачей. - СПб: Медицина, 2004.
3. Виленский Б.С. Инсульт: профилактика, диагностика и лечение. - СПб: Медицина, 2002.
4. Инсульт: практическое руководство для ведения больных. Пер с англ./ Под ред. А.А. Скоромца, В.А. Сорокоумова. - СПб.: Политехника, 1998.
5. Магнитно-резонансная томография в диагностике цереброваскулярных заболеваний/ О.И. Беличенко, С.А. Дадвани, Н.Н. Абрамова, С.К. Терновой. - М.: Видар, 1998.
6. Никифоров А.С., Коновалов А.Н., Гусев Е.И. Клиническая неврология. Т.1. 2. - М.; Медицина. 2002 -. 770 с.
7. Одинак М.М., Михайленко А.А., Иванов Ю.С., Семин Г.Ф. Сосудистые заболевания головного мозга. -
СПб.: Гиппократ, 1998.
8. Скоромец А.А. Топическая диагностика заболеваний нервной системы: Руководство для врачей. -
СПб: Медицина, 2000.
9. Шток В.Н. Фармакотерапия в неврологии: Практическое руководство. - М.: Медицинское информационное агенство, 2000.
10. Неврология. Национальное руководство под ред. Е.И. Гусева.- М.:ГЭОТАР-Медицина, 2009. - 1035с.

Тема: Вегетативная патология.

План занятия:

1. Вегетативные заболевания нервной системы: вопросы классификации, этиологии, патогенеза.
2. Анатомия и физиология вегетативной нервной системы.
3. Синдром вегетативной дистонии (психовегетативный синдром). Этиология и патогенез. ВСД конституционального генеза. Психофизиологическая ВСД. ВСД при неврозах, посттравматическом стрессовом расстройстве и других психических заболеваниях. ВСД при эндокринных заболеваниях и в период гормональных перестроек. ВСД при соматических заболеваниях.
4. Клиническая картина ВСД. Гипервентиляционный синдром. Нарушение функции сердечно-сосудистой системы. Нарушение функции ЖКТ. Нарушение терморегуляции и потоотделения. Центральная гипотермия. Центральная гипертермия. Эссенциальный гипергидроз.
5. Диагностика и дифференциальная диагностика ВСД.
6. Дифференцированное лечение ВСД.
7. Вегетативные кризы. Терминология и классификация. Этиология и патогенез. Клинические проявления. Диагностика и дифференциальная диагностика. Лечение.
8. Нейрогенные обмороки. Классификация. Рефлекторные обмороки. Вазодепрессорные обмороки. Ситуационные, арефлекторные обмороки. Обмороки при периферической вегетативной недостаточности. Лекарственные обмороки. Обмороки при ЦВЗ. Психогенные обмороки. Диагностика и дифференциальная диагностика обмороков. Обследование пациента с обмороками. Лечение обмороков.
9. Мигрень и другие формы первичной сосудистой головной боли. Патогенез и трегиминоваскулярная система. Мигрень, классификация, клиника,

диагностика, лечение.
10. Кластерная головная боль, классификация, клиника, диагностика, лечение.
11. Пароксизмальная гемикрания, классификация, клиника, диагностика, лечение.
12. Редкие формы трегиминальных вегетативных невралгий (постоянная гемикрания, гипническая головная боль).
13. Вегетативные нарушения при органических заболеваниях ЦНС.
14. Вегетативные нарушения при поражении спинного мозга.
15. Вегетативные нарушения при поражении ствола.
16. Вегетативные нарушения при поражении гипоталамуса.
17. Вегетативные нарушения при поражении больших полушарий.
18. Нейроэндокринно-обменные синдромы. Классификация, клиника, диагностика, лечение.
Перечень средств, используемых на занятии: набор рентгенограмм Тематические больные Истории болезни
Литература:
1. Акимов Г.А., Ерохина Л.Г. Неврология синкопальных состояний. – М.: Медицина, 1987.
2. Болезни нервной системы: Руководство для врачей / Под.ред. Н.Н.Яхно, Д.Р. Штульмана, П.В. Мельничука. - М.: Медицина, 2003. - Т.1 и Т.2.
3. Вегетативные расстройства: клиника, лечение, диагностика/ Под. ред. А.М. Вейна. - М.: МИА, 2000.
4. Дубовская Н.Г. Классификация болезней нервной системы. - М.: Триада, 2002.
5. Никифоров А.С., Коновалов А.Н., Гусев Е.И. Клиническая неврология. Т.1. 2. - М.; Медицина. 2002 -. 770 с.
6. Скоромец А.А. Топическая диагностика заболеваний нервной системы: Руководство для врачей. - СПб: Медицина, 2000.
7. Неврология. Национальное руководство под ред. Е.И. Гусева. - М.: ГЭОТАР-Медицина, 2009. - 1035с.

Тема: Наследственные и дегенеративные заболевания нервной системы.
План занятия:
1. Предмет и задачи нейрогенетики; основные методы медико-генетического исследования (генеологический метод); классификация наследственных заболеваний нервной системы.
2. Хромосомные болезни.
3. Наследственные нервно-мышечные заболевания.
4. Наследственные заболевания экстрапирамидной системы.
Классификация экстрапирамидных расстройств. Заболевания, протекающие с синдромом паркинсонизма. Классификация паркинсонизма. Болезнь Паркинсона. Этиология, патогенез, эпидемиология. Клиническая картина. Диагностика и дифференциальная диагностика. Лечение. Аутосомно-рецессивный ювенильный паркинсонизм. Мультисистемные дегенерации с синдромом паркинсонизма. Прогрессирующий надъядерный паралич. Мультисистемная атрофия. Кортико-базальная дегенерация. Заболевания, протекающие с синдромом дистонии, хореи, миоклоническим синдромом. Наследственные нейрометаболические заболевания, проявляющиеся различными экстрапирамидными синдромами. Гепатолентикулярная дегенерация. Болезнь Галлервордена-Шпатца. Семейный кальциноз базальных ганглиев (болезнь Фара).
5. Наследственные атаксии. Классификация наследственных мозжечковых атаксий. Мозжечковые атаксии с ранним началом. Атаксия Фридрейха.

Атаксия, связанная с недостаточностью витамина Е.
Х-сцепленная
рецессивная спиноцеребеллярная атаксия. Атаксия-телеангоиэктазия. Мозжечковые атаксии с поздним началом. Аутосомно-доминантные мозжечковые атаксии. Врожденные (непрогрессирующие) мозжечковые атаксии. Наследственная спастическая параплегия.
6. Сирингомиелия.
7. Гепатолентикулярная дегенерация.
8. Боковой амиотрофический склероз.
9. Контрольные вопросы
Перечень средств, используемых на занятии: КТ, МРТ, ЭЭГ-граммы Тематические больные Истории болезни
Литература:
1. Никифоров А.С., Коновалов А.Н., Гусев Е.И. Клиническая неврология. Учебная литература для слушателей системы последипломного образования. Т.1 и Т.2. - М.: Медицина, 2002.
2. Болезни нервной системы: Руководство для врачей / Под.ред. Н.Н.Яхно, Д.Р. Штульмана, П.В. Мельничука. Т.1 и Т.2. - М.: Медицина, 2003.
3. Дифференциальная диагностика нервных болезней: Руководство для врачей/ Под ред. Г.А. Акимова. - СПб: Гиппократ, 1997.
4. Руководство по детской неврологии/ Под ред. В.И.Гузевой. - С-Пб: СПбГПМА, 1998.
5. Холин А.В. Магнитно-резонансная томография при заболеваниях центральной нервной системы. – СПб.: Гиппократ, 1999. – 192с.
6. Шток В.Н. Фармакотерапия в неврологии: Практическое руководство. – М.: Медицинское информационное агенство. – 2000. – 301с.
7. Неврология. Национальное руководство под ред. Е.И. Гусева. - М.:ГЭОТАР-Медицина, 2009. - 1035с.

Тема: Нейрохирургия. Травмы нервной системы, опухоли нервной системы
.
План занятия:
1. Эпидемиология, причины, патогенез и патоморфология.
2. Классификация.
3. Критерии тяжести ЧМТ.
4. Клинические формы.
5. Легкая ЧМТ. Сотрясение головного мозга. Ушиб головного мозга легкой степени.
6. Среднетяжелая и тяжелая ЧМТ. Ушиб головного мозга средней и тяжелой степени. Диффузное аксональное повреждение. Сдавление головного мозга.
7. Периоды ЧМТ.
8. Осложнения ЧМТ.
9. Постокоммоционное состояние.
10. Последствия ЧМТ. Резидуальные. Прогрессирующие. Гидроцефалия. Посттравматический арахноидит.
11. Хроническая субдуральная гематома.
12. Диагностика и дифференциальная ЧМТ.
13. ЧМТ при алкогольной интоксикации.
14. Сочетанная ЧМТ с повреждением грудной клетки, брюшной полости, позвоночника, конечностей.
15. Лечение ЧМТ.

16. Реабилитация.
17. Исход ЧМТ.
18. МСЭ.
19. Контрольные вопросы
Перечень средств, используемых на занятии: набор рентгенограмм, КТ, МРТ-граммы
Тематические больные Истории болезни
Литература:
1. Никифоров А.С., Коновалов А.Н., Гусев Е.И. Клиническая неврология. Учебная литература для слушателей системы последипломного образования. Т.1 и Т.2. - М.: Медицина, 2002.
2. Болезни нервной системы: Руководство для врачей / Под.ред. Н.Н.Яхно, Д.Р. Штульмана, П.В. Мельничука. Т.1 и Т.2. - М.: Медицина, 2003.
3. Виленский Б.С. Неотложные состояния в невропатологии: Руководство для врачей. - СПб: Медицина, 2004.
4. Дифференциальная диагностика нервных болезней: Руководство для врачей/ Под ред. Г.А. Акимова. - СПб: Гиппократ, 1997.
5. Лебедев В.В., Крылов В.В. Неотложная нейрохирургия.- М.: Медицина, 2000.

Тема:Неотложные состояния в неврологии.

.
План занятия:
1. Нарушение сознания, классификация, характеристика.
2. Комы. Деструктивная кома. Дисметаболическая кома. Диагностика коматозных состояний.
3. Шок. Травматический шок. Анафилактический и токсический шок.
4. Эпилептический статус.
5. Миоплегический статус.
6. Акинетический мутизм.
7. Синдром внезапного падения.
8. Каталепсия.
9. Тетанический статус.
10. Акинетический криз.
11. Гипертензионно-гидроцефальный криз.
12. Гипотонический криз.
13. Гипертонический криз.
14. Миастенический криз.
15. Холинергический криз.
16. Вегетативный криз.
17. Злокачественный нейролепатический синдром.
18. Злокачественная гипертермия.
19. Синдром повышения внутричерепного давления и дислокационные синдромы.
20. Нарушение витальных функций.
21. Менингеальный синдром.
22. Контрольные вопросы
Перечень средств, используемых на занятии: набор рентгенограмм, КТ, МРТ-граммы
Тематические больные Истории болезни
Литература:
1.Никифоров А.С., Коновалов А.Н., Гусев Е.И. Клиническая неврология. Учебная литература для слушателей системы последипломного образования. Т.1 и Т.2. - М.: Медицина, 2002.
2. Болезни нервной системы: Руководство для врачей / Под.ред. Н.Н.Яхно, Д.Р.

Штульмана, П.В. Мельничука. Т.1 и Т.2. - М.: Медицина, 2003.
3. Дифференциальная диагностика нервных болезней: Руководство для врачей/ Под ред. Г.А. Акимова. - СПб: Гиппократ, 1997.
4. Лебедев В.В., Крылов В.В. Неотложная нейрохирургия.- М.: Медицина, 2000.
5. Практическая нейрохирургия. / Под ред. Б.В. Гайдара. – СПб., «Гиппократ». 2002.
6. Неврология. Национальное руководство под ред. Е.И. Гусева.- М.:ГЭОТАР-Медицина, 2009. - 1035с.

Тема: Эпилепсия
План занятия:
1. Этиология, патогенез, классификация эпилепсии.
2. Диагностика и дифференциальная диагностика эпилепсии.
3. Клиника эпилепсии, эпилептического припадка, эпилептического статуса.
4. Лечение эпилепсии.
5. Контрольные вопросы
Перечень средств, используемых на занятии: набор ЭЭГ-грамм, КТ, МРТ-грамм, рентгенограмм Тематические больные Истории болезни
Литература:
1. Никифоров А.С., Коновалов А.Н., Гусев Е.И. Клиническая неврология. Учебная литература для слушателей системы последипломного образования. Т.1 и Т.2. - М.: Медицина, 2002.
2. Болезни нервной системы: Руководство для врачей / Под.ред. Н.Н.Яхно, Д.Р. Штульмана, П.В. Мельничука. Т.1 и Т.2. - М.: Медицина, 2003.
3. Дифференциальная диагностика нервных болезней: Руководство для врачей/ Под ред. Г.А. Акимова. - СПб: Гиппократ, 1997.
4. Лебедев В.В., Крылов В.В. Неотложная нейрохирургия.- М.: Медицина, 2000.
5. Неврология. Национальное руководство под ред. Е.И. Гусева.- М.:ГЭОТАР-Медицина, 2009. - 1035с.

Тема: Неврозы и пограничные состояния.
План занятия:
1. Современное представление о патогенезе неврозов и пограничных состояний.
2. Классификация функциональных заболеваний нервной системы.
3. Неврастения, истерия, невроз навязчивых состояний, невротические синдромы, ночной энурез – клиника, диагностика, дифференциальная диагностика.
4. Признаки функционального и органического поражения нервной системы.
5. Современные принципы лечения неврозов.
6. Контрольные вопросы
Перечень средств, используемых на занятии: набор шкал для нейропсихологического исследования, компьютерные программы, Тематические больные Истории болезни
Литература:
1. Никифоров А.С., Коновалов А.Н., Гусев Е.И. Клиническая неврология. Учебная литература для слушателей системы последипломного образования. Т.1 и Т.2. - М.: Медицина, 2002.
2. Болезни нервной системы: Руководство для врачей / Под.ред. Н.Н.Яхно, Д.Р. Штульмана, П.В. Мельничука. Т.1 и Т.2. - М.: Медицина, 2003.
3. Дифференциальная диагностика нервных болезней: Руководство для врачей/ Под ред. Г.А. Акимова. - СПб: Гиппократ, 1997.
4. Неврология. Национальное руководство под ред. Е.И. Гусева.- М.:ГЭОТАР-Медицина, 2009. - 1035с.

Тема: Соматоневрология.

План занятия:
1. Классификация, патогенез соматоневрологических синдромов.
2. Поражение нервной системы при заболеваниях внутренних органов, сердечно-сосудистых заболеваниях, болезнях органов дыхания, заболевания ЖКТ, болезнях почек, печени.
3. Поражение нервной системы при эндокринных заболеваниях. Неврологические синдромы при сахарном диабете, патогенез, клиника, лечение. Неврологические синдромы при инсулиноме. Неврологические синдромы при заболеваниях гипофиза (акромегалия, болезнь Иценко-Кушинга, гипопитуитаризм, синдром неадекватной секреции АДГ). Неврологические синдромы при заболеваниях щитовидной железы (тиреотоксикоз, гипотиреоз). Неврологические синдромы при заболеваниях надпочечников (аддисонова болезнь, синдром Иценко-Кушинга, гиперальдостеронизм, феохромоцитома). Неврологические синдромы при заболеваниях половых желез.
4. Поражение нервной системы при нарушениях питания. Гипо- и гипервитаминозы. Белково-энергетическая недостаточность. Нарушения водно-электролитного баланса.
5. Поражение нервной системы при заболеваниях крови. Лейкоз. Геморрагический диатез. Гаммапатии. Синдром повышенной вязкости крови. Порфирия.
6. Поражения нервной системы при заболеваниях соединительной ткани.
7. Поражения нервной системы при паранеопластических синдромах.
8. Поражения нервной системы при токсикозе беременных.
9. Поражения нервной системы при алкоголизме.
10. Контрольные вопросы

Перечень средств, используемых на занятии: набор ЭЭГ-грамм, КТ, МРТ-грамм, рентгенограмм Тематические больные Истории болезни

Литература:
1. Болезни нервной системы: Руководство для врачей / Под.ред. Н.Н.Яхно, Д.Р. Штульмана, П.В. Мельничука. Т.1 и Т.2. - М.: Медицина, 2003.
2. Дифференциальная диагностика нервных болезней: Руководство для врачей/ Под ред. Г.А. Акимова. - СПб: Гиппократ, 1997.
3. Никифоров А.С., Коновалов А.Н., Гусев Е.И. Клиническая неврология. Учебная литература для слушателей системы последипломного образования. Т.1 и Т.2. - М.: Медицина, 2002.
4. Неврология. Национальное руководство под ред. Е.И. Гусева.- М.:ГЭОТАР-Медицина, 2009. - 1035с.

Тема: Медикосоциальная экспертиза.
Рубрика /код/ учебного занятия – Б1.Б.1.16

План занятия:
1. Место экспертизы трудоспособности в работе врача невролога.
2. Определение понятия «экспертиза трудоспособности». Цель и задачи.
3. Показания и порядок направления на МСЭ
4. Виды утраты трудоспособности и методика их определения.
5. Порядок установления и определения временной нетрудоспособности. Правила заполнения и выдачи документов, подтверждающих ВН.
6. Отпуск по болезни и увечью, по уходу за больными членами семьи, для санаторно-курортного лечения.
7. Порядок выдачи и оформления справок при заболевании вследствие опьянения

и бытовых отравлений.
8. Контрольные вопросы
Перечень средств, используемых на занятии: набор ЭЭГ-грамм, КТ, МРТ-грамм, рентгенограмм Тематические больные Истории болезни
Литература:
1. Болезни нервной системы: Руководство для врачей / Под.ред. Н.Н.Яхно, Д.Р. Штульмана, П.В. Мельничука. Т.1 и Т.2. - М.: Медицина, 2003.
2. Дифференциальная диагностика нервных болезней: Руководство для врачей/ Под ред. Г.А. Акимова. - СПб: Гиппократ, 1997.
3. Никифоров А.С., Коновалов А.Н., Гусев Е.И. Клиническая неврология. Учебная литература для слушателей системы последипломного образования. Т.1 и Т.2. - М.: Медицина, 2002.
4. Неврология. Национальное руководство под ред. Е.И. Гусева.- М.:ГЭОТАР-Медицина, 2009. - 1035с.

Тема: Заболевания периферической нервной системы
План занятия:
1. Введение: сообщение о плане занятия, актуализация проблемы.
2. Сообщение обучающихся Подробно разбирается диагностика и дифференциальная диагностика,
противовоспалительное
лечение
(нестероидные
противовоспалительные препараты, миорелаксанты), этапы
реабилитации,
санаторно-курортное лечение больных с заболеваниями периферической нервной системы, первичная и вторичная профилактика.
3. Разбор тематических ситуационных задач.
Перечень средств, используемых на занятии: Набор ситуационных задач. Мультимедийные презентации и рефераты, подготовленные учащимися по теме, ситуационные тематические задачи
Литература:
1. Журнальные статьи за последние пять лет.
2. Интернет ресурсы
3. Попелянский Я.Ю. Болезни периферической нервной системы. – М.: Медицина, 1993. – 463 с.
4. Скоромец А.А., Скоромец А.П., Скоромец Т.А. Топическая диагностика заболеваний нервной системы. - СПб.; Политехника, 2007. – 616 с.
5. Гехт Б.М., Меркулова Д.М., Меркулов Ю.А., Головкина О.В. Лечение аксональных и демиелинизирующих полиневропатий. // Журнал: Лечение нервных болезней. – 3 . – 2003. – С. 5-9.
6. Болезни нервной системы / Под ред. Н.Н. Яхно, Д.Р. Штульмана. – М.:Медицина, 2003. Т. 1.
7. Шток В.Н. Фармакотерапия в неврологии. Практическое руководство. – М.: Медицина. 2000. – 280 с.
8. Зенков Л.Р., Ронкин М.А. Функциональная диагностика нервных болезней: Руководство для врачей. – М.: МЕДпресс-информ. 2002.
9. Неврология. Национальное руководство под ред. Е.И. Гусева.- М.:ГЭОТАР-Медицина, 2009. - 1035с.

Тема: Воспалительные и демиелинизирующие заболевания нервной системы.
План занятий - 2 семинара по 6 часов :
1. Введение: сообщение о плане занятия, актуализация проблемы.
2. Сообщение обучающихся Разбираются принципы
терапии при различных
вариантах воспалительных и демиелинизирующих заболеваниях нервной системы.
определяются
возможные
комбинации
применяемых
препаратов,
противопоказания к их применению и возможные побочные эффекты.
3. Рассматриваются показания к иммуномодулирующей терапии в зависимости от типа течения рассеянного склероза, виды лечения при обострениях, непосредственные и отдаленные результаты лечения, осложнения превентивной терапии, реабилитация больных после воспалительных заболеваний неврной системы, пути первичной профилактики.
4. На семинаре обсуждаются действия врача при критических состояниях при острой демиелинизации, своевременной диагностике и алгоритмы терапии при инфекционных и поствакцинальных поражения нервной системы
5. Разбор тематических ситуационных задач.
Перечень средств, используемых на занятии: Набор ситуационных задач. Мультимедийные презентации и рефераты, подготовленные учащимися по теме, ситуационные тематические задачи
Литература:
1. Журнальные статьи за последние пять лет.
2. Интернет ресурсы
3. Лобзин Ю.В.,Пилипенко В.В., Громыко Ю.Н. Менингиты и энцефалиты. – СПб.: «Издательство ФОЛИАНТ2, 2006. - !»* с.
4. Виленский Б.С. Острые нейроинфекции. Справочник. – СПб.: неврологической клинике. – М.: МЕДпрессинформ. 2003. «Издательство ФОЛИАНТ», 2008. - 72 с.
5. Гусев Е.И., Никифоров А.С., Гехт А.Б. Лекарственные средства в неврологической клинике. – М.: МЕДпрессинформ, 2003.
6. 4. Неврология. Национальное руководство под ред. Е.И. Гусева.- М.:ГЭОТАР-Медицина, 2009. - 1035с.

Тема: Сосудистые заболевания нервной системы
.
План занятий -
1. Введение: сообщение о плане занятия, актуализация проблемы.
2. Сообщение обучающихся
3. Во время изложения материала отражаются современные взгляды на механизм развития острых и хронических нарушений мозгового кровообращения, представляется новая классификация, излагаются основные клинические синдромы, алгоритм физикальной, лабораторной, инструментальной диагностики и дифференциальной диагностики.
4. Разбор тематических ситуационных задач.
Перечень средств, используемых на занятии: Набор ситуационных задач. Мультимедийные презентации и рефераты, подготовленные учащимися по теме, ситуационные тематические задачи
Литература:
1. Журнальные статьи за последние пять лет.

2. Интернет ресурсы
3. Никифоров А.С., Коновалов А.Н., Гусев Е.И. Клиническая неврология. Т.1. 2. - М.; Медицина. 2002 -. 770 с.
4. Инсульт. Практическое руководство для ведения больных / Пер. с англ.; Под ред. А.А.Скоромца и В.А. Сорокоумова. – СПБ.: Политехника, 1998. – 629 с.
5. Виленский Б.С. Инсульт: профилактика, диагностика и лечение. – СПб: Медицина. 2004. – 288 с.
6. Кадыков А.С. Реабилитация после инсульта. – М.: Миклош. 2003.
7. Инсульт. Принципы диагностик, лечения и профилактики: краткое руководство для врачей / Под ред. Н.В. Верещагина и др. – М., 2002. – 206 с.
8. Шток В.Н. Фармакотерапия в неврологии. Практическое руководство. – М.: Медицина. 2000. – 280 с.
9. 7. Неврология. Национальное руководство под ред. Е.И. Гусева.- М.:ГЭОТАР-Медицина, 2009. - 1035с.
10. Реабилитация при заболеваниях сердца и сосудов/ С.М. Носков, В.А. Маргазин, А.Н. Шкребко и др. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010. - 640 с
11. Современные проблемы ревматологии: сб. ст. науч.-практ. конф. с междунар. участием. Вып. 4/ Ред. А.Н. Калягин, Ред. Л.В. Меньшикова; Иркут. гос. мед. ун-т (Иркутск), Иркут. гос. мед. акад. последипл. образования. - Иркутск, 2012. - 208 с

Тема: Вегетативная патология
План занятий:
1. Введение: сообщение о плане занятия, актуализация проблемы.
2. Сообщение обучающихся - Этиология, патогенез -Клиническая картина -Методы диагностики - Основные принципы лечения В - Показания и противопоказания для основных групп лекарственных препаратов
Перечень средств, используемых на занятии: Набор ситуационных задач. Мультимедийные презентации и рефераты, подготовленные учащимися по теме, ситуационные тематические задачи
Литература:
1. Журнальные статьи за последние пять лет.
2. Интернет ресурсы
3. Никифоров А.С., Коновалов А.Н., Гусев Е.И. Клиническая неврология. Т.1. 2. - М.; Медицина. 2002.
4. Вегетативные расстройства: клиника, диагностика, лечение./ Под. Ред. А.М. ВЕЙНА. – М.: МИА, 2000. – 752 с.
5. Неврология. Национальное руководство под ред. Е.И. Гусева.- М.:ГЭОТАР-Медицина, 2009. - 1035с.

Тема: Наследственные и дегенеративные заболевания нервной системы
План занятий:
1. Введение: сообщение о плане занятия, актуализация проблемы.
2. Сообщение обучающихся
3. разбирается этиология, патогенез, патоморфология, классификация, клиническая картина, основные клинические синдромы, генетическая диагностика
4. Приводятся данные лабораторных и инструментальных методов диагностики, критерии диагностики.
5. Разбираются вопросы дифференциального диагноза, основные принципы лечения, диспансеризации и вопросы медико-социальной экспертизы.

Перечень средств, используемых на занятии: Набор ситуационных задач. Мультимедийные презентации и рефераты, подготовленные учащимися по теме, ситуационные тематические задачи

Литература:

1. Журнальные статьи за последние пять лет.
2. Интернет ресурсы
3. Голубев В.Л., Левин Я.И., Вейн А.М. Болезнь Паркинсона и синдром паркинсонизма. М.: МЕДпресс, 1999. С. 416.
3. Левин О.С., Смоленцева И.Г. Немоторные проявления болезни Паркинсона. М., 2007. 19 с.
4. Левин О.С., Фёдорова Н.В. Болезнь Паркинсона. М., 2006, 256 с.
5. Холин А.В. Магнитно-резонансная томография при заболеваниях центральной нервной системы. – СПб.: Гиппократ, 1999. – 192с.
6. Шток В.Н., Иванова-Смоленская И.А., Левин О.С. и др. Экстрапирамидные расстройства. М.: МЕДпресс-информ, 2002. 606 с.
7. Неврология. Национальное руководство под ред. Е.И. Гусева.-
4. М.:ГЭОТАР-Медицина, 2009. - 1035с.

Методические рекомендации для обучающихся по освоению практических навыков

ЛЮМБАЛЬНАЯ ПУНКЦИЯ

Люмбальная пункция - введение иглы в подпаутинное пространство спинного мозга на уровне поясничного отдела позвоночника — чаще всего производится с диагностической целью для исследования состава СМЖ. В норме СМЖ совершенно прозрачна. Форменные элементы содержатся в крайне незначительном количестве — лимфоциты (0...3)х10 /л СМЖ; по данным некоторых авторов, цитоз до (5...6)х10 /л также должен считаться нормой. Концентрация белка равна 0,2—0,3 г/л. Известное диагностическое значение имеют и биохимические исследования СМЖ. Так, содержание сахара не превышает обычно 2,75 ммоль/л, т. е. в 2 раза меньше, чем в крови; концентрация хлоридов колеблется в пределах 169,2—225,6 ммоль/л и т. п. Большую ценность могут представить результаты бактериологического исследования СМЖ. Для бактериоскопического и бактериологического исследования СМЖ берут в стерильную пробирку с соблюдением правил асептики. При обнаружении менингококка, стрепто- или стафилококка или же при выявлении микобактерии туберкулеза микроскопия и посев СМЖ помогают выбрать рациональную терапию. Большое значение могут иметь и ряд положительных иммунных реакций, поставленных со СМЖ при сифилисе, брюшном и сыпном тифе, бруцеллезе или других инфекционных заболеваниях.

Для люмбальной пункции необходимо иметь под рукой 5% спиртовой раствор йода, спирт, коллодий, 0,5% раствор новокаина, шприцы на 5 мл и 10 мл, тонкие иглы к шприцам, иглы для люмбальной пункции Тюфье или Бира. Лучше пользоваться гибкими, неломающимися и нержавеющими иридиево-платиновыми иглами. Необходимы также водяной манометр для определения давления СМЖ, стерильные пробирки в штативе, вата и салфетки. Шприц и иглы должны быть хорошо подогнаны и простерилизованы. Предварительно надо проверить, чтобы из иглы для люмбальной пункции свободно вынимался мандрен и его срез точно совпадал со срезом иглы.

Техника выполнения спинномозговой (люмбальной) пункции

Один из помощников удерживает больного в таком положении в момент пункции. Важно, чтобы спина пациента находилась строго во фронтальной плоскости, а остистые отростки позвонков — в сагиттальной плоскости. Если пункция производится в положении сидя, то больного усаживают на табуретку или поперек узкого стола спиной к

его краю и свесив ноги. Мышцы пациента должны быть расслаблены, спина выгнута кзади, а голова наклонена вперед. Для сохранения равновесия больной опирается локтями о бедра или кладет руки на спинку стоящего впереди стула. В этом положении пациента удерживает помощник.

Пальпацией определяют верхние края подвздошных костей и соединяют их линией, перпендикулярной позвоночнику, намечают место пункции. Оно соответствует промежутку между стистыми отростками III и IV поясничных позвонков. Пункцию можно производить и на один промежуток выше или ниже этого уровня. Ориентиры намечают на коже спиртовым раствором йода.

Место, намеченное для пункции, широко обрабатывают спиртовым раствором йода и спиртом. Местное обезболивание производят 0,5% раствором новокаина. Вначале при внутрикожном введении образуют «лимонную корочку», а затем вводят 5—6 мл раствора по ходу будущего прокола на глубину 3—4 см. Приступая к проколу, предупреждают больного и помощника, чтобы во время пункции пациент не двигался.

Врач берет иглу правой рукой, как писчее перо, между II и III пальцами, упираясь I пальцем в головку мандрена, ставит палец левой руки так, чтобы он приходился у самого места намечаемого прокола, чуть ниже остистого отростка.

Направление иглы должно быть по средней линии строго сагиттально; у детей — перпендикулярное к линии позвоночника, а у взрослых — слегка под углом, открытым в каудальном направлении.

Вкалывают иглу осторожно, но с достаточной силой, чтобы проколоть кожу и подкожную клетчатку. Затем иглу продвигают медленно и плавно, прокалывая межостистую связку, желтую связку, твердую и паутинную оболочки. На пути к субарахноидальному пространству производящий пункцию все время чувствует умеренное сопротивление продвижению иглы, оказываемое тканями. В момент проникновения иглы в субарахноидальное пространство ясно воспринимается новое ощущение: нет прежнего сопротивления тканей, игла после легкого «щелчка» вдруг как бы «проваливается». Когда отверстие иглы, по расчету, находится в просвете дурального мешка, врач, придерживая левой рукой павильон иглы, правой извлекает мандрен (обычно неполностью), и тогда в просвете иглы показывается капля СМЖ.

Давление СМЖ измеряют при помощи манометра в виде стеклянной трубки диаметром 1—1,5 мм, которую соединяют посредством резиновой трубки и канюли с иглой. СМЖ заполняет трубку манометра.

По нанесенным на нее делениям отсчитывают давление СМЖ в миллиметрах водяного столба. По нашим наблюдениям, в норме давление СМЖ при люм-бальной пункции колеблется в пределах 100—200 мм вод. ст., если его измеряют в положении лежа, и 200—300 мм вод. ст.— в положении сидя. Ориентировочно определяют давление СМЖ по скорости ее вытекания из иглы (в норме 60—70 кап/мин). Однако такой метод не является точным. Проходимость подпаутинного пространства проверяют с помощью специальных приемов.

Ликвородинамические пробы. Проба Квекенштедта и Пуссепа

Частичное или полное нарушение проходимости субарахноидального пространства (ликворная блокада) является важным признаком некоторых заболеваний нервной системы. Наиболее часто его вызывают опухоли, исходящие из оболочек, корешков и вещества спинного мозга, кисты, арахноидиты, выпадение межпозвоночного диска и другие так называемые объемные или отграничивающие процессы. В результате этого суживается или полностью закупоривается субарахноидальное пространство на уровне объемного процесса, а СМЖ, находящаяся ниже этого уровня, изолируется от жидкости, находящейся выше него. Тесная взаимозависимость венозного и ликворного давлений позволяет обнаружить ликворную блокаду с помощью специальных приемов, приводящих к временному увеличению венозного давления и сопряженному с ним нарастанию давления СМЖ.

К этим приемам относятся ликвородинамические пробы Квекенштедта и Пуссепа, искусственно вызывающие повышение внутричерепного давления, и проба Стуккея, повышающая внутрипозвоночное давление.

Проба Квекенштедта (проба со сдавлением шейных вен). Предварительно производят люмбальную пункцию, к пункционной игле присоединяют манометр и измеряют ликворное давление. Затем охватывают II и I пальцами правой и левой руки нижнюю часть шеи и сдавливают шейные вены в течение 5 с (не дольше 10 с). О достаточном сдавлении вен свидетельствует набухание лицевых и височных вен и покраснение кожи лица с цианотичным оттенком. Венозное полнокровие головного мозга приводит к повышению внутричерепного давления и увеличению первоначального уровня давления СМЖ. В результате высота столба жидкости в манометрической трубке повышается примерно в 2—3 раза по сравнению с начальной. Как только сдавление вен прекращено, столб жидкости вновь опускается до исходного уровня. Наличие двух фаз (быстрого и значительного повышения и последующего быстрого понижения давления СМЖ) указывает на хорошую проходимость ликворного пространства. При полной блокаде субарахноидального пространства проба Квекенштедта не приводит к подъему столба жидкости в манометре, а при частичной блокаде — лишь к некоторому его увеличению.

Проба Пуссепа. Голову больного пригибают к грудине, что приводит к частичному сдавливанию шейных вен и увеличению напряжения мозговых оболочек. Этот прием вызывает небольшое увеличение ликворного давления, примерно на 30—50 мм вод. ст. Возвращение головы в исходное положение сопровождается снижением высоты столба жидкости в трубке по прежнего уровня. С помощью пробы Пуссепа, так же как и при пробе Квекенштедта, искусственно повышают внутричерепное давление и проверяют проходимость субарахноидального пространства.

Проба Стуккея. Нормальное давление ликвора

В отличие от двух описанных ранее, при этой пробе искусственно увеличивают внутрипозвоночное давление. На уровне пупка кулаком или ладонью надавливают на живот в течение 20—25 с. Сдавливание брюшной полости ведет к сдавливанию брюшных вен и застою в венозной системе внутри позвоночного канала. В результате ликворное давление в субарахноидальном пространстве спинного мозга повышается и уровень жидкости в манометре несколько поднимается (примерно в 1,5 раза). Если выше того места, где произведена люмбальная пункция, имеется блокада субарахноидального пространства, то при пробе Стуккея происходит нарастание ликворного давления, в то время как при пробах Квекенштедта и Пуссепа этого не наблюдается. С.Г. Зограбян (1955), оценивая диагностическое значение пробы Стуккея, полагает, что если надавливание на надчревную или иную область живота не сопровождается подъемом столба жидкости в трубке, то это говорит о блокаде в нижнегрудном и поясничном отделах спинного мозга. При блокаде в находящихся выше отделах ликворного пространства и пробе Стуккея, по мнению С.Г.Зограбяна, наблюдается нормальный или почти нормальный подъем и спуск уровня жидкости в трубке. И.Я.Раздольский (1958) подчеркивал, что в противоположность пробе со сдавлением шейных вен проба со сдавлением брюшных вен (проба Стуккея) дает ускорение вытекания СМЖ и при блокаде субарахноидального пространства. Он указывал также, что для выявления субарахноидальной блокады следует обращать внимание на начальное (исходное) давление СМЖ, на скорость поднятия и опускания столба жидкости под влиянием искусственно вызываемого повышения внутричерепного или внутрипозвоночного давления, а также на конечное давление после выпускания определенного количества СМЖ. Для наиболее полного учета этих данных И.Я.Раздольский предложил графическую регистрацию ликвородинамических проб. При свободной проходимости субарахноидального пространства повышение ликворного давления при пробе Квекенштедта происходит быстро, в течение 1—2 с, и также быстро оно снижается до

исходных величин. При частичной блокаде повышение уровня давления происходит медленнее, оно не достигает высоких показателей и падает также медленно, останавливаясь на более высоком, чем до сдавления шейных или брюшных вен, уровне. При полной механической блокаде субарахноидального пространства уровень СМЖ во время пробы Квекенштедта вовсе не повышается, поднимаясь лишь при пробе Стуккея. Иногда для выявления блокады спинального пространства применяют пробу Нонне, не создавая искусственного повышения ликворного давления. Вначале измеряют исходное давление СМЖ, затем выпускают 7—10 мл СМЖ и вновь измеряют «остаточное», или «конечное», давление. При полной блокаде выше места пункции конечное давление резко падает, а при отсутствии блокады выпускание такого количества жидкости вовсе или почти не отражается на давлении. Разумеется, что приведенные здесь величины имеют относительное значение и дают только самое общее представление о соотношение величин давления при различных ликвородинамических пробах. Однако в сочетании с клиническими и другими методами диагностики они приобретают большую ценность.

Ошибки и осложнения спинномозговой пункции. Противопоказания к люмбальной пункции

Для лабораторных исследований СМЖ удаляют медленно, под мандреном, в объеме 2—3 мл, а в некоторых случаях — до 5—8 мл. Если пункцию производят с терапевтической целью (при менингитах, при повышенном внутричерепном давлении), то объем удаляемой жидкости может быть увеличен до 30—40 мл. Однако при этом необходимо контролировать снижение ликворного давления, не допуская возникновения гипотензии. Опасно допускать быстрое истечение жидкости в виде струи, как это бывает при патологически повышенном ликворном давлении. Также опасно производить извлечение СМЖ с помощью шприца. В обоих случаях возникает резкое снижение давления в подпаутинном пространстве спинного мозга. Это может в некоторых случаях привести к возникновению грозного осложнения — дислокации стволового отдела головного мозга с нарушением дыхания и сердечно-сосудистой деятельности. По окончании люмбальной пункции иглу быстро извлекают, место прокола смазывают спиртовым раствором йода и закрывают кусочком стерильной ваты, смоченной коллодием. Больного перевозят в палату и укладывают в постель. В течение первых 2—3 ч после пункции больному рекомендуется лежать на животе без подушки. После этого он может поворачиваться и принимать пищу. Не разрешается приподниматься, садиться, а тем более вставать в течение последующих суток. Безусловно, не рекомендуется производить поясничный прокол в амбулаторных условиях.

При люмбальной пункции могут встретиться технические затруднения и изредка — осложнения. Иногда игла на глубине 2—3 см упирается в кость. При этом надо ее слегка вывести, оставив острие в подкожной клетчатке, а затем, несколько изменив направление иглы, обратив острие немного кверху (к голове больного), вновь произвести прокол. Если это не помогает, то надо извлечь иглу и вновь ввести ее в том же или в другом межостном промежутке. Бывает, что игла проникла в субарахноидальное пространство, но жидкость не вытекает. При этом необходимо, не трогая иглы, снова ввести и опять извлечь мандрен. Если это не помогает, то поворачивают иглу вокруг своей оси, продвигают ее осторожно еще на несколько миллиметров вперед или, наоборот, немного извлекают ее. Осторожное извлечение или продвижение иглы на незначительную глубину позволяет точнее установить срез иглы в просвете канала. При отрицательных результатах всех этих манипуляций надо извлечь иглу, проверить, не закупорился ли просвет ее кусочком ткани или сгустком крови. Если игла «забита», то ее надо заменить и произвести пункцию повторно. Появление при пункции в просвете иглы чистой крови свидетельствует о том, что игла попала в венозное сплетение позвоночного канала. В таких случаях иглу надо извлечь и сделать прокол в другом месте или прекратить пункцию.

Если из иглы вытекает СМЖ, смешанная с кровью, то следует несколько выждать, пока жидкость не станет более или менее прозрачной. Нередко бывает трудно отличить,

является ли примесь крови «артифициальной», т. е. результатом технически неудачно осуществленной пункции, или же примесь крови является следствием субарахноидального кровоизлияния. В момент проникновения иглы в канал больной иногда ощущает кратковременную острую боль вследствие соприкосновения иглы со спинальным корешком. В этом случае больного необходимо успокоить, так как серьезных повреждений при этом не возникает. Некоторые больные в течение нескольких дней после пункции ощущают головные боли, поташнивание. Иногда бывают тошнота, общая слабость, небольшая ригидность затылочных мышц, некоторое повышение температуры тела. Это симптомокомплекс «менингизма», свидетельствующий о раздражении мозговых оболочек. Постпункционный менингизм бывает крайне редко, если люмбальная пункция осуществлена правильно и больной соблюдает назначенный после пункции режим. Для уменьшения явлений менингизма показаны внутривенные введения гипертонического раствора, раствора глюкозы, назначение болеутоляющих средств. Соблюдение правил асептики и технически грамотное осуществление люмбальной пункции исключают возможность занесения инфекции и развития менингита.

Абсолютным противопоказанием к люмбальной пункции является объемный процесс в области задней черепной ямки (опухоль, абсцесс, гематома и др.). Удаление в этих случаях даже небольшого количества СМЖ путем люмбальной пункции как бы «вышибает подставку» в виде ликворного столба, «подпиравшего» снизу образование в задней черепной ямке. Вследствие этого происходит смещение отделов мозга — развивается его дислокация. На первых этапах дислокация протекает скрыто, и только затем, когда происходит ущемление ствола мозга на уровне тенториального отверстия, а продолговатый мозг и миндалины мозжечка вклиниваются в большое затылочное отверстие, происходит бурное и стремительное развитие дислокационного синдрома, угрожающее летальным исходом. В этом случае показана срочная разгрузочная вентрикулярная пункция (см. ниже). Необходимо помнить, что дислокация головного мозга может возникнуть также, если люмбальная пункция с эвакуацией СМЖ произведена при наличии патологического объемного процесса в области височной доли. Естественно, что люмбальная пункция не показана и во всех тех случаях, когда клинически уже имеются проявления дислокации головного мозга, а локализация и характер патологического процесса неизвестны.

Относительными противопоказаниями к люмбальной пункции могут считаться выраженные явления атеросклероза сосудов головного мозга, сопровождающиеся значительным повышением артериального давления.

МИЕЛОГРАФИЯ. ПНЕВМОЭНЦЕФАЛОГРАФИЯ

При применении этого метода обычно используют «позитивные» контрастирующие вещества. В 60—70-х годах прошлого столетия для миелографии применяли масляные растворы соединений йода (липиодол, майодил). В настоящее время эти препараты для миелографии не используют. Они плохо рассасываются. Например, липиодол рассасывается со скоростью примерно 1 мл в год, а вводили его для исследования около 10 мл. Опыт показывает, что при длительном нахождении масляных растворов контрастирующих веществ в дуральном мешке могут образовываться олеогранулемы, в значительной степени страдают корешки, оболочки и сам спинной мозг (липиодоловый радикулит, арахноидит, сдавление спинного мозга). При случайном попадании масляных контрастирующих растворов в цистерны и желудочки мозга возникают сильные головные боли, судороги, а иногда и шокоподобные состояния.

Последующие этапы применения миелографии в середине 70-х годов ознаменовались применением водорастворимых контрастирующих веществ типа абродила или пантопака. Эти препараты выгодно отличались от рассмотренных выше майодила или липиодола, однако тоже не были свободны от недостатков (аллергические реакции,

несовместимость с некоторыми лекарственными препаратами, возможность эмболии легких и т. п.) В настоящее время для позитивной миелографии используют водорастворимые йодсодержащие контрастирующие средства типа амипака, омнипака или димер-Х. Эти вещества практически не вызывают осложнений (за исключением случаев индивидуальной непереносимости) и очень быстро растворяются в СМЖ, не оставляя последствий. Введение в субарахноидальное пространство контрастирующих препаратов часто бывает необходимым для диагностики опухолей и грыж межпозвоночных дисков и зачастую дает не меньше полезной для врача информации, чем рентгеновская компьютерная или магнитно-резонансная томография.

Пневмоэнцефалография — метод лучевой диагностики, позволяющий получить изображение полостей и пространств головного мозга, содержащих СМЖ, путем искусственного контрастирования их газом, введенным посредством люмбальной или субокципитальной пункции. Чаще для пневмоэнцефалографии используют воздух и реже — кислород. Воздух, вводимый обычно при поясничном проколе при положении больного сидя, распространяется вверх, заполняет субарахноидальное пространство и проникает в желудочки головного мозга. Через апертуры газ проникает в IV желудочек, оттуда по водопроводу в III желудочек и через межжелудочковые отверстия — в боковые желудочки. Ликворосодержащие пространства головного мозга, заполненные газом

(воздухом
или
кислородом),
хорошо
различимы
на
рентгенограммах.

Пневмоэнцефалограммы позволяют судить о расположении желудочков мозга, их конфигурации и величине, а также дают представление о заполняемости наружного субарахноидального пространства и базальных цистерн. Правильная трактовка полученных пневмоэнцефалограмм возможна лишь при знании нормальных соотношений ликворных пространств с целым рядом образований мозга.

В неврологической практике пневмоэнцефалография показана при последствиях травм, воспалительных заболеваний головного мозга и его оболочек. Она помогает диагностировать атрофические, сморщивающие и рубцующие процессы в головном мозге и слипчивые процессы в мозговых оболочках. Менее широко пневмоэнцефалография применяется для выявления интракраниального объемного процесса. Это объясняется тем, что при выявлении опухоли головного мозга, абсцесса или гематомы необходимо проведение неотложного оперативного вмешательства в течение ближайших часов после пневмоэнцефалографии. В противном случае начавшиеся после этой диагностической процедуры дислокационные явления при наличии объемного процесса в полости черепа будут неуклонно прогрессировать и могут привести к смерти больного. Вот почему невролог, оценивая показания к пневмоэнцефалографии у больного с подозрением на объемный процесс в области больших полушарий мозга, должен отдать предпочтение сложным методам лучевой диагностики (КТ, МРТ), а также предусмотреть возможность проведения оперативного вмешательства по поводу выявленного патологического процесса.

Противопоказания к пневмоэнцефалографии. Абсолютным противопоказанием для обычной пневмоэнцефалографии во всех случаях является наличие объемного процесса в области задней черепной ямки, так как дислокация с ущемлением ствола и продолговатого мозга может развиться уже после эвакуации нескольких миллилитров СМЖ.

Техника. Все необходимое для проведения пневмоэнцефалографии готовят заранее. На специальном столике должны находиться, кроме пункционных игл, шприцев на 10 и 20 мл, простерилизованный шприц на 2 мл для инъекций средств, поддерживающих дыхание и сердечную деятельность, прибор для измерения давления СМЖ, раствор новокаина для анестезии, стерильный перевязочный материал, 3—5% спиртовой раствор йода, спирт, коллодий. Из медикаментов — 5% водный раствор аммиака, ампулы с кофеином, камфорой, лобелином. Под рукой должна находиться наполненная кислородом подушка. При подготовке больного к пневмоэнцефалографии накануне рекомендуется сделать очистительную клизму, на ночь назначить снотворные. Утром больного не кормят и, в зависимости от его общего состояния (эмоциональная напряженность, чрезмерные вегетативные реакции, артериальная гипотония), за полчаса до процедуры вводят внутримышечно 1—2 мл 2,5% раствора аминазина или 1—2 мл 2% раствора димедрола, либо подкожно 1 мл 10% раствора кофеина, 1—2 мл 2% раствора промедола. Можно использовать препараты типа реглана и дипидолора. Всегда необходима психологическая подготовка больного к предстоящей процедуре с разъяснением ее особенностей, ожидаемых ощущений и инструкция о поведении больного во время ее выполнения. Особенности методики обычной пневмоэнцефалографии состоят в том, чтобы порциями производить замену удаляемой СМЖ воздухом и так изменять положение головы и шеи больного при этом, чтобы обеспечить проникновение газа в желудочковую систему и подпаутинное пространство головного мозга. Крайне желательно контролировать рентгенологически проникновение газа интракраниально уже после введения его первой порции, не извлекая пункционной иглы. Вот почему пневмоэнцефалографию следует проводить в рентгеновском кабинете. Желательно также иметь приспособления для опоры тела больного и фиксации его головы при пневмоэнцефалографии. Больного усаживают на винтовой стул у вертикально поставленного рентгеновского стола, на котором и смонтированы приспособления. Ноги пациента помещают на подставку, которой служит полка универсального штатива, а подбородок опирается на специальную подставку — подбородник. Если приспособления отсутствуют, то голову и руки больного помещают на высокий столик так, чтобы спина больного была слегка согнута. Один из помощников врача все время находится у больного, осуществляя контроль за переносимостью пациентом процедуры, а также поддерживая его сбоку, фиксируя туловище и голову в определенном положении. Врач, производящий пневмоэнцефалографию, располагается сзади больного на низком табурете. Под местной анестезией производят люмбальную пункцию и после измерения исходного ликворного давления медленно, каплями (с полуизвлеченным из иглы мандреном) удаляют 2—3 мл СМЖ, которые направляют на анализ. Затем с помощью шприца на 10 мл больному вводят 5—6 мл воздуха (или кислорода, предварительно взятого через иглу, введенную в шланг кислородной подушки). Воздух набирают в шприц через несколько слоев стерильной марли. Очень важно, чтобы измерение давления СМЖ и замена первых нескольких миллилитров ее газом производились очень медленно и осторожно, чтобы избежать резких перепадов внутричерепного давления. Скорость введения (5 мл/мин) контролируют с помощью часов. Желательно заменять СМЖ небольшими порциями газа (5—10 мл) и тщательно следить при этом, чтобы количество введенного газа не оказалось меньше количества выведенной СМЖ. Поэтому, учитывая возможность утечки газа через зазор между поршнем и стенками шприца, а также в месте соединения шприца с

павильоном пункционной иглы, рекомендуется вводить большее количество газа, чем удалено в измерительную мензурку СМЖ (соотношение выведенной СМЖ и введенного газа приблизительно 1:2). После введения очередной порции газа следует выждать не менее 1 мин, не вынимая канюли шприца из павильона иглы, чтобы газ, поднимающийся по подпаутинному пространству спинного мозга, успел распространиться вверх и проникнуть в большую затылочную цистерну. После введения первых 10—15 мл газа необходимо сделать контрольную рентгенограмму черепа в передней проекции (в положении больного сидя), чтобы судить о проходимости ликворной системы, отсутствии или наличии смещения желудочков мозга в сторону от средней линии и, в зависимости от этого, решать вопрос о том, как дальше проводить пневмоэнцефалографию у данного пациента. Если на контрольной рентгенограмме (рентгенограммах) обнаруживают смещение желудочков, что указывает на наличие объемного процесса супратенториальной локализации (опухоль, абсцесс, гематома), то выведение СМЖ обычно прекращают из-за опасности возникновения дислокационных явлений и развития ущемления ствола головного мозга. Вопрос о необходимости дополнительного введения газа решают в зависимости от состояния больного и степени контрастирования желудочковой системы, необходимой для постановки точного топического диагноза. Если же контрольная рентгенограмма свидетельствует о хорошей проходимости ликворных путей и отсутствии смещения желудочков, то продолжают замену извлекаемой СМЖ газом. Для успешного проведения пневмоэнцефалографии существенное значение имеет положение головы и шеи больного в период проведения процедуры. В начале введения газа рекомендуют слегка наклонить голову больного вперед, чтобы увеличить объем большой затылочной цистерны.

МИНИСТЕРСТВО НАУКИ И ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
ФГБОУ ВО «Чеченский государственный университет
имени Ахмата Абдулхамидовича Кадырова»
Медицинский институт
Кафедра госпитальной терапии

Методические указания

к практическим занятиям по дисциплине

«ГОСПИТАЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ, ЭНДОКРИНОЛОГИЯ»

Направление подготовки	ЛЕЧЕБНОЕ ДЕЛО
Код направления подготовки	31.05.01
Квалификация выпускника	Специалист
Форма обучения	Очная
Код дисциплины	Б1.0.39

Грозный

2025 г.

Сайдуллаева М.Г. Методические указания к практическим занятиям по дисциплине «Госпитальная терапия, эндокринология» [Текст] / Сост. М.Г.Сайдуллаева – Грозный: ФГБОУ ВО «Чеченский государственный университет имени А.А.Кадырова», 2024 г. - 43 с.

Методические указания к практическим занятиям по дисциплине «Госпитальная терапия, эндокринология» рассмотрены на заседании кафедры госпитальной терапии, рекомендованы к использованию в учебном процессе (протокол №9 от 16.05.2025г.), составлены в соответствии с требованиями ФГОС ВО по специальности 31.05.01 Лечебное дело", квалификации (степень) – специалист, утвержденного Приказом Министерства образования и науки РФ от 12.08.2020 N 988, редакция с изменениями N 1456 от 26.11.2020 с учетом учебного плана по данному направлению подготовки, одобренного Ученым советом ФГБОУ ВО «Чеченский государственный университет имени А.А.Кадырова»

© М.Г.Сайдуллаева, 2024 г.

© ФГБОУ ВО «Чеченский государственный университет имени А.А.Кадырова», 2024 г.

Занятие № 1

Тема: Ревматизм (Rheumatismus).

Цель занятия:
Научить студентов обосновывать диагноз заболевания у курируемого больного. Провести дифференциальный диагноз с другими заболеваниями. Знать подходы к лечению. Определить прогноз заболевания с учетом характера и тяжести течения.

Вопросы, рассматриваемые на занятии:
Определение изучаемой нозологии. Этиология. Роль В-гемолитического стрептококка (клинические, серологические и эпидемиологические доказательства). Патогенез ревматизма. Морфология различных стадий. Классификация. Клиническая картина основных проявлений ревматизма:

полиартрит, ревмокардит (первичный и возвратный), перикардит, хорея, кожные проявления. Клинико-лабораторные критерии активности ревматизма. Варианты течения. Дифференциальный диагноз (неревматический миокардит, миокардиодистрофии, кардиомиопатии). Лечение ревматизма. Профилактика.

План *проведения занятия:*
1. Проверка подготовки к занятию - ответы на контрольные вопросы.
2. Разбор с демонстрацией больного с ревматизмом.
3. Самостоятельная работа студентов.
4. Разбор курируемых больных.

Самостоятельная работа:
На основании знаний причин и механизма развития ревматизма, характера изменений в различных системах и органах, с помощью данных дополнительного обследования:

диагносцировать ревматизм; определить возможный механизм его возникновения, определить характер поражения органов и систем; определить степень активности и характер течения заболевания; назначить адекватную терапию; определить прогноз и исход заболевания.

Контрольные вопросы:
1. Как формулируется нозологическое определение ревматизма?
2. Какая принята классификация ревматизма?
3. Что является этиологическим фактором ревматизма?
4. Как представить основные патогенетические механизмы возникновения ревматизма?
5. Что рассматривается в качестве диагностических критериев ревматизма?
6. Какие клинические особенности ревматического полиартрита выделяют?
7. Чем характеризуется ревмокардит?
8. Каковы особенности формирования ревматических пороков сердца?
9. Что приводит к прогрессированию порока сердца при ревматизме?
10. Что отличает ревматический миокардит от других поражений **сердца** (кардиомиопатии, неревматических миокардитов)?
11. Какие наиболее частые осложнения ревматизма известны?
12. Как определяется активность ревматизма?
13. Что входит в принципиальную схему лечения ревматизма?
14. Как осуществляется первичная профилактика ревматизма?
15. В чем заключается вторичная профилактика ревматизма?

Литература:

1. Внутренние болезни /Под ред. Ф.И. Комарова; В.Г. Кукеса, А.С. Сметнева. -М.: Медицина, 1990.
2. Внутренние болезни /Под ред. А.В. Сумарокова в 2-х т. - М.; Медицина, 1993.
3. Маколкин В.И., Овчаренко С.И. Внутренние болезни. - М.: Медицина, 1989.
4. Мурашко В.В., Струтынский А.В., Электрокардиография. - М • Медицина 1991.
5. Диагностика и лечение внутренних болезней (Руководство для врачей в 3 т). Под ред. Ф.И. Комарова. - М.: Медицина, 1991 - 92.
6. Виноградов А.В. Дифференциальный диагноз внутренних болезней. - **М.:**

Медицина, 1987.

7. Хеглин Р. Дифференциальная диагностика внутренних органов. - Пер с нем. М.: Медицина,1993.
8. Болезни сердца и сосудов / Руководство для врачей в 4 - х т. Под ред. Е.И. Чазова. - М.: Медицина, 1992 - 93.
9. Сумароков А.В., Моисеев В.С. Клиническая кардиология. - М.: Медицина 1986.
10. Насонова В.А., Астапенко М.Г. Клиническая ревматология, - М.: Медицина 1990.

Занятие № 2

Тема; Митральные пороки сердца: Недостаточность митрального клапана

(Insufficientia valvule mitralis). Стеноз митрального клапана (stenosis ostii venosi sinistri)

Цель *занятия:*

1. Научить студента составить план обследования больного, у которых имеется (или предполагается) митральный порок сердца.
2. На основе знания основных причин ведущих к развитию порока, аускультативных критериев, данных ЭКГ, Эхо-КГ уметь поставить и обосновать диагноз.

Вопросы, рассматриваемые на занятии:

Недостаточность митрального клапана. Этиология. Патогенез. Гемодинамические нарушения. Клиническая картина. Стадии и течение митральной недостаточности. Диагноз. Прогноз. Лечение. Трудоустройство.

Митральный стеноз. Этиология. Патогенез гемодинамических расстройств. Клиническая картина. Стадии течения митрального стеноза. Значение инструментальных данных в диагнозе. Дифференциальная диагностика шумов в области сердца. Причины декомпенсации. Осложнения. Прогноз. Лечение. Показания к оперативному лечению. Оказание помощи при неотложных состояниях: пароксизмальные нарушения ритма, сердечная астма, отек легких. Комбинированный митральный порок сердца. Выявление преобладания стеноза или недостаточности.

План проведения занятия:

1. Проверка подготовки к занятию - ответы на контрольные вопросы.
2. Демонстрация больного с пороком сердца.
3. Самостоятельная работа студентов.
4. Разбор курируемых больных.

Самостоятельная работа:

Используя знания, приобретенные на предыдущих **курсах, а также** данные, полученные при опросе больного, объективном исследовании интерпретации результатов ЭКГ, Эхо-

КГ, правильно диагносцировать митральные пороки сердца и их осложнения.Определить показания к госпитализации больного и к проведению оперативного лечения.

Контрольные вопросы:

1. Как определить понятие «приобретенные пороки сердца»?
2. Что понимают под клапанной недостаточностью?
3. Что такое относительная недостаточность?
4. Что такое пролапс митрального клапана?
5. Что такое комбинированные пороки сердца?
6. Каковы причины митрального стеноза и митральной недостаточности?
7. Какие жалобы характерны для пациента с митральным пороком?
8. Какие симптомы выявляются при объективном обследовании пациента с митральной недостаточностью?
9. Какие особенности могут иметь место в аускультативной картине митрального стеноза и митральной недостаточности?
10. Чем характеризуется картина пролапса митрального клапана?
11. Какие дополнительные исследования применяются для подтверждения диагноза порока сердца?
12. В чем состоят основные принципы лечения пороков сердца? Лечебная тактика при неотложных состояниях.
13. Каков прогноз при митральных пороках сердца?
14. Чем определяются показания и противопоказания к хирургическому лечению?

Литература:

1. Внутренние болезни /Под ред. Ф.И. Комарова; В.Г. Кукеса, А.С. Сметнева. -М.: Медицина,1990.
2. Внутренние болезни /Под ред. А.В. Сумарокова в 2-х т. - М.: Медицина, 1993.
3. Маколкин В.И., Овчаренко С.И. Внутренние болезни. - М.: Медицина, 1989.
4. Мурашко В.В., Струтынский А.В. Электрокардиография. - М.: Медицина, 1991.
5. Диагностика и лечение внутренних болезней (Руководство для врачей в 3 т). Под ред. Ф.И. Комарова. - М.: Медицина, 1991 - 92.
6. Виноградов А.В. Дифференциальный диагноз внутренних болезней. - М.: Медицина, 1987.
7. Хеглин Р. Дифференциальная диагностика внутренних органов. - Пер с нем. М.: Медицина, 1993.
8. Болезни сердца и сосудов / Руководство для врачей в 4-х т. Под ред. Е.И. Чазова. -М.: Медицина, 1992 - 93.
9. Сумароков А.В., Моисеев В.С. Клиническая кардиология. - М.: Медицина, 1986.
10. Насонова В.А., Астапенко М.Г. Клиническая ревматология, - М.: Медицина, 1990.

Занятие № 3

Тема: **Аортальные пороки:** Аортальная недостаточность (Insufficientia valvule aortae). Аортальный стеноз (Stenosis ostii aortae).

Цель занятия:

Научить студента оценивать основные диагностические критерии аортальных пороков. Уметь определять отличия органического поражения сердца от функциональных изменений. Определять тактику ведения больного с аортальными пороками.

Вопросы, рассматриваемые на занятии:

Недостаточность аортального клапана и стеноз устья аорты. Этиология. Патогенез гемодинамических расстройств. Клиническая картина. Инструментальные методы исследования. Течение. Дифференциальная диагностика шумов в области сердца.

Осложнения. Прогноз. Возможности оперативного лечения.

План проведения занятия:

1. Проверка подготовки к занятию - ответы на контрольные вопросы.
2. Разбор с демонстрацией больного с **пороком сердца.**
3. Самостоятельная работа студентов.
4. Разбор курируемых больных.

Самостоятельная работа:

1. На основе знаний основных причин, ведущих к развитию порока, основных звеньев патогенеза, аускультативных критериев и инструментальных данных студент должен самостоятельно поставить и обосновать диагноз аортального порока, определить прогноз и тактику ведения больного.
2. Самостоятельная работа предусматривает решение клинических задач с формулировкой диагноза, составлением плана лечения и обследования.

Контрольные вопросы:

1. Каковы причины аортальной недостаточности?
2. Что можно сказать о клинической картине аортальной недостаточности?
3. В чем заключаются причины аортального стеноза?
4. Какова клиническая картина аортального стеноза?
5. Как проявляется аускультативная картина комбинированного аортального порока?
6. Дифференциальная диагностика органических и функциональных шумов в области сердца.
7. Какие дополнительные исследования применяются для подтверждения диагноза порока сердца?
8. В чем состоят основные принципы лечения больных с пороком сердца?
9. В чем состоит профилактика пороков сердца?

Литература:

1. Внутренние болезни /Под ред. Ф.И. Комарова; В.Г. Кукеса, А.С. Сметнева. - М.: Медицина, 1990.
2. Внутренние болезни /Под ред. А.В. Сумарокова в 2-х т. - М.: Медицина, 1993.
3. Маколкин В.И., Овчаренко С.И. Внутренние болезни. - М.: Медицина, 1989.
4. Мурашко В.В., Струтынский А.В., Электрокардиография. - М.: Медицина, 1991. .
5. Диагностика и лечение внутренних болезней (Руководство для врачей в 3 т). Под ред. Ф.И. Комарова. - М.: Медицина, 1991 - 92.
6. Виноградов А.В. Дифференциальный диагноз внутренних болезней. - М.; Медицина,1987.
7. Хеглин Р. Дифференциальная диагностика внутренних органов. - Пер с нем, М.: Медицина, 1993.
8. Болезни сердца и сосудов / Руководство для врачей в 4 - х т. Под ред. Е.И. Чазова. - М.: Медицина, 1992 - 93.
9. Сумароков А.В., Моисеев В.С. Клиническая кардиология. - М.: Медицина, 1986.
10. Насонова В.А., Астапенко М.Г. Клиническая ревматология, - М.: Медицина, 1990.

Занятие № 4

Тема: *Инфекционный эндокардит. (Enndocarditis septica lenta)*

Цель занятия:

Приобрести теоретические знания и освоить практические умения для диагностики и лечения инфекционного эндокардита (ИЭ).

Вопросы, рассматриваемые на занятии

1. Значение реактивности организма и особенностей возбудителя в возникновении ИЭ.
2. Пути инфицирования эндокарда.
3. Классификация ИЭ.
4. Клинические синдромы при ИЭ
- инфекционно-токсический,
- кардиальный,
- иммунный
- тромбозмболический
5. Диагностика и дифференциальная диагностика ИЭ.
6. Критерии диагноза ИЭ
7. Лечение и контроль его эффективности.
8. Профилактика обострений.
9. Неотложные состояния при ИЭ. ***План проведения занятия:***

1. Контроль подготовки к занятию.
2. Клинический разбор больного
   - доклад куратора по утвержденной кафедрой схеме,
   - обследование больного,
   - обоснование диагноза и обсуждение лечения.
3. Самостоятельная работа студентов: курация больных в палатах, анализ методов лабораторного и инструментального обследования, решение клинических задач.
4. Проверка усвоения темы по контрольным вопросам.

Контрольные вопросы:

1. Указать, какие возбудители наиболее часто вызывают ИЭ
2. Какие факторы способствуют развитию ИЭ?
3. Особенности клапанных поражений у наркоманов.
4. Отличия острого и подострого течения ИЭ
5. Как при ИЭ клинически проявляются иммунологические нарушения?
6. Какие лабораторные исследования надо назначить при подозрении **на ИЭ?**
7. ЭХО-КГ - характеристика клапанных поражений при ИЭ.
8. Верификация диагноза,
9. Схема антибиотикотерапии при неустановленном возбудителе.

Литература:

1. Внутренние болезни под ред. Ф.И.Комарова, 1990 г.
2. Внутренние болезни под ред. А.В.Сумарокова в **2-х** томах М., Медицина 1993г.
3. Лечение внутренних болезней под ред. А.Н.Окорокова, Минск, 1995 г.

Занятие № 5 ***Тема:*** **Гипертоническая болезнь (ГБ) - (morbus hypertonicus)** ***Цель занятия:***

Научить студентов обосновывать диагноз заболевания у курируемого больного. Проводить дифференциальный диагноз симптоматической гипертензии с гипертонической болезнью. Знать подходы к лечению. Определить прогноз заболевания с учетом характера и тяжести течения.

Вопросы, рассматриваемые на занятии:

ГБ. Определение. Этиология и патогенез. Роль центральных нарушений регуляции АД, симпатической нервной системы, гуморальных и гормональных прессорных и депрессорных, факторов в возникновении и прогрессировании заболевания. Значение нарушений метаболизма натрия. Роль наследственных факторов. Классификация.
Клиническая картина различных стадий заболевания. Гемодинамические варианты.

Дифференциальная диагностика симптоматических и эссенциальной гипертензии.

Течение. Осложнения. Гипертонические кризы. Злокачественная гипертония. Лечение.

Купирование гипертонических кризов. Исходы. Прогноз. Профилактика.

План проведения занятия:

1. Проверка подготовки к занятию - ответы на контрольные вопросы.
2. Разбор с демонстрацией больного с ГБ.
3. Самостоятельная работа студентов.
4. Разбор курируемых больных.

Самостоятельная работа:

Студент должен самостоятельно провести опрос больного, объективное исследование, анализ лабораторных и инструментальных данных Сформулировать предварительный диагноз в соответствии с современной классификацией. Обосновать необходимость назначение лекарственных препаратов. Уметь выписать рецепты курируемому больному.

Контрольные вопросы:

1. Как определить понятие гипертоническая болезнь? Какова роль этого заболевания в патологии человека?
2. Какова классификация артериальных гипертензий?
3. Что известно об этиологии ГБ?
4. Что понимают под факторами риска ГБ?
5. Каковы основные представления о патогенезе ГБ?
6. Каковы диагностические критерии ГБ?
7. Каковы клинические проявления ГБ со стороны сердца и крупных сосудов?
8. Чем клинически проявляются поражения мозга, сетчатки глаза и почек при ГБ?
9. Дифференциальная диагностика симптоматических гипертензий (почечные, эндокринные, реноваскулярные, гемодинамические) с гипертонической болезнью.
10. Какие виды гипертензивных кризов выделяют, их клиническая характеристика?
11. В чем заключаются нефармакологические методы лечения ГБ?
12. Какие группы антигипертензивных препаратов в настоящее время известны и какие рекомендуют в качестве средств первого ряда?
13. Как влияют препараты различных групп на факторы риска атеросклероза и на толерантность к физической нагрузке?
14. Какие факторы влияют на выбор лекарственного препарата при ГБ?
15. В чем заключается профилактика ГБ?
16. Купирование гипертонических кризов.

Литература:

1. Внутренние болезни /Под ред. Ф.И. Комарова; В.Г. Кукеса, А.С. Сметнева. -М.: Медицина, 1990.
2. Внутренние болезни /Под ред. А.В. Сумарокова в **2-х т.** - М.: Медицина, 1993
3. Маколкин В.И., Овчаренко С.И. Внутренние болезни. - М.: Медицина, 1989.

4. Мурашко В.В., Струтынский А.В., Электрокардиография. - М.: Медицина, 1991.
5. Диагностика и лечение внутренних болезней (Руководство для врачей в 3 т) Под ред. Ф.И. Комарова. - М.: Медицина, 1991. - 92. в. Хеглин Р.

Дифференциальная диагностика внутренних органов. - Пер с нем М.:
Медицина,1993.

7. Болезни сердца и сосудов / Руководство для врачей в 4-х т. Под ред. Е.И Чазова. - М.: Медицина, 1992. - 93.
8. Сумароков А.В., Моисеев В.С. Клиническая кардиология. - М.: Медицина, 1986,

Занятие № 6

Тема: **Атеросклероз. Ишемическая болезнь сердца. Стенокардия.**

(aterosclerosis. Morbus ischemicus cordis. Angina pectoris)

Цель *занятия:*
Приобрести теоретические знания и освоить практические навыки для диагностики и лечения атеросклероза и ишемической болезни сердца (ИБС).

Вопросы, рассматриваемые на занятии:
1. Эпидемиология и факторы риска атеросклероза и ИБС.
2. Патогенез и патоморфология атеросклеротического поражения сосудистой стенки.
3. Понятие об ишемической болезни сердца.
4. Классификация ИБС.
5. Клиническая картина стенокардии. Клинические формы стенокардии.
6. Диагностика атеросклероза и ИБС: ЭКГ, мониторинг ЭКГ, функциональные пробы, коронарография.
7. Лечение атеросклероза.
8. Лечение стенокардии.

План проведения занятия:
1. Контроль подготовки к занятию.
2. Клинический разбор больного
   - доклад куратора по схеме, утвержденной кафедрой,
   - обследование больного,
   - обоснование дифференциального диагноза и обсуждение лечения.
3. Самостоятельная работа студентов, курация больных, чтение ЭКГ, **Ro-**грамм, трактовка анализов, решение клинических задач.
4. Проверка усвоения темы по контрольным вопросам.

Контрольные вопросы:
1. Классификация факторов риска (ВОЗ).
2. Структура и функциональная значимость отдельных классов липидов.
3. Определение ИБС (ВОЗ).
4. Анатомия коронарных сосудов сердца.
5. Основные клинические признаки стенокардии.
6. Понятие о нестабильной стенокардии.
7. Показания к коронарографии.
8. Особенности применения при ИБС бета-адреноблокаторов.
9. Нитраты: классификация, подбор дозы, побочные действия.
10. Понятие об антиангинальной терапии 11. Медикаментозная профилактика ИБС

Литература:

1. Диагностика и лечение внутренних болезней/Под ред. Ф. И. Комарова, М.: Медицина,1996.
2. Внутренние болезни. Учебник. /Под ред. В. И. Маколкина. **М.,** 1994.
3. Фармакотерапия с основами клинической фармакологии /Под ред. В. И. Петрова. - Волгоград, 1996.
4. Мурашко В. В. Электрокардиография. - М, 1991.
5. Оганов В. В. Первичная профилактика ишемической болезни сердца, Минск, 1996

Занятие № 7

Тема: Инфаркт миокарда (ИМ) (Infarctus myocardii).

Цель занятия:

Научить студента:

1. Составлять план обследования больного ИМ с учетом клинических форм и использованием данных лабораторных и инструментального обследования.
2. Поставить и обосновать диагноз ИМ у конкретного больного с указанием глубины поражения, локализации, наличия осложнений, сопутствующих заболеваний, функциональных расстройств.
3. Проводить дифференциальный диагноз болевого синдрома в грудной клетке.
4. Определять тактику ведения больного на различных этапах лечения инфаркта миокарда (догоспитальном, госпитальном).
5. Знать физические, психологические, профессиональные и социально -экономические аспекты реабилитации.

Вопросы, рассматриваемые на занятии:

ИМ. Определение. Эпидемиология ИМ (распространенность, факторы риска ИМ). Патогенез. Клиническая картина в различные периоды заболевания. Клинические варианты начала болезни. Диагноз. Изменения ЭКГ, ЭХО - КГ, картины крови, биохимических показателей. Течение ИМ. Атипичные формы ИМ. Мелкоочаговый ИМ. Осложнения: кардиогенный шок, нарушения ритма и проводимости, сердечная недостаточность, ранняя и поздняя аневризмы сердца, тампонада сердца, постинфарктный синдром. Дифференциальный диагноз при болях в грудной клетке. Лечение ИМ. Значение ранней госпитализации. Помощь на догоспитальном этапе. Роль специализированных машин скорой помощи, палаты интенсивной терапии. Купирование болевого синдрома и лечение возможных осложнений. Возможности тромболитической и антикоагулянтной терапии. Принципы реанимации больных ИМ при внезапной клинической смерти. Прогноз. Реабилитация больных.

План проведения занятия:

1. Проверка подготовки к занятию -ответы на контрольные вопросы.
2. Разбор с демонстрацией больного с ИМ.
3. Самостоятельная работа студентов.
4. Разбор курируемых больных.

Самостоятельная работа:

1.С помощью схемы диагностического поиска на клинических примерах и ситуационных задачах сформулировать диагноз ИМ с определением его локализации, глубины поражения и периода заболевания, определить тяжесть заболевания, прогноз, составить план лечения.

2. Подготовить реферативные сообщения по современным методам диагностики и лечения.

Контрольные вопросы:

1. Как определить понятие ИМ?
2. Каковы основные причины развития ИМ?
3. На чем основана классификация ИМ?
4. Каковы клинические формы ИМ?
5. Что включают дополнительные, в том числе лабораторные, признаки ИМ?
6. Какие ЭКГ признаки позволяют диагносцировать ИМ?
7. Каковы ЭХО-КГ изменения при ИМ?
8. В чем заключаются особенности течения мелкоочагового ИМ?
9. Каковы осложнения острого периода ИМ?
10. Каковы осложнения подострого периода ИМ?
11. В чем сущность патогенетических механизмов развития и клинических проявлений сердечной недостаточности (сердечная астма, отек легких) при ИМ?
12. Каковы патогенез и клиническая картина кардиогенного шока?
13. Каковы диагностические признаки развития аневризмы сердца?
14. Как распознается перикардит при остром ИМ?
15. Какие клинические проявления наблюдаются при синдроме Дресслера?
16. Каковы основные принципы лечения ИМ?
17. Каковы общие принципы экстренной реваскуляризации миокарда?
18. Каковы принципы тромболитической терапии?
19. Каковы основные принципы антиангинальной терапии?
20. Лечебная тактика при неотложных состояниях; кардиогенный шок, отек легких, ТЭЛА, нарушения сердечного ритма, внезапная смерть.

Литература:

1. Внутренние болезни /Под ред. Ф.И. Комарова; В.Г. Кукеса, А-С. Сметнева. -М.: Медицина,1990.
2. Внутренние болезни /Под ред. А.В. Сумарокова в 2-х т. - М.: Медицина, 1993.
3. Маколкин В.И., Овчаренко С.И. Внутренние болезни. - М.: Медицина, 1989.
4. Мурашко В.В., Струтынский А.В., Электрокардиография. — М.: Медицина, 1991.
5. Диагностика и лечение внутренних болезней (Руководство для врачей в 3 т). Под ред. Ф.И. Комарова. - М.: Медицина, 1991 - 92.
6. Виноградов А.В. Дифференциальный диагноз внутренних болезней. - М.: Медицина, 1987.
7. Хеглин Р. Дифференциальная диагностика внутренних органов. - Пер с нем. М.: Медицина, 1993.
8. Болезни сердца и сосудов / Руководство для врачей в 4-х т. Под ред. Е.И. Чазова. - М.: Медицина, 1992 - 93.
9. Сумароков А.В., Моисеев В.С. Клиническая кардиология. - М.: Медицина, 1986.

Занятие № 8

Тема: Аритмии и блокады сердца (aritmia cordis)

Цель занятия:

1. Научиться выявлять нарушения ритма и устанавливать ведущий механизм их возникновения.

2. Знать основные Принципы современной классификации аритмий, уметь формулировать развернутый диагноз.
3. Обучиться методам диагностики нарушений ритма, хорошо знать субъективную симптоматику, уметь правильно обследовать больного с нарушением ритма, знать основы электрокардиографической диагностики аритмий.
4. Уметь провести дифференциальную диагностику различных нарушений ритма.
5. Уметь провести дифференциальный диагноз заболеваний, послуживших причиной возникновения нарушений ритма

Вопросы, рассматриваемые на занятии:

1. Актуальность проблемы. Современные представления о патогенезе аритмий- Классификация аритмий. Методы диагностики. Экстрасистолия Патогенез. Клинические проявления. Топическая диагностики экстрасистолических аритмий
(ЭКГ- признаки). Особенности врачебной тактики, показания к назначению антиаритмических препаратов Профилактика зкстрасистолий.

2. Пароксизмальная тахикардия. Патогенез. Клиническая картина приступи пароксизмальной тахикардии. Изменения ЭКГ- Изменения гемодинамики при приступе. Медикаментозная терапия во время приступа пароксизмальной тахикардии. Показания к электроимпульсной терапии. Профилактика приступов. Прогноз.
3. Мерцательная аритмия и трепетание предсердий. Патогенез Классификация. Клиническая симптоматика. Изменения ЭКГ. Влиянии мерцательной аритмии на гемодинамику. Осложнения. Терапии пароксизмальной и постоянной формы мерцательной аритмии. Показания к электроимпульсной терапии. Ведение больных после восстановления ритма. Профилактика рецидивов мерцательной аритмии. Прогноз.
4. Фибрилляция желудочков. Патогенез. Клиника. ЭКГ - признаки. Терапия. Роль палат интенсивного наблюдения в предупреждении, диагностике и терапии фибрилляции желудочков.
5. Нарушения проводимости. Патогенез. Классификация. Клинические проявления. Характер ЭКГ - изменений. Изменения гемодинамики при различных нарушениях проводимости. Осложнения (синдром Морганьи -Эдемса - Стокса, сердечная недостаточность, нарушения ритма). Диагноз и дифференциальный диагноз. Лечение. Врачебная тактика при остро возникших нарушениях проводимости. Показания к временной кардиостимуляции. Показания к имплантации кардиостимуляторов. Прогноз.

План проведения занятия:

1. Проверка подготовки к занятию - ответы на контрольные вопросы.
2. Разбор с демонстрацией больного с нарушениями ритма и/или проводимости.
3. Самостоятельная работа студентов.
4. Разбор курируемых больных.

Самостоятельная работа:

1. На основе знаний основных причин, ведущих к развитию аритмий и блокад, основных звеньев патогенеза, аускультативных критериев и инструментальных данных студент должен самостоятельно поставить и обосновать диагноз нарушений ритма и проводимости, определить прогноз и тактику ведения больного.
2. Самостоятельная работа предусматривает расшифровку ЭКГ с формулировкой диагноза, составлением плана лечения и обследования.

Контрольные вопросы:

1. Какие причины могут привести к появлению нарушений ритма и проводимости?
2. Какая классификация аритмий и блокад применяется в практической деятельности? 3. Каковы клинические и электорокардиографические признаки аритмий,

характеризующихся нарушением возбудимости (экстрасистолия, пароксизмальная наджелудочковая и желудочковая тахикардия, мерцательная аритмия, трепетание и фибрилляция желудочков)?

4. Каковы клинические и ЭКГ- признаки признаки блокад (синоатриальная блокада, нарушение внутрипредсердной проводимости, атриовентрикулярные блокады, блокады ножек пучка Гиса)?
5. Каков алгоритм дифференциального диагноза при нарушениях ритма?
6. Каковы принципы лечения аритмий и блокад?
7. Какие нарушения ритма требуют неотложных мероприятий?
8. Какие методы лечения используются при пароксизмальных тахикардиях?
9. Какие неотложные мероприятия проводятся при блокадах сердца?

Литература:

1. Внутренние болезни /Под ред. Ф.И. Комарова; В.Г. Кукеса, А.С. Сметнева. -М.: Медицина,1990.
2. Внутренние болезни /Под ред. А. В. Сумарокова в 2-х т. - М.: Медицина, 1993.
3. Маколкин В.И., Овчаренко С.И. Внутренние болезни. - М.: Медицина, 1989.
4. Мурашко В.В., Струтынский А.В., Электрокардиография. - М.: Медицина 1991.
5. Диагностика и лечение внутренних болезней (Руководство для врачей в 3 т). Под ред. Ф.И. Комарова. - М.: Медицина, 1991 -92.
6. Хеглин Р. Дифференциальная диагностика внутренних органов. - Пер с нем. М.: Медицина, 1993.
7. Болезни сердца и сосудов / Руководство для врачей в 4 - х т. Под ред. Е.И. Чазова. - М.: Медицина, 1992 - 93.
8. Сумароков А.В., Моисеев В.С. Клиническая кардиология. - М.: Медицина 1986.
9.

Занятие № 9

Тема: **Хроническая сердечная недостаточность (Insufficientia cordis chronica).**

Цель занятия:

1. Научить поставить и обосновать диагноз хронической сердечной недостаточности (СН) у конкретного больного с учетом этиологических факторов, клинических проявлений, гемодинамических показателей.
2. Научиться составлять план обследования больного СН с учетом клинических проявлений.
3. Определить показания к назначению лекарственной терапии в зависимости от этиологических факторов и патогенетических механизмов, лежащих в основе СН.

Вопросы, рассматриваемые на занятии:

Актуальность проблемы. Современные представления о патогенезе СН. Особенности изменения метаболизма миокарда при СН. Характер гемодинамических нарушений при СН. Роль почек и нейрогуморальных факторов в возникновении нарушений водноэлектролитного баланса. Классификация. Клинические проявления СН. Понятие о «скрытой» СН. Диагностика СН, Дифференциальная диагностика между сердечной и легочной недостаточностью. Клинические и дополнительные методы исследования.

Терапия СН. Оказание неотложной помощи при сердечной астме, отеке легких.

План проведения занятия:

1. Проверка подготовки к занятию - ответы на контрольные вопросы.
2. Разбор больного с СН.
3. Самостоятельная работа студентов.
4. Разбор курируемых больных.

Самостоятельная работа:

Ориентируясь на схему диагностического поиска провести опрос больного, объективное исследование, анализ лабораторных и инструментальных данных. Сформулировать предварительный диагноз в соответствии с современной классификацией. Обосновать необходимость назначение лекарственных препаратов. Уметь выписать рецепты курируемому больному.

Контрольные вопросы:

1. Как определить понятие СН?
2. Какова этиология СН?
3. Какие факторы вызывают обострение и прогрессирование СН?
4. Каковы основные показатели гемодинамики, обеспечивающие нормальное функционирование организма в покое и при нагрузке?
5. Каковы представления о патогенезе СН: почечная, гемодинамическая, нейрогуморальная, теория «кардиомиопатии перегрузки».
6. Как клинически проявляется правожелудочковая СН?
7. Как клинически проявляется правожелудочковая СН?
8. Как дифференцировать бронхиальную и сердечную астму?
9. Как классифицируют СН по клиническим признакам?
10. Какова классификация СН Нью-йоркской ассоциации кардиологов (NYHA)?
11. Каковы инструментальные методы диагностики сердечной недостаточности?
12. Какие факторы должен учитывать врач при лечении СН?
13. Какие группы лекарственных препаратов используют при лечении СН?
14. Каковы свойства сердечных гликозидов и показания к их назначению?
15. Каковы признаки гликозидной интоксикации и принципы лечения?
16. Какие негликозидные инотропные средства известны?
17. Каковы принципы лечения СН диуретиками?
18. Какие группы периферических вазодилататоров применяются при лечении СН? Показания к их назначению.
19. Каковы эффекты ингибиторов АПФ при лечении СН?
20. Что служит показанием к назначению р-адреноблокаторов при СН?
21. Что является препаратом выбора при лечении систолической СН?
22. Каковы особенности медикаментозной терапии диастолической СН?

Литература:

1. Внутренние болезни /Под ред. Ф.И. Комарова; В.Г. Кукеса, А.С. Сметнева. -М.: Медицина,1990.
2. Внутренние болезни /Под ред. А.В. Сумарокова в 2-х т. - М.: Медицина, 1993.
3. Маколкин В.И., Овчаренко С.И, Внутренние болезни. - М.: Медицина, 1989.
4. Мурашко В.В., Струтынский А.В., Электрокардиография. - М.: Медицина, 1991.
5. Диагностика и лечение внутренних болезней (Руководство для врачей в 3 т). Под ред. Ф.И. Комарова. - М.: Медицина, 1991 - 92.
6. Виноградов А.В. Дифференциальный диагноз внутренних болезней. - М.: Медицина,1987.
7. Хеглин Р. Дифференциальная диагностика внутренних органов. - Пер с нем. М.: Медицина, 1993.

8. Болезни сердца и сосудов / Руководство для врачей в 4-х т. Под ред. Е.И-Чазова. - М.: Медицина, 1992. - 93.
9. Сумароков А.В., Моисеев В.С. Клиническая кардиология. - М.: Медицина, 1986.
10. Насонова В.А.. Астапенко М.Г. Клиническая ревматология. - М.: Медицина 1990.

ПУЛЬМОНОЛОГИЯ

Занятие № 10

ТЕМА: **ОСТРЫЕ ПНЕВМОНИИ**

ЦЕЛЬ ЗАНЯТИЯ: на основании теоретических и практических знаний освоение темы "Острые пневмонии".

ЗАДАЧИ:
1. Научить студентов постановке и обоснованию диагноза острой пневмонии с учетом этиологических факторов, клинических проявлений, лабораторных и рентгенологических данных.
2. Научить составлять план обследования больного пневмонией с учетом клинических проявлений,
3. Изучить и освоить этиопатогенетическое лечение пневмоний.

ВОПРОСЫ, РАССМАТРИВАЕМЫЕ НА ЗАНЯТИИ:

1. Определение острой пневмонии.
2. Патогенетические факторы.
3. Классификация:
   - по возбудителю;
   - по патогенезу;
   - по клинико-морфологическим признакам;
   - по течению;
   - по пути развития.
4. Клиническая картина острых пневмоний в зависимости от возбудителя.
5. Пневмония Фридлендера.
6. Гриппозные пневмонии, стафилококковые пневмонии.
7. Микоплазменные пневмонии, хламидийные пневмонии.
8. Особенности затяжных пневмоний.
9. Осложнения и исходы острых пневмоний.
8. Принципы лечения и диспансерного наблюдения.

ПЛАН ПРОВЕДЕНИЯ ЗАНЯТИЯ:
1. Проверка подготовки к занятию - ответы на контрольные вопросы.
2. Разбор с демонстрацией больных с острыми пневмониями; особенности жалоб, истории заболевания, объективных данных.
3. Самостоятельная работа студентов: курация больных, чтение рентгенограмм, трактовка анализов, решение клинических задач.
4. Разбор курируемых больных.
5. Задание к следующему занятию.

КОНТРОЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ:

1. Что такое пневмония?
2. На чем основана классификация пневмоний?
3. Какова этиология пневмоний?
4. Каковы факторы риска развития пневмоний?
5. Каковы основные клинические проявления пневмоний?
6. Каковы особенности отдельных пневмоний в зависимости от этиологии?
7. Какие осложнения пневмоний известны?
8. Как определяют критерии тяжести пневмонии?
9. В чем заключаются принципы лечения пневмоний?
10. Каков выбор антибактериальных препаратов при внебольничных пневмониях?
11. Какие антибактериальные препараты применяют при внутрибольничных пневмониях?

12. В чем заключается выбор антибактериальных препаратов при лечении пневмонии в зависимости от этиологии?

13. Что входит в комплексное лечение пневмоний наряду с антибактериальной терапией?

ЛИТЕРАТУРА:

1. Окороков А.Н. Диагностика болезней внутренних органов: Т. 3. Диагностика болезней органов дыхания. - М., Мед. лит., 2000.
2. Диагностика и лечение внутренних болезней / Под ред. Ф.И. Комарова. -М.: Медицина,1996.
3. Окороков А.Н. Лечение болезней внутренних органов: Практ. руководство; В **3-х** т. Т.
1. - Мн.: Высш. шк. Белмедкнига, 1995.

4. Фармакотерапия с основами клинической фармакологии / Под ред. **В.И.** Петрова. - Волгоград, 1996.
5. Внутренние болезни. Учебник / Под ред. В.И. Маколкина. - М., 1994.
6. Внутренние болезни / Под ред. А.В. Сумарокова. В 2-х томах. - М.: Медицина, 1993.
7. Лекционный материал.

Занятие № 11

Тема: Хронический бронхит

ЦЕЛЬ ЗАНЯТИЯ: На основании теоретических и практических знаний освоение темы "Хронический бронхит".

ЗАДАЧИ:

1. Научить студентов постановке и обоснованию диагноза хронического бронхита с учетом этиологических факторов, клинических проявлений, лабораторных и рентгенологических данных.
2. Научить составлять план обследования больного с хроническим бронхитом с учетом клинических проявлений.
3. Изучить и освоить этиопатогенетическое лечение хронического бронхита.

ВОПРОСЫ, РАССМАТРИВАЕМЫЕ НА ЗАНЯТИИ:

Этиология и патогенез. Значение курения, инфекции, охлаждения, профессиональных и эндогенных факторов. Эпидемиология. Классификация хронического бронхита: простой, гнойный, обструктивный, гнойно-обструктивный. Клиническая картина в зависимости от формы, стадии и фазы процесса. Течение и осложнения. Диагностические критерии болезни. Лечение

(антибактериальная, бронхолитическая, муколитическая и противокашлевая терапия).
Интратрахеальное введение лекарственных препаратов. Физиотерапия и ЛФК. Прогноз. Трудовая экспертиза и трудоустройство. Профилактика.

ПЛАН ПРОВЕДЕНИЯ ЗАНЯТИЯ:

1. Проверка подготовки к занятию - ответы на контрольные вопросы.
2. Разбор с демонстрацией больных с хроническими бронхитами; особенности жалоб, истории заболевания, объективных данных.
3. Самостоятельная работа студентов: курация больных, чтение рентгенограмм, трактовка анализов, решение клинических задач.
4. Разбор курируемых больных.
5. Задание к следующему занятию.

КОНТРОЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ:

1. Как определить понятие "хронический бронхит" (хр. бронхит)?
2. По какому принципу построена классификация хронического бронхита?
3. Что понимают под терминами "первичный" или "вторичный" хр. бронхит?
4. Каковы представления об этиологии хр. бронхита?
5. Какие факторы обеспечивают защиту слизистой оболочки бронхов в норме?
6. Как нарушаются местные защитные механизмы при хр. бронхите?
7. Каковы структурные и функциональные последствия поражения бронхов при хр. бронхите? Какие факторы лежат в основе обструктивного синдрома?
8. В чем заключаются особенности патогенеза обструктивного бронхита?
9. Какова клиническая картина хр. бронхита без обструкции?
10. Каковы клинические особенности хр. обструктивного бронхита?
11. Как подразделяют хр. бронхит в зависимости от наличия или отсутствия обструктивного синдрома и характера мокроты?
12. Как определить клинические типы хр. обструктивного бронхита?
13. Что наблюдается при лабораторном обследовании больных с хр, бронхитом?
14. Основные осложнения хронического бронхита.
15. Как формулируется диагноз?
16. Какими принципами следует руководствоваться при лечении хр. бронхита?
17. Как проводится лечение хр. обструктивного бронхита (ХОБ)?

ЛИТЕРАТУРА:

1. Окороков А.Н. Диагностика болезней внутренних органов: Т. 3. Диагностика болезней органов дыхания. - М., Мед. лит., 2000.
2. Диагностика и лечение внутренних болезней / Под ред. Ф.И. Комарова. М.: Медицина,1996.
3. Окороков А.Н. Лечение болезней внутренних органов: Практ. руководство: В 3-х т. Т. 1. - Мн.: Высш. шк. Белмедкнига, 1995.
4. Фармакотерапия с основами клинической фармакологии / Под ред. В.И Петрова. - Волгоград, 1996.
5. Внутренние болезни. Учебник / Под ред. В.И. Маколкина. - М., 1994.
6. Внутренние болезни / Под ред. А.В. Сумарокова. В 2-х томах. - М.: Медицина, 1993.
7. Лекционный материал.

Занятие №12

Тема: Бронхиальная астма

ЦЕЛЬ ЗАНЯТИЯ: На основании теоретических и практических знаний освоение темы "Бронхиальная астма".

ЗАДАЧИ:

1. Научить студентов постановке и обоснованию диагноза бронхиальной астмы с учетом этиологических факторов, клинических проявлений, лабораторных и рентгенологических данных.
2. Научить составлять план обследования больного бронхиальной астмой с учетом клинических проявлений.
3. Изучить и освоить этиопатогенетическое лечение бронхиальной астмы.

ВОПРОСЫ, РАССМАТРИВАЕМЫЕ НА ЗАНЯТИИ:

Клиническая симптоматология атопической и инфекционно-аллергической астмы. Диагностические критерии бронхиальной астмы (основные и дополнительные). Классификация по тяжести течения. Роль аллергического обследования. Астматический статус, предрасполагающие факторы. Борьба с астматическим статусом и его профилактика. Лечение в межприступном периоде. Современная поэтапная медикаментозная терапия. Санаторно-курортное лечение. Профилактика. Прогноз. Трудоустройство.

ПЛАН ПРОВЕДЕНИЯ ЗАНЯТИЯ:

1. Проверка подготовки к занятию - ответы на контрольные вопросы.
2. Разбор с демонстрацией больных с бронхиальной астмой; особенности жалоб, истории заболевания, объективных данных.
3. Самостоятельная работа студентов, курация больных, чтение рентгенограмм, трактовка анализов, решение клинических задач.
4. Разбор курируемых больных.
5. Задание к следующему занятию.

КОНТРОЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ:

1. Что входит в определение понятия "бронхиальная астма"?
2. Какова классификация бронхиальной астмы?
3. Как определить степень тяжести бронхиальной астмы?
4. Какие факторы способствуют развитию бронхиальной астмы? б. В чем заключаются особенности патогенеза экзогенной (атопической) бронхиальной астмы?
6. Что можно сказать о патогенезе эндогенной бронхиальной астмы?
7. Каково значение эндокринных механизмов в развитии бронхиальной астмы?
8. В чем состоит роль изменений нервной системы в патогенезе бронхиальной астмы?
9. В чем заключается роль инфекции в формировании бронхиальной астмы?
10. Каковы морфологические изменения в дыхательных путях при бронхиальной астме?
11. Что наблюдается в клинической картине бронхиальной астмы?
12. Каковы диагностические признаки атопического варианта бронхиальной астмы?
13. По каким признакам можно распознать инфекционно-зависимый вариант бронхиальной астмы?
14. Как поставить диагноз "аспириновой" астмы?
15. Что понимают под термином "астматический статус" и какие стадии различают в его развитии?

16 Осложнение бронхиальной астмы.

17 Каковы принципы лечения бронхиальной астмы?

ЛИТЕРАТУРА:

1. Окороков А.Н. Диагностика болезней внутренних органов: Т. 3. Диагностике болезней органов дыхания. - М., Мед. лит., 2000.
2. Диагностика и лечение внутренних болезней / Под ред. Ф.И. Комарова. • М.: Медицина, 1996.
3. Окороков А.Н. Лечение болезней внутренних органов: Практ. руководство: В 3-Я т. Т. 1. - Мн.: Высш. шк. Белмедкнига, 1995.
4. Фармакотерапия с основами клинической фармакологии / Под ред. В.И, Петрова. - Волгоград, 1996.
5. Внутренние болезни. Учебник/Под ред. В.И. Маколкина. - М., 1994.
6. Внутренние болезни / Под ред. А.В. Сумарокова. В 2-х томах. - М.: Медицине, 1993.
7. Лекционный материал.

Занятие № 13

Тема: Абсцесс и гангрена легких. Рак легких.

Цель занятия: На основании теоретических и практических знаний освоение темы "Абсцесс и гангрена легких. Рак легких".

ЗАДАЧИ:

1. Научить студентов постановке и обоснованию диагноза абсцесса и гангрены легких, рака легких с учетом клинических проявлений, лабораторных и рентгенологических данных.
2. Научить составлять план обследования больного с абсцессом и гангреной легких, раком легких.
3. Изучить больных с абсцессом и гангреной легких, раком легких.

ВОПРОСЫ, РАССМАТРИВАЕМЫЕ НА ЗАНЯТИИ:

Этиология и патогенез. Клинические проявления, их особенность в зависимое! и от стадии, локализации и распространенности, тяжести течения. Осложнении Первичная и вторичная профилактика. Показания к хирургическому лечению. Значение хронических бронхолегочных заболеваний в развитии раки Классификация рака легкого по стадиям. Центральный и периферический ра» Клиника. Симптомы нарушения бронхиальной проходимости, ателектазы Современные методы диагностики. Возможности хирургического лечения.

ПЛАН ПРОВЕДЕНИЯ ЗАНЯТИЯ:

1. Проверка подготовки к занятию - ответы на контрольные вопросы.
2. Разбор с демонстрацией больных с абсцессом и гангреной легких, раком легких; особенности жалоб, истории заболевания, объективных данных.
3. Самостоятельная работа студентов: курация больных, чтение рентгенограмм, трактовка анализов, решение клинических задач.
4. Разбор курируемых больных.
5. Задание к следующему занятию.

КОНТРОЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ:

1. Что такое абсцесс легкого?
2. Что такое гангрена легкого?
3. Какова этиология абсцесса легкого?
4. Каковы критерии классификации абсцесса легких по длительности?
5. Какими возбудителями чаще вызывается абсцесс легких ?

6. Какие факторы являются предрасполагающими к формированию абсцесса легких?
7. Какие осложнения асбцесса легких могут развиваться?
8. Каковы клинические особенности гангрены легких?
9. В чем заключаются принципы лечения абсцесса легких?
10. С какими основными канцерогенными факторами связывают развитие рака легких?
11. В чем особенность клинических проявлений центрального рака легких?
12. Какими показателями пользуются для определения стадии бронхогенного рака?
13. В чем заключаются принципы лечения рака легких?

ЛИТЕРАТУРА:

1. Окороков А.Н. Диагностика болезней внутренних органов: Т. 3. Диагностика болезней органов дыхания. - М., Мед. лит., 2000.
2. Диагностика и лечение внутренних болезней / Под ред. Ф.И. Комарова. -М.: Медицина, 1996.
3 Окороков А.Н. Лечение болезней внутренних органов: Практ. руководство: В 3-х т. Т.

1. - Мн.: Высш. шк. Белмедкнига, 1995.

4 Фармакотерапия с основами клинической фармакологии / Под ред. В.И. Петрова. - Волгоград, 1996.

б Внутренние болезни. Учебник / Под ред. В.И. Маколкина. - М., 1994. в. Внутренние болезни / Под ред. А.В. Сумарокова. - М.: Медицина, 1993. 7. Лекционный материал.

Занятие № 14

ТЕМА: **БРОНХОЭКТАТИЧЕСКАЯ БОЛЕЗНЬ**

ЦЕЛЬ ЗАНЯТИЯ: На основании теоретических и практических знаний освоение темы "Бронхоэктатическая болезнь".

ЗАДАЧИ:

1 Научить студентов постановке и обоснованию диагноза бронхоэктатической

болезни с учетом клинических проявлений, лабораторных и рентгенологических данных.

2. Научить составлять план обследования больного с бронхоэктатической болезнью. 3. Изучить и освоить лечение бронхоэктатической болезни.

ВОПРОСЫ, РАССМА ТРИВАЕМЫЕ НА ЗАНЯТИИ:

Этиология и патогенез. Эндо- и перибронхиальный пути развития. Факторы, способствующие развитию бронхоэктазов: острая и хроническая пневмония, детские инфекции (корь, коклюш), хронические бронхиты, пороки развитии бронхов, врожденная предрасположенность, заболевания верхних дыхательных путей. Клиническая симптоматология. Значение рентгенологического и эндоскопического исследования в раннем выявлении бронхоэктазов Диагностические критерии. Стадии течения. Роль оценки функции внешнего дыхания. Осложнения, их раннее выявление. Лечение. Диета с повышенным содержанием белков и витаминов. Антибактериальная терапия. Средства. улучшающие дренаж бронхов (отхаркивающие средства, муколитики, протеолитические ферменты), постуральный дренаж, внутрибронхиальнан катетеризация, лечебная бронхоскопия. Внутрибронхиальное введение лекарств Средства, повышающие сопротивляемость организма. Оксигенотерапия Физиотерапия,

дыхательная гимнастика. Показания к хирургическому лечению Противорецидивное лечение. Санаторно-курортное лечение. Профилактика обострения.

ПЛАН ПРОВЕДЕНИЯ ЗАНЯТИЯ:

1. Проверка подготовки к занятию - ответы на контрольные вопросы.
2. Разбор с демонстрацией больных с бронхоэктатической болезнью; особенности жалоб, истории заболевания, объективных данных.
3. Самостоятельная работа студентов: курация больных, чтение рентгенограмм, решение клинических задач.
4. Разбор курируемых больных.
5. Задание к следующему занятию.

КОНТРОЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ:

1. Что такое бронхоэктатическая болезнь?
2. Что такое бронхоэктазы?
3. Чему принадлежит ведущая роль в развитии бронхоэктазов?
4. Какие бронхоэктазы бывают чаще (врожденные или приобретенные)?
5. Преимущественно бронхи какого калибра расширяются?
6. Какие имеются основные механизмы формирования бронхоэктазов?
7. Кто впервые описал бронхоэктазы?
8. Какие симптомы особенно характерны для бронхоэктатической болезни?
9. Каковы основные осложнения бронхоэктатической болезни?
10. Как формулируется диагноз?
11. Как проводится лечение бронхоэктатической болезни?

ЛИТЕРАТУРА:

1. Окороков А.Н. Диагностика болезней внутренних органов: Т. 3. Диагностики болезней органов дыхания. - М., Мед. лит., 2000.
2. Диагностика и лечение внутренних болезней / Под ред. Ф.И. Комарова М.: Медицина, 1996.
3. Окороков А.Н. Лечение болезней внутренних органов: Практ. руководство: В 3 х т. Т. 1. - Мн.: Высш. шк. Белмедкнига, 1995.
4. Фармакотерапия с основами клинической фармакологии / Под ред. В.И. Петрова. - Волгоград, 1996.
5. Внутренние болезни. Учебник / Под ред. В.И. Маколкина. - М., 1994.
6. Внутренние болезни / Под ред. А.В. Сумарокова. В 2-х томах. - М.: Медицина, 1993. Лекционный материал.

ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИЯ

Перечень практических занятий при прохождении цикла гастроэнтерологии (IV курс)

1. Болезни пищевода.
2. Хронический гастрит. Рак желудка.
3. Язвенная болезнь желудка и 12-перстной кишки.
4. Хронический энтерит и хронический колит. Опухоли кишечника.
5. Болезни желчного пузыря и желчных путей.
6. Хронический панкреатит, опухоли поджелудочной железы.
7. Хронический гепатит. Доброкачественные гипербилирубиемии.
8. Цирроз печени. Рак печени.

9. Важнейшие гельминтозы человека.

Перечень практических умений, которыми должен овладеть студент IV курса по окончании цикла гастроэнтерологии

Студент должен уметь:

1) обследовать больного (сбор анамнеза, внешний осмотр, осмотр и пальпация живота и т.д.);
2) оценить:
   - выявленные при обследовании изменения со стороны органов пищеварения;
   - показатели периферической крови;
   - показатели биохимического исследования крови:
     а) содержание общего белка и его фракций;
     б) активность печеночных ферментов;
     в) содержание мочевины и креатинина;
     г) показатели активности воспалительного процесса (СРБ, фибриноген и т.д.);
     д) показатели липидного обмена (холестерин, триглицерин, ЛПВП, ЛПНП);
     е) показатели пигментного обмена;
   - клиническую значимость электролитного и кислотно-основного баланса крови;
3) интерпретировать и использовать для диагностики современные методы исследования:
   - УЗИ органов брюшной полости (печень, поджелудочная железа, желчный пузырь);
4) читать Ro-граммы;
5) использовать данные физикального, инструментального, Ro-логического обследования, лабораторных данных для постановки диагноза заболеваний пищеварительной системы;
6) оказать квалифицированную помощь при наиболее часто встречающихся в гастроэнтерологии неотложных состояниях (пищеводно-желудочно-кишечное кровотечение, печеночная кома и т.д.);
7) выбрать оптимальный вариант лечения, назначить современную медикаментозную терапию.

Студент должен уметь выполнить:

1) исследования:
   - определение гемоглобина крови;
   - подсчет количества лейкоцитов и лейкоцитарной формулы;
   - определение группы крови; 2) врачебные манипуляции:
   - подкожные, внутримышечные и внутривенные инъекции;
   - взятие желудочного сока;
   - дуоденальное зондирование; - промывание желудка и кишечника;
   - пальцевое исследование прямой кишки.

Занятие №15

Тема: **Болезни пищевода.**

Цель занятия: Знать симптоматологию заболеваний пищевода, методов исследования, уметь их клинически трактовать и использовать для нозологической диагностики .

Вопросы, рассматриваемые на занятии:

1. Классификация заболеваний пищевода.
2. Общая симптоматология болезней пищевода.
3. Острый и хронический эзофагит.
4. Пептическая язва пищевода.
5. Ахалазия кардии.
6. Грыжи пищеводного отверстия диафрагмы (ГПОД).
7. Рак пищевода.

План проведения занятия:

1. Контроль исходного уровня знаний - опрос по заданной теме.
2. Демонстрация тематического больного.
3. Самостоятельная работа студентов: студент самостоятельно проводит опрос, осмотр, физикальное обследование больного, анализирует дополнительные методы исследования, формулирует предварительный диагноз, определяет дальнейший объем исследований, проводится дифференциальная диагностика, обосновывается и назначается лечение. Чтение Ro-грамм, решение
4. клинических и ситуационных задач, трактовка данных ЭФГДС, анализов и результатов гистологического исследования биоптатов.
5. Заключение преподавателя.

Контрольные вопросы:

1. Назовите наиболее часто встречающиеся нозологические единицы заболеваний пищевода.
2. Что такое гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь?
3. Какие заболевания сопутствуют ГПОД?
4. Каково диагностическое значение внутрипищеводной pH-метрии и манометрического исследования пищевода?
5. Что является основой диагностики рака пищевода?

Литература:

1. Диагностика и лечение внутренних болезней / Под ред. Ф.И. Комарова. - М.: Медицина, 1996.
2. Внутренние болезни. Учебник / Под ред. В.И. Маколкина. - М., 1994.
3. Фармакотерапия с основами клинической фармакологии / Под ред. В.И. Петрова. - Волгоград. 1996.
4. Внутренние болезни / Под ред. А.В. Сумарокова. В 2-х томах. - М.: Медицина, 1993.
5. Гастроэнтерология. / Под ред. Ф.И. Комарова. В 3-х томах. - М.: Медицина, 1996.
6. Лекционный материал.

Занятие №16

Тема: **Хронический гастрит (gastritis chronica). Рак желудка.**

Цель занятия: Усвоить методику обследования больных с хроническим гастритом (ХГ) и раком желудка, уметь правильно формулировать диагноз и определить лечебную тактику.

Вопросы, рассматриваемые на занятии:

1. Определение, современная классификация ХГ.

2. Этиология и патогенез заболевания. Роль Helicobacter pylori.
3. Клинические синдромы:
   1) болевой;
   2) желудочная диспепсия;
   3) кишечная диспепсия; 4) астеноневротический.
4. Методы диагностики ХГ.
5. Лечение и контроль эффективности.
6. Показания к санаторно-курортному лечению.
7. Дисплазия эпителия.
8. Рак желудка. Клиническая картина заболевания.
9. Основные методы диагностики и принципы лечения.
10. Дифференциальная диагностика хронического гастрита с язвенной болезнью, раком желудка.

План проведения занятия:

1. Контроль исходного уровня знаний - опрос по заданной теме.
2. Демонстрация тематического больного.
3. Самостоятельная работа студентов: студент самостоятельно проводит опрос, осмотр, физикальное обследование больного, анализирует дополнительные методы исследования, формулирует предварительный диагноз, определяет дальнейший объем исследований, проводится дифференциальная диагностика, обосновывается и назначается лечение. Чтение Ro-грамм,
4. решение клинических и ситуационных задач, трактовка лабораторных данных, знакомство с методикой проведения ЭФГДС и взятие биопсии.
5. Заключение преподавателя.

Контрольные вопроса:

1. Назовите основные симптомы желудочной диспепсии.
2. Укажите отличия болевого синдрома при ХГ с повышенной кислотностью от ХГ с пониженной секрецией.
3. Чем отличаются патогенетические механизмы аутоиммунного гастрита от хеликобактерного?
4. Дайте определение синдрому неязвенной диспепсии.
5. Каковы показания к проведению антибактериальной терапии при ХГ?
6. Назовите основные виды ХГ, требующие активного диспансерного наблюдения.
7. Особые формы ХГ.
8. Какие заболевания рассматриваются как предраковые?
9. Какие симптомы «тревоги» заставляют исключать рак желудка?
10. Основный метод верификации диагноза рака желудка.

Литература:

1 Диагностика и лечение внутренних болезней / Под ред. Ф.И. Комарова. — М.: Медицина, 1996.

2. Внутренние болезни. Учебник / Под ред. В.И. Маколкина. - М., 1994.
3. Фармакотерапия с основами клинической фармакологии / Под ред. В.И. Петрова. - Волгоград, 1996.
4. Внутренние болезни / Под ред. А.В. Сумарокова в 2-х томах. - М.: Медицина, 1993.
5. Гастроэнтерология. / Под ред. Ф.И. Комарова. вВ3-х томах - М.: Медицина, 1996.
6. Лекционный материал.

Занятие № 17

Тема: Язвенная болезнь желудка и 12-типерстной кишки (ulcus ventriculi et duodeni pepticum; morbus ulcerosus).

Цель занятия: Приобрести теоретические знания и освоить практические навыки для диагностики и лечения язвенной болезни (ЯБ) желудка и 12-ти п.к.

Вопросы, рассматриваемые на занятии:

1. Этиология и патогенез ЯБ.
2. Основные клинические симптомы заболевания.
3. Значение инструментальных и лабораторных методов для диагностики ЯБ. 4. Дифференциальная диагностика с обострением хронического гастрита, хронического панкреатита, хронического холецистита, симптоматическими язвами раком желудка, раком поджелудочной железы, грыжей пищеводного отверстия диафрагмы.
5. Основные принципы лечения.
6. Санаторно-курортное и физиотерапевтическое лечение.
7. Неотложные состояния. Клиника и лечение.

План проведения занятий:

1. Контроль исходного уровня знаний - опрос по заданной теме.
2. Демонстрация тематического больного.
3. Самостоятельная работа студентов: студент самостоятельно проводит опрос, осмотр, физикальное обследование больного, анализирует дополнительные методы исследования, формулирует предварительный диагноз, определяет дальнейший объем исследований, проводится дифференциальная диагностика, обосновывается и назначается лечение. Чтение | %б-грамм, решекие клинических и ситуационных задач, трактовка

Данных ЭФГДС, анализов и результатов гистологического исследования биоптатов.

4. Заключение преподавателя.

Контрольные вопросы:

1. Назовите предрасполагающие факторы ЯБ.
2. Каковы особенности клиники ЯБ в зависимости от локализации язвы?
3. Расскажите о клинических проявлениях особых форм язвы (постбульбарные, множественные, ювенильные, язвы у стариков и т.д.).
4. Какой самый надежный диагностический метод ЯБ:
   - Ro-логический;
   — исследование кала на скрытую кровь;

   - физикальный;
   — эндоскопический?

5. Назовите осложнения ЯБ.
6. Что такое противорецидивное лечение?
7. Каковы абсолютные и относительные показания к хирургическому лечению?
8. Понятие о симптоматических гастродуоденальных язвах.
9. Какой метод диагностики наиболее надежен для исключения малигнизации язвы желудка?

Литература:

1. Диагностика и лечение внутренних болезней *I* Под ред. Ф.И. Комарова. - М.: Медицина,1996.
2. Внутренние болезни. Учебник / Под ред. В.И. Маколкина. - М-, 1994.

3. Фармакотерапия с основами клинической фармакологии / Под ред. В.И. Петрова. - Волгоград, 1996.
4. Внутренние болезни / Под ред. А.В. Сумарокова в 2-х томах. ~ М.: Медицина, 1993.
5. Гастроэнтерология. / Под ред. Ф.И. Комарова. вВЗ-х томах - М.: Медицина, 1996.
6. Лекционный материал.

Занятие № 18

Тема: Хронический энтерит (enteritis chronica). Хронический колит (colitis chronica). Рак толстой кишки (cancer colitis).

Цель занятия: Научить студентов правильной диагностике и лечению больных хроническим энтеритом, хроническим колитом и раком толстой кишки.

Вопросы, рассматриваемые на занятии:
1. Определение понятий изучаемых заболеваний.
2. Классификация хронических заболеваний кишечника.
3. Этиопатогенез хронического энтерита, хронического колита.
4. Основные клинические синдромы. 6. Диагностика заболеваний,
6. Принципы современного лечения.
7. Классификация опухолей кишечника по морфологии и локализации.
8. Проявление клинической симптоматики в зависимости от локализации опухолевого процесса.
9. Методы диагностики рака толстой кишки.

План проведения занятий:
1. Контроль исходного уровня знаний - опрос по заданной теме.
2. Демонстрация тематического больного.
3. Самостоятельная работа студентов: студент самостоятельно проводит опрос, осмотр, физикальное обследование больного, анализирует дополнительные методы исследования, формулирует предварительный диагноз, определяет дальнейший объем исследований, проводится дифференциальная диагностика, обосновывается и назначается лечение. Чтение Ro-грамм, решение клинических и ситуационных задач, трактовка лабораторных данных и результатов эндоскопии кишечника (КФС и ректороманоскопия), изучение результатов гистологического исследования биоптатов кишечника.
4. Заключение преподавателя.

Контрольные вопросы:
1. Назовите показания к госпитализации больного с хроническим колитом.
2. Проведите дифференциальную диагностику между хроническим колитом и энтеритом.
3. Укажите критерии синдрома раздраженного кишечника.
4. Чем отличается бродильная диспепсия от гнилостной?
5. Какие из перечисленных исследований имеют наибольшее значение в диагностике ХЭК:
   - физикальные;
   - исследование кала на скрытую кровь;
   - исследование желудочного сока;
   - эндоскопия кишечника;
   - копрологическое исследование?
6. Каковы отличительные поноса при хроническом энтерите?
7. Что такое дисбиоз и каковы методы его коррекции?
8. Синдром мальабсорбции.

9. Проведите дифференциальный диагноз хроническим колитом с опухолями правой и левой половины кишечника, синдромом раздраженного кишечника, болезнью Крона, ишемическим колитом, неспецифическим язвенным колитом, острыми кишечными инфекциями.

Литература:

1. Диагностика и лечение внутренних болезней / Под ред. Ф.И. Комарова. - М.: Медицина, 1996.
2. Внутренние болезни. Учебник / Под ред. В.И. Маколкина. - М., 1994.
3. Фармакотерапия с основами клинической фармакологии / Под ред. В.И. Петрова. - Волгоград, 1996.
4. Внутренние болезни / Под ред. А.В. Сумарокова. В 2-х томах. - М.: Медицина,1993.
5. Гастроэктерологмя. /Под ред. Ф И. Комарова. В 3-х томах. -М.: Медицина 1996.
6. Лекционный материал.

Занятие № 19

Тема: Хронический холецистит (cholecystitis chronica) и холангит (cholangitis). Желчекаменная болезнь (cholelithiasis). Дискинезия желчных путей.

Цель занятия: Приобрести теоретические знания и освоить практические навыки для диагностики и лечения заболеваний желчного пузыря и желчевыводящих путей.

Вопросы, рассматриваемые на занятии:

1. Этиология и патогенез хронического бескаменного холецистита (ХБХ).
2. Клиническая картина заболевания.
3. Диагноз и его критерии.
4. Лечение. Диета. Медикаментозная терапия в период обострения.
5. Физиотерапия.
6. Показания и противопоказания к санаторно-курортному лечению.
7. Осложнения ХБХ.
8. ЖКБ. Значение пола, возраста, питания и нарушений обмена. Местные факторы.
9. Основные клинические синдромы ЖКБ.
10. Значение ультразвукового и Ro-логического исследования в диагностике ЖКБ.
11. Показания и противопоказания к хирургическому лечению.
12. Консервативная терапия. Лечение пероральными растворителями. Литотрипсия.
13. Определение дискинезии желчных путей, этиология и патогенез.
14. Клинические проявления в зависимости от вариантов дискинезии (гипер- и гипотоническая).
15. Лечение в зависимости от формы дискинезии.

План проведения занятий:

1. Контроль исходного уровня знаний - опрос по заданной теме.
2. Демонстрация тематического больного.
3. Самостоятельная работа студентов: студент самостоятельно проводит опрос, осмотр, физикальное обследование больного, анализирует дополнительные методы исследования, формулирует предварительный диагноз, определяет дальнейший объем исследований, проводится дифференциальная диагностика, обосновывается и назначается лечение. Чтение Яб-грамм, решение клинических и ситуационных задач, трактовка лабораторных данных, знакомство с методикой проведения дуоденального зондирования и его результатов, изучение данных УЗИ желчного пузыря и лабораторного объема исследований. Заключение преподавателя.

Контрольные вопросы:

1. Какие факторы способствуют застою желчи?
2. Назовите противопоказания к проведению холецистографии.
3. Чем отличаются первичные дискинезии от вторичных?
4. Какой метод исследования является решающим для диагностики калькулезного холецистита:

- дуоденальное зондирование;
- УЗИ
- ретроградная панкреато-холангиография.

5. Каким требованиям должны отвечать антибактериальные препараты при ХБХ в период обострения?
6. Укажите наиболее характерные клинические симптомы холангита.
7. Назовите все симптомы хронического холецистита.
8. Укажите основные отличия и показания к назначению холеретиков и холекинетиков.
9. Проведите дифференциальнцй диагноз между хроническим бескаменным холециститом, обострением желчнокаменной болезни, дискинезией желчевыводящих путей, хроническим гепатитом и хроническим панкреатитом,

Литература:

1. Диагностика и лечение внутренних болезней / Под ред. Ф.И. Комарова. - **М.:** Медицина, 1996.
2. Внутренние болезни. Учебник / Под ред. В.И. Маколкина. - М., 1994.
3. Фармакотерапия с основами клинической фармакологии / Под ред. В.И. Петрова. - Волгоград, 1996.
4. Внутренние болезни / Под ред. А.В. Сумарокова. - М.: Медицина, 1993. в. Гастроэнтерология. / Под ред. Ф.И. Комарова. В 3-х томах. - М.: Медицина, 1996. в. Лекционный материал.

Занятие № 20

Тема: Хронический гепатит (hepatitis chronica). Доброкачественные гипербилирубинемии (hyperbiblirubinemia)

Цель занятия: Научить студентов правильно диагностировать хронический гепатит (ХГ) и доброкачественные гипербилирубинемии, сформулировать диагноз и грамотно назначить лечение.

Вопросы, рассматриваемые на занятии:

1. Определение ХГ, этиология и патогенез.
2. Патоморфология заболевания.
3. Современная классификация ХГ.
4. Клинические и лабораторные синдромы заболевания:

— синдром воспаления;

— цитолиза; —
холестаза;

— клеточной недостаточности.

5. Дифференциальная диагностика ХГ между отдельными его формами, с циррозом и раком печени, язвенной болезнью, доброкачественными гилербияирубилемиями, желчнокаменной болезнью, хроническим холециститом.
6. Принципы лечения.

7. Противовирусная терапия.
8. Диспансерное наблюдение и профилактика.
9. Доброкачественные гипербилирубинемии:

— синдром Жильбера; — —
Дабина-Джонсона; — — Ротора.

10. Неотложные состояния при ХГ. Клиника и терапия.

План проведения занятий:

1. Контроль исходного уровня знаний - опрос по заданной теме.
2. Демонстрация тематического больного.
3. Самостоятельная работа студентов: студент самостоятельно проводит опрос, осмотр, физикальное обследование больного, анализирует дополнительные методы исследования, формулирует предварительный диагноз, определяет дальнейший объем исследований, проводится дифференциальная диагностика, обосновывается и назначается лечение. Чтение Ro-грамм, решение клинических и ситуационных задач, изучение данных УЗИ печени, трактовка лабораторных данных и результатов гистологического исследования биоптатов печени, радионуклидных и иммунологических методов исследования.
4. Заключение преподавателя.

Контрольные вопросы:

1. Какие методы параклинических исследований применяются при ХГ?
2. Укажите особенности течения различных форм ХГ.
3. Назовите основные отличия хронического активного гепатита от персистирующего.
4. Укажите морфологические критерии активности ХГ.
5. Какой лабораторный показатель наиболее точно свидетельствует о внутрипеченочном холестазе?
6. Показания к применению кортикостероидов и иммуносупрессивных препаратов.
7. Укажите клинико-лабораторные показатели синдрома холестаза и портальной гипертензии.
8. Проведите дифференциальную диагностику между различными видами доброкачественных гипербилирубинемии.

Литература:

1. Диагностика и лечение внутренних болезней / Под ред. Ф.И. Комарова. - М.: Медицина,1996.
2. Внутренние болезни. Учебник / Под ред. В.И. Маколкина. - М., 1994.
3. Фармакотерапия с основами клинической фармакологии / Под ред. В.Й. Петрова. - Волгоград, 1996.
4. Внутренние болезни / Под ред. А.В. Сумарокова. В 2-х томах. - М.:

Медицина, 1993. б. Гастроэнтерология. / Под ред. Ф.И. Комарова. В 3-х томах. - М.: Медицина, 1996.

5. Лекционный материал.

Занятие № 21

Тема: Цирроз печени (cirrosis hepatis). Рак печени (cancer *hepatis).*

Цель занятия: Приобрести теоретические знания и освоить практические навыки для диагностики и лечения цирроза и рака печени.

Вопросы, рассматриваемые на занятии:

1. Определение цирроза печени (ЦП), этиология и патогенез.
2. Классификация ЦП.
3. Клинико-морфологические синдромы.
4. Возможности клинической, лабораторной и инструментальной диагностики. Б. Лечение ЦП.
6. Рак печени. Классификация.

7 Клиническая картина рака печени.

8. Диагностика заболевания. Роль лабораторных и инструментальных методов исследования: УЗИ, сканирование и лапароскопия.
9. Дифференциальный диагноз ЦП с хроническим гепатитом, опухолями печени.
10. Лечение. Прогноз.
11. Неотложные состояния при ЦП: Клиника, диагностика и лечение.

План проведения занятий:

1. Контроль исходного уровня знаний - опрос по заданной теме.
2. Демонстрация тематического больного.
3. Самостоятельная работа студентов: студент самостоятельно проводит опрос, осмотр, физикальное обследование больного, анализирует дополнительные методы исследования, формулирует предварительный диагноз, определяет дальнейший объем исследований, проводится дифференциальная диагностика, обосновывается и назначается лечение. Чтение Ro-грамм, решение клинических и ситуационных задач, изучение данных УЗИ печени, трактовка лабораторных данных и результатов гистологического исследования биоптатов печени и асцитической жидкости, радионуклидных и иммунологических методов исследования.
4. Заключение преподавателя.

Контрольные вопросы:

1. Следствием какого заболевания чаще всего является ЦП?
2. Каков ранний (манифестирующий) признак первичного биллиарного ЦП?
3. Назовите основные патогенетические механизмы формирования асцита при ЦП.
4. Медикаментозная терапия печеночной энцефалопатии.
5. Укажите мероприятия, обеспечивающие максимальную продолжительность жизни больного ЦП.
6. В каких случаях больному ЦП показана протововирусная терапия и прием кортикостероидов?
7. Проведите дифференциальную диагностику между циррозом и раком печени.
8. Назовите характерные признаки цирроза печени.
9. Подберите наиболее эффективную схему лечения ЦП.

Литература:

1. Диагностика и лечение внутренних болезней / Под ред. Ф.И. Комарова,— **М.:** Медицина,1996.
2. Внутренние болезни. Учебник / Под ред. В.И. Маколкина. - М., 1994.
3. Фармакотерапия с основами клинической фармакологии / Под ред. В.И. Петрова. - Волгоград, 1996.
4. Внутренние болезни / Под ред. А.В. Сумарокова. В 2-х томах. - М.: Медицина, 1993.
5. Гастроэнтерология. / Под ред. Ф.И. Комарова. В 3-х томах. - М.: Медицина, 1996.
6. Лекционный материал.

Занятие № 22

Тема: **Хронический панкреатит (pancreatitis chronica). Опухоли поджелудочной железы.**

Цель занятия: Приобрести теоретические знания и освоить практические навыки для диагностики и лечения хронического панкреатита (ХП).

Вопросы, рассматриваемые на занятии:

1. Этиология и патогенез ХП.
2. Основные клинические синдромы.
3. Марсельско-римская классификация хронических панкреатитов. Особенности течения различных форм заболевания.
4. Диагностика ХП.
5. Дифференциальный диагноз ХП с раком поджелудочной железы, обострением хронического гастрита, опухолями желудка, хроническим холециститом.
6. Лечение панкреатитов.
7. Показания к хирургическому лечению ХП.
8. Профилактика и санаторно-курортное лечение.
9. Неотложные состояния: клиника, диагностика и лечение.
10. Опухоли поджелудочной железы. Принципы диагностики и лечения.

План проведения занятия:

1. Контроль исходного уровня знаний - опрос по заданной теме.
2. Демонстрация тематического больного.
3. Самостоятельная работа студентов: студент самостоятельно проводит опрос, осмотр, физикальное обследование больного, анализирует дополнительные методы исследования, формулирует предварительный диагноз, определяет дальнейший объем исследований, проводится дифференциальная диагностика, обосновывается и назначается лечение. Чтение Ro-грамм, решение клинических и ситуационных задач, изучение данных УЗИ поджелудочной железы, трактовка лабораторных данных и результатов ЭРХПГ.
4. Заключение преподавателя.

Контрольные вопросы:

1. Назовите наиболее частую причину развития ХП у мужчин и женщин.
2. Назовите причины развития болевого синдрома при панкреатите.
3. Каковы показания к назначению лекарственных препаратов для подавления активности ферментов поджелудочной железы?
4. Показания к хирургическому лечению.
5. Назовите критерии обострения и ремиссии ХП.
6. Укажите клинические признаки нарушения внутри- и внешнесекреторной функции поджелудочной железы.
7. Каковы самые ценные лабораторные показатели в диагностике обострения ХП?

Литература:

1. Диагностика и лечение внутренних болезней / Под ред. Ф.И. Комарова. - М.: Медицина, 1996.
2. Внутренние болезни. Учебник / Под ред. В.И. Маколкина. - М., 1994.
3. Фармакотерапия с основами клинической фармакологии / Под ред. В.И. Петрова. Волгоград, 1996.
4. Внутренние болезни / Под ред. А.В. Сумарокова. В 2-х томах. - М.: Медицина, 1993.
5. Гастроэнтерология. / Под ред. Ф.И. Комарова. В 3-х томах. - М.: Медицина, 1996.
6. Лекционный материал.

НЕФРОЛОГИЯ

Занятие № 23

Тема: *Гломерулонефриты острый и хронический. (Glomerulonephritis acuta et chronica)*

Цель занятия:
Студент должен поставить и правильно обосновать клинический диагноз острого и хронического гломерулонефрита у обследуемого больного. Четко трактовать клинический вариант его течения. Провести дифференциальную диагностику между заболеваниями почек. Научиться назначать патогенетически обоснованное лечение, в соответствии с клиническим вариантом гломерулонефрита и стадией хронической почечной недостаточности (ХПН).

Вопросы, рассматриваемые на занятии:
1. Определение острого и хронического гломерулонефрита.
2. Современное представление об этиологии и патогенезе.
3. Классификация.
4. Клиническая картина. Основные клинические синдромы.
5. Критерии диагноза острого и хронического гломерулонефрита.
6. Лабораторные и-инструментальные показатели функции почек.
7. Основные клинические варианты течения гломерулонефритов.
8. Неотложные состояния: острая почечная недостаточность, острая сердечная недостаточность, почечная эклампсия.
9. Осложнения острого гломерулонефрита: переход в подострую форму, исход в хронический гломерулонефрит, ХПН.
10. Дифференциальный диагноз
11. Принципы лечения

План проведения занятия:
1. Контроль исходного уровня знаний — ответы на контрольные вопросы, решение ситуационных задач, работа с анализами.
2. Разбор тематического больного с острым или хроническим гломерулонефритом
3. Самостоятельная работа студентов с тематическими больными.

Студент должен самостоятельно проводить опрос, осмотр, физикальное обследование больного, анализировать дополнительные методы исследования, формулировать предварительный диагноз, определять дальнейший объем исследований, проводить дифференциальную диагностику, обосновывать и назначать лечение. Решение клинических и ситуационных задач, оценка ЭКГ, трактовка анализов.
4. Заключение преподавателя.

Практические навыки: Студент должен
уметь:

1. Обследовать больного с острым и хроничесшм гломерулонефритом, выявить наличие заболевания, отличить острый гломерулонефрит от хронического, установить клинический вариант течения, сформулировать предварительный и окончательный диагноз, подобрать лечение, оказать неотложную помощь.
2. Оценить практическую значимость: общего анализа мочи, исследования мочи по Нечипоренко, Зимницкомуи пробы Роберга, показателей биохимического исследования крови: содержания мочевины и креатинина, общего белка и его фракций, электролитного и кислотно-щелочного баланса крови.
3. Оценить и использовать для диагностики патологии почек современные методы исследования: УЗИ почек,

Рентгенография почек,

Компьютерная томография, сцинтигрофия.

Контрольные вопросы:

1. Основные синдромы, по которым устанавливается диагноз острого и хронического гломерулонефрита.
2. Какие показатели говорят об активности нефрита?
3. Критерии диагноза острого и хронического гломерулонефрита.
4. Признаки и стадии хронической почечной недостаточности
5. Клинико-морфологические формы гломерулонефритов
6. Патогенез гипертензионного синдрома
7. Показания для применения глюкокортикоидов, цитостатиков, проведения « пульстерапии». Методы нефропротективной терапии

Литература:

1. Внутренние болезни под. ред. Комарова Ф. И. , Медицина, 1990 г.
2. Внутренние болезни под ред. Сумарокова в 2-х томах,. Медицина, 1993 год
3. Виноградов А. В. Дифференциальный диагноз внутренних болезней, Медицина, 1991 г.
4. Лечение внутренних болезней под ред. Окорокова А. Н., Минск, 1996 г. том 2.

ГЕМАТОЛОГИЯ

Занятие № 24

Тема: Железодефицитные анемии (Anaemia sideropriva)

Цель занятия: Научиться диагностировать и лечить железодефицитные анемии. При проведении данного занятия студенты знакомятся с клиникой, диагностикой и лечением железодефицитных состояний

Вопросы, рассматриваемые на занятии:

1. Современная классификация анемических состояний
2. Железодефицитные анемии (ЖДА)
3. Пути транспорта железа в организме, депонирование железа, суточная потребность организма в железе.
4. Этиопатогенез (этапы развития дефицита железа в организме, понятие о скрытом дефиците железа в организме)
5. Клиническая картина, основные синдромы ЖДА.
6. Критерии диагноза, алгоритм дифференциального диагноза с другими видами анемий.
7. Лечение, контроль за эффективностью терапии препаратами железа.
8. Оказание неотложной помощи
9. Течение болезни, исходы, профилактика, диспансерное наблюдение.

План проведения занятия:

1. Опрос по теме занятия.
2. Разбор тематического больного.
3. Самостоятельная работа студентов.
4. Контроль за курацией студентами больных с анализом типичных ошибок.

Самостоятельная работа студентов:

1. Самостоятельный анализ набора клинико-лабораторных данных (общего клинического анализа крови, сывороточного железа, дисфераловой пробы).

2. Составление плана дифференциального диагноза на курируемого больного.
3. Самостоятельная формулировка диагноза у курируемого больного с учетом латинской терминологии.
4. Самостоятельное составление плана лечения.

Практические навыки Обучаемый должен
уметь:

1) Выявить при обследовании и оценить изменения со стороны сердечнососудистой системы (систолический шум на верхушке, шум «волчка» над яремной веной),пищеварительной системы (болезненность в эпигастрии и увеличение печени),слизистых оболочек и кожных покровов (симптом койлонихии)
2) Выполнить определение Нв и группы крови
3) Оценить показатели периферической крови (Нв, кол-во эритроцитов, цветной показатель, кол-во тромбоцитов и ретикулоцитов, аниэо- пойхилоцитоз), уровень сывороточного железа.

Контрольные вопросы:
1. Исследование какого показателя крови важно для постановки диагноза ЖДА?
2. Какова наиболее частая причина ЖДА?
3. Какие существуют критерии эффективности лечения ЖДА препаратами железа?
4. Комплекс обследования больного для верификации диагноза ЖДА.
5. Что такое сидеропенический синдром?
6. Что в себя включает лечебная программа при ЖДА?
7. На какие этапы делится лечение железосодержащими препаратами?
8. Что вы знаете о профилактике ЖДА (первичная и вторичная)?

Литература:
1. Внутренние болезни. Учебник для студентов мед институтов под ред. В.И. Маколкина, С.И. Овчаренко.-М.:Медицина,1987.
2. Внутренние болезни. Учебник для студентов мед. Институтов под ред Ф.И. Комарова.-М.:Медицина,1993.
3. Болезни системы крови: пособие для студентов под ред.К.М.Зубаревой.М.:Медицина,1979.
4. Диагностика и лечение внутренних болезней. Руководство для врачей. Т.3. под ред. Ф.И. Комарова.-М.:Медицина,1992.
5. Лечение болезней внутренних органов: Практ. Руководство:Т.3.Кн.2-Мн.:выш.шк., Витебск.1997.
6. Руководство по гематологии: В 2т. Т 2. Под. Ред. А.И. Воробьева.-М.: Медицина, 1985.

Занятие № 25

Тема: Хронические лейкозы (Myeloleucosis chronica, Lympholeucosis chronica)

Цель *занятия:* Научится диагностировать и лечить хронические лейкозы. При проведении данного занятия студенты знакомятся с клиникой, диагностикой и лечением хронического миелолейкоза и хронического лимфолейкоза

Вопросы, рассматриваемые на занятии:
1. Хронический миелолейкоз и хр. пимфолейкоз.
2. Клиническая картина и основные клинические синдромы.
3. Стадии течения. Лабораторно-морфологическая диагностика.
4. Диагностические критерии.

5. Дифференциальный диагноз с миелоидными и лимфоцитарными лейкемоидными реакциями (иммунный агранулоцитоз, инфекционный мононуклеоз, туберкулез, злокачественные новообразования)
6. Принципы лечения. Осложнения.
7. Неотложная помощь при бластном и аутоиммунном кризах.
8. Исходы. Профилактика. Диспансеризация.

План проведения занятия:

1. Опрос по теме занятия.
2. Самостоятельная работа студентов.
3. Разбор тематического больного.
4. Контроль за курацией студентами больных с анализом типичных ошибок.
5. Собеседование с обсуждением контрольных вопросов.

Самостоятельная работа студентов:

1. Самостоятельный анализ набора лабораторных данных.
2. Составление плана дифференциального диагноза у тематического больного.
3. Формирование диагноза у тематического больного.
4. Составление плана лечения у тематического больного.

Практические навыки *Студент должен*

уметь:

1. Выполнить подсчет лейкоцитов и лейкоцитарной формулы
2. Оценить показатели периферической крови (кол-во лейкоцитов, лейкоцитарную формулу в норме, при остром лейкозе, при хроническом миело- и лимфолейкозе) 3. Оценить выявленные при обследовании полиаденопатию, гепато-спленомегалию.

Контрольные вопросы:

1. Какие кроветворные органы вы знаете и какова их функция?
2. Каковы клинико-гематологические критерии диагноза хр.миелолейкоза?
3. Какова основная сущность лейкемического процесса?
4. Какой наиболее характерный клинический симптом хронического лимфолейкоза?
5. Каковы морфологические особенности лейкемических клеток при хроническом миело- и лимфолейкозе?
6. Каковы лечебные программы при хр. миело- и хр. лимфолейкозе?
7. Схема диагностического поиска при хронических лейкозах?
8. Наиболее частые осложнения при различных формах лейкозов?
9. Какие цифры лейкоцитов можно считать лейкоцитозом, и каковы его основные причины?
10. Какие виды цитостатической терапии в зависимости от стадии хронического лейкоза вы знаете?

Литература:

1. Внутренние болезни. Учебник для студентов мед институтов под ред. В.И. Маколкина, С.И. Овчаренко.-М.:Медицина,1987.
2. Внутренние болезни. Учебник для студентов мед. Институтов под ред Ф.И. Комарова.-
М.:Медицина,1993.

3. Болезни системы крови: пособие для студентов под ред-К.М.Зубаревой.М.:Медицина,1979.
4. Диагностика и лечение внутренних болезней. Руководство для врачей. Т.3. под ред. Ф.И. Комарова.-М.:Медицина,1992.

5. Лечение болезней внутренних органов: Практ. Руководство:Т.3.Кн.2-Мн.:выш.шк., Витебск, 1997.
6. Руководство по гематологии:В2т.Т.1. Под ред. А.И.Воробьева.-М.: Медицина, 1985.

ЭНДОКРИНОЛОГИЯ

Изучение эндокринной патологии проводится в соответствии с юграммой по эндокринологии МЗ РФ для студентов высших медицинских ебных заведений (Москва,

1997 г.).

Основной задачей обучения является: научить студентов методам клинической диагностики, врачебной тактики, шазанию неотложной помощи больным с заболеваниями эндокринной системы, ознакомить студентов с современными практическими методами в шдокринологии.

Основным методом обучения является работа студентов с тематическими больными, которая проводится в специализированном эндокринном отделении больницы №4, являющейся базой кафедры факультетской терапии.

Каждый студент для курации получает одного больного, на которого он пишет академическую историю болезни. Возможна курация больного двумя студентами, а в случае редкой патологии одного больного могут курировать 3 студента.

Очень редкие случаи эндокринной патологии преподаватель сам демонстрирует в группе. Эндокринные заболевания, которые чрезвычайно редко встречаются в клинической практике и продемонстрировать которые нет возможности, изучаются по принципу самостоятельной внеаудиторной работы (литература, клинические задачи) с включением ряда важных вопросов этой темы в раздел дифференциальной диагностики при наиболее частых эндокринных заболеваниях.

Для работы с больными студент получает «Схему обследования 1Ндокринного больного» и «Схему академической истории болезни». При самостоятельной формулировке диагноза студент должен дать не только русскую транскрипцию, но и латинскую названия диагноза по современным классификациям.

В соответствии с требованиями Государственных общеобразовательных Стандартов при изучении эндокринной патологии ***студент должен уметь:***

- пользоваться важнейшими методами обследования эндокринных больных и оценивать результаты специальных методов обследования, " диагностировать и лечить сахарный диабет 1 типа, сахарный диабет 2 типа, диффузный токсический зоб, эндемический зоб, гипотиреоз, ожирение, хроническую недостаточность коры надпочечников,
- поставить предварительный диагноз таких заболеваний, как болезнь Иценко-Кушинга, акромегалия, несахарный диабет, феохромоцитома, гипо- и гиперпаратиреоз, гормонально активные опухоли коры надпочечников и яичников и составить план обследования больных. В процессе изучения эндокринологии ***студенты должны получить практические умения****:* определение степени увеличения щитовидной железы, оценка физического, полового развития, подсчет избытка массы тела, оценка гликемического профиля, определение ацетона и сахара в моче, глюкозы в крови, расчет диеты по хлебным единицам, расчет необходимой дозы инсулина с учетом диеты больным сахарным диабетом, оценка стандартного теста толерантности к глюкозе,

проведение и интерпретация пробы с кортикотропином и дексаметазоном, чтение краниограммы — оценка размеров и структуры костной ткани турецкого седла, диагностировать и оказывать экстренную помощь при диабетическом кетоацидозе и коме, гиперосмолярной коме, гипогликемических состояниях, тиреотоксическом кризе, острой недостаточности коры надпочечников.

Литература:

1. Потемкин В. В. Эндокринология. 1989 г. |
2. Старкова Т. Н. Клиническая эндокринология. М-, 1996 г.
3. Балаболкин М.И. Эндокринология М.,1998 г. '
4. Справочник по клинической эндокринологии. Под ред-Холодовой Е.А., Минск, 1996
5. Эндокринология Под ред. Н.Лавина. Перевод с анг. М.,1999 г.

Занятие № 26

Тема: **Сахарный диабет (Diabetus melitus).** ЭТИОЛОГИЯ. ПАТОГЕНЕЗ. КЛАССИФИКАЦИЯ. КЛИНИКА. ДИАГНОСТИКА.

Цель занятия: Научиться диагносцировать сахарный диабет и формулировать диагноз в соответствии с современной классификацией.

Вопросы, рассматриваемые на занятии:

1. Этиология сахарного диабета 1 типа: роль вирусной инфекции и аутоиммунных процессов. Наследственность.
2. Этиология сахарного диабета 2 типа: роль резистентности рецепторов к инсулину, контринсулярных гормонов, наследственности, ожирения, гиподинамии.
3. Факторы риска сахарного диабета.
4. Патогенез клинических симптомов сахарного диабета.
5. Степени тяжести заболевания, компенсация и декомпенсация сахарного диабета.
6. Дифференциальный диагноз сахарного диабета.

По полиурии и полидипсии: несахарный
диабет хронический пиелонефрит
поражение почек с хронической почечной недостаточностью первичный
гиперальдостеронизм гиперпаратиреоз неврогенная полиурия и полидипсия По
гипергликемии:

Болезнь и синдром Иценко-Кушинга

Стероидный диабет

Акромегалия

Гемохроматоз

Феохромоцитома

Диффузный токсический зоб

Болезни печени и поджелудочной железы
Алиментарная гипергликемия По глюкозурии:
почечный диабет
гликозурия беременных

План проведения занятия:
1. Опрос по темезанятия.
2. Демонстрация больного с сахарным диабетом.
3. Самостоятельная работа студентов:
- курация тематических больных под контролем преподавателя
- самостоятельное представление курируемого больного в группе составление алгоритма диагноза и плана обследования
- оценка параклинических методов обследования курируемого больного решение клинических задач по теме
4. Заключение преподавателя по разделу самостоятельной работы с разбором ошибок.

Контрольные вопросы:
1. Как классифицируется в настоящее время сахарный диабет?
2. Особенности сахарного диабета 1 и 2 типов.
3. Патогенез клинических синдромов сахарного диабета.
4. Определение степени тяжести сахарного диабета.
5. Критерии компенсации сахарного диабета 1 типа и 2 типа.
6. Лабораторные методы исследования нарушений углеводного обмена при сахарном диабете.

Занятие № 27

Тема: Осложнения сахарного диабета и их лечение.

Цель занятия: Изучение патогенеза и клинических проявлений острых и хронических проявлений осложнений сахарного диабета. Освоение принципов их лечения.

Вопросы, рассматриваемые на занятии:
1. Патогенез и клиника микроангиопатий и макроангиопатий. Нейропатии. Синдром диабетической стопы. Остеоартропатии. Поражение миокарда при сахарном диабете.
Принципы лечения.

2. Факторы риска коматозных состояний при сахарном диабете.
3. Патогенез и распознавание кетоацидотического состояния и кетоацидотической комы.
4. Патогенез и диагностика гиперосмолярной комы.
5. Патогенез и диагностика молочнокислой комы.
6. Гипогликемические состояния и гилокликемическая кома.
7. Современные методы оказания неотложной помощи при коматозных состояниях.

План проведения занятия:
1. Опрос по теме.
2. Демонстрация преподавателем больного сахарным диабетом с острыми и хроническими осложнениями.
3. Самостоятельная работа студентов:

- курация больных сахарным диабетом с острыми и хроническими осложнениями (возможно в анамнезе),
- участие в обследовании и наблюдении больного в состоянии кетоацидотической комы (по возможности)
- составление плана обследования больного сахарным диабетом с осложнениями и лечения
- трактовка параклинических методов обследования этих больных,
- доклад в группе курируемых больных, решение клинических задач по теме,
- самостоятельноеопределение сахара и ацетона в моче,

4. Заключение преподавателя по самостоятельной работе студентов.
5. Индивидуальное собеседование по допущенным ошибкам

Контрольные вопросы:

1. Диабетическая нефропатия. Клиника. Стадии развития. Лечение.
2. Синдром диабетической стопы. Патогенез. Клиничесие формы.
3. Симптомы диабетической полинейропатии.
4. Дифференциальный диагноз гиперкетоанемической и гиперосмолярной кому гиперкетонемической и гиперлактатемической комы.
5. Различие в неотложной терапии гиперкетонемической, гиперосмолярной и гиперлактатемической ком.
6. Гипогликемическое состояние и гипогликемическая кома. Патогенез и клиника адренергических и нейрогликопенических проявлений гипогликемии.
7. Принципы современной терапии коматозных состояний: расчет адекватной дозы инсулина

- регидратационная терапия
- борьба с ацидозом
- борьба с гиповолемией
- коррекция электролитного баланса - симптоматическая терапия.

Занятие№ 28

Тема: **Лечение сахарного диабета.**

Цель занятия: изучение принципов лечения сахарного диабета с дифференцированным подходом при различных его типах.

Вопросы, рассматриваемые на занятии:

1. Диетотерапия. Состав диет, расчет калорийности. Понятие о хлебных единицах.
2. Сахароснижающее действие сульфаниламидных препаратов первой и второй генерации. Механизм действия. Показания к назначению. Осложнения. Лечение бигузнидами. Механику действия. Показания к назначению.Осложнения.
3. Инсулинотерапия. Препараты инсулина короткого и длительного действия. Методика расчета доз инсулина. Синдром хронической передозировки инсулина. Инсулинорезистентность

План занятия:

1. Опрос по теме.
2. Демонстрация больных сахарным диабетом, получающих инсулин и получающих сахароснижающие пероральные препараты.
3. Самостоятельная работа студента:

- курация больных с различными методами лечения сахарного диабета
- расчет калорийности диеты у конкретного больного
- назначение ЛФК и ФТЛ

- расчет дозы и препарата инсулина курируемому больному
- назначение по показаниям пероральных сахароснижающих средств (препарат, доза)
- самостоятельное представление в группе курируемых больных
- решение клинических задач пл теме

4. Рецензия преподавателя на самостоятельную работу студентов с разбором допущенных ошибок

Контрольные вопросы:

1. Показания к лечению больных сахарным диабетом только диетой
2. Различие механизма действия производных сульфаниламидных сахароснижающих препаратов и бигуанидов.
3. Тактика лечения пероральными сахароснижающими препаратами. Осложнения
4. Тактика лечения препаратами инсулина. Осложнения.
5. Какие существуют показания к назначению больным сахарным диабетом инсулина?
6. Назначение ангиопротекторов больным сахарным диабетом.
7. Роль лечебной физкультуры и физиотерапевтического лечения сахарного диабета.

Занятие № 29

Тема: ***Диффузный токсический зоб***

Цель ***занятия:*** Освоить диагностику диффузного тонического зоба, его осложнений и принципы различных методов лечения, включав неотложную терапию.

Вопросы, рассматриваемые на занятии.

1. Этиология заболевания
2. Роль аутоиммунных механизмов в патогенезе диффузного токсического зоба
3. Клинические проявления болезни.
4. Параклинические методы Диагностики функционального состояния щитовидной железы.
5. Дифференциальная диагностика диффузного токсического зоба
6. Осложнения диффузного токсического зоба 7. Принципы лечения ***План проведения занятия:***

1. Опрос по теме
2. Демонстрация преподавателем больного с диффузным токсическим зобом 3. Самостоятельная работа студентов курация больных с диффузным токсическим зобом составление схемы обследования и дифференциального диагноза

- интерпретация параклинических методов обследования данного больного
- формулировка диагноза у курируемого больного в соответствии с современной классификацией
- представление курируемого больного в группе
- решение клинических задач по теме
- выписывание рецептов

4. Подведение преподавателем итогов самостоятельной работы студентов с индивидуальным разбором ошибок.

Контрольные вопросы:

1. Роль аутоиммунных механизмов в развитии диффузного токсического зоба
2. Обоснование диагноза по клиническим данным с указанием степени тяжести тиреотоксикоза и степени увеличения щитовидной железы
3. Провести дифференциальный диагноз диффузного токсического зоба

- по клиническим симптомам тиреотоксикоза: с ревматизмом, миокардитом, митральным стенозом, ИБС (аритмическая *форма),* веготососудистой дистонией, туберкулезом

- по изменениям щитовидной железы: с узловым зобом, раком щитовидной железы, аутоиммунным тиреоидитом, зобом Риделя, зобом Де Кервена, эндемическим зобом

4. Какие параклинические методы исследования применяются для оценки функциональных и морфологических изменений щитовидной железы?
5. Лечение диффузного токсического зоба (радикальное и медикаментозное).
6. Патогенез и клиника тиреотоксического криза и неотложная терапия этого состояния.

Занятие № 30

Тема: **Первичная хроническая недостаточность коры надпочечников (Болезнь Аддисона) острая недостаточность надпочечников.**

Цель занятия:Научиться диагносцировать различные клинические формы недостаточности коркового вещества надпочечников, назначить лечение, оказать неотложную помощь.

Вопросы, рассматриваемые на занятии:

1. Этиология и патогенез болезни Аддисона. Клинические проявления
2. Первичная и вторичная недостаточность коры надпочечников 3. Острая недостаточность коры надпочечников. Клинические формы
4. Основные синдромы гипокортицизма.
5. Необходимые параклинические методы обследования для постановки диагноза.
6. Критерии диагноза Аддисоновой болезни
7. Неотложные состояния при хронической недостаточности коры надпочечников.
8. Лечение хронической недостаточности коры надпочечников и неотложных состояний при этом.

План проведения занятия:

1, Опрос по теме

2 Демонстрация преподавателем больного с хронической недостаточностью коры надпочечников.

3. Самостоятельная работа студентов
   - курация тематических больных
   - составление плана обследования конкретного больного
   - составление плана дифференциального диагноза в зависимости от преобладания тех или иных клинических симптомов у больного
   - составление плана лечения
   - доклад больного в группе
   - интерпретация данных дополнительного метода обследования у курируемого больного
   - решение клинических задач по теме
   - выписывание рецептов для лечения болезни Аддисона
4. Заключение преподавателя по разбираемым больным.

Контрольные вопросы:

1. Гормоны коры надпочечников и их биологическое действие
2. Патогенез и клинические нарушения углеводного, белкового, водно-электролитного обмена при болезни Аддисона.

3. Биохимические изменения крови,мочи
4. Функциональные пробы для оценки резервов коры надпочечников
5. Дифференциальный диагноз первичного и вторичного гипокортицизма
6. Синдромная дифференциальная диагностика с другими заболеваниями (пигментной формой тареотоксикоза, гемохроматозом, склеродермией, злокачественными опухолями, гипотонической болезнью, заболеваниями желудочно- кишечного тракта).
7. Аддисонический криз. Причины возникновения. Клиника. Принципы лечения. Неотложная терапия при кризе.

Занятие № 31

Тема: **Заболевания гипофизарно-гипоталамической системы. Болезнь и синдром Иценко-Кушинга.**

Цель занятия: Изучить этиологию, патогенез, клинические проявления и диагностические критерии болезни и синдрома Иценко-Кушинга, а также их осложнения и лечение.

Вопросы, рассматриваемые на занятии:

1. Регуляция гипофизарной функции. Гипоталамо-гипофизарная система
2. Этиология и патогенез болезни Иценко-Кушинга
3. Клинические проявления болезни и их патогенез.
4. Синдромная диагностика болезни Иценка-Кушинга.
5. Дифференциальный диагноз болезни и синдрома Иценко-Кушинга
6. Осложнения
7. Принципы лечения.

План проведения занятия:

1. Опрос по теме.
2. Демонстрация преподавателем больного с болезнью Иценко-Кушинга.
3. Самостоятельная работа студентов: курация больных, составление плана обследования больного, составление плана дифференциального диагноза, назначение необходимых параклинических методов обследования, представление больного в группе, формулировка диагноза и назначение лечения, решение клинических задач.
4. Заключение преподавателя по самостоятельной работе, разбор наиболее типичных ошибок.

Контрольные вопросы:

1. Каков патогенез основных симптомов при болезни Иценко-Кушинга?
2. Какие лабораторные, инструментальные методы исследования и функциональные пробы используются для подтверждения диагноза болезни Иценко-Кушинга?
3. Механизмы повышения артериального давления и изменений со стороны сердца при данном заболевании.
4. Каковы осложнения наблюдаются со стороны мочеполовой системы, желудочнокишечного тракта, костной системы?
5. Как провести дифференциальный диагноз между болезнью Иценко-Кушинга, гормональноактивными опухолями коры надпочечников, гормонопродуцирующими опухолями яичников, пубертатным гипоталамическим синдромом, сахарным диабетом, гипертонической болезнью, ожирением?
6. Принципы патогенетического и симптоматического лечения.

Занятие№ 32

Тема: **Ожирение**

Цель занятия: Научиться диагностировать различные клинике- патогенетические формы ожирения, определить его степень и назначать лечение.

Вопросы, рассматриваемые на занятии:

1. Классификация ожирения
2. Патогенез и клиника различных форм ожирения
3. Ожирение и изменения внутренних органов и обмена веществ.
4. Дифференциальный диагноз различных форм ожирения и других заболеваний.
5. Различные методы лечения ожирения.

План проведения занятия:

1. Опрос по теме
2. Демонстрация преподавателем больного с одной из форм ожирения.
3. Самостоятельная работа студентов:
   - курация тематического больного
   - проведение антропометрического измерения и определение степени ожирения у курируемого больного
   - определение объема необходимых параклинических исследований
   - выявить у больного симптомы, свидетельствующие о различных эндокринных нарушениях и определить форму ожирения - доклад курируемых больных в группе
   - самостоятельная формулировка диагноза у курируемых больных
4. Заключительное слово преподавателя по оценке самостоятельной работы и разбор допущенных ошибок.

Контрольные вопросы:

1. Почему ожирение является социальной проблемой?
2. Фактором риска каких заболеваний является ожирение?
3. Как провести дифференциальный диагноз между конституциально- алиментарным, эндокринным и церебральным (гипоталамическим) ожирением?
4. Что характерно для гипоталамического ожирения?
5. Патогенез изменений сердечно-сосудистой системы при ожирении.
6. Как рассчитать калорийную ценность и качественный состав пищи для больного с ожирением?
7. Современные принципы лечения ожирения (диетотерапия, ЛФК, медикаментозная терапия, хирургические методы лечения, симптоматическая терапия).

МИНИСТЕРСТВО НАУКИ И ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования

«Чеченский государственный университет имени Ахмата Абдулхамидовича Кадырова»

МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ

Кафедра «Госпитальная хирургия»

Методические указания

к практическим занятиям по дисциплине

«ГОСПИТАЛЬНАЯ ХИРУРГИЯ, ДЕТСКАЯ ХИРУРГИЯ»

Направление подготовки	Лечебное дело
Код направления подготовки	31.05.01
Квалификация выпускника	Врач-лечебник
Форма обучения	Очная
Код дисциплины	Б1.О.11

Грозный – 2025.

Ферзаули А.Н. Методические указания к практическим занятиям по дисциплине «Госпитальная хирургия, детская хирургия» [Текст]/ Сост. А.Н. Ферзаули – Грозный: ФГБОУ ВО «Чеченский государственный университет имени А.А. Кадырова», 2025 г.

Методические указания к практическим занятиям по дисциплине «Госпитальная хирургия, детская хирургия» рассмотрены на заседании кафедры «Госпитальная хирургия», рекомендованы к использованию в учебном процессе (протокол № 9 от 23.05.2025 г.), составлена в соответствии с требованиями ФГОС ВО по направлению подготовки 31.05.01 (Лечебное дело, квалификация – врач-лечебник, утвержденного Приказом Министерства образования и науки РФ от 12.08.2020 г. N 988, а также с учетом рабочего учебного плана по данному направлению подготовки, одобренного Ученым советом ФГБОУ ВО «Чеченский государственный университет имени А.А. Кадырова»

© А.Н. Ферзаули, 2025 г.
©ФГБОУ ВО «Чеченский государственный университет им. А.А. Кадырова», 2025 г.

МОДУЛЬ «ГОСПИТАЛЬНАЯ ХИРУРГИЯ». IX СЕМЕСТР.

Занятие № 1
Тема: Заболевания легких и плевры.

Цель занятия: на основании знаний анатомии, физиологии легких и плевры, представлении об этиологии, патогенезе, клиники гнойных заболеваний легких и плевры, овладеть методиками обследования больных, способами диагностики, основой построения диагноза, назначения лечения для больного с гнойными заболеваниями легких и плевры.

Вопросы, рассматриваемые на занятии:
Абсцесс, гангрена легкого. Эмпиема плевры. Причины и факторы образования острого абсцесса легкого. Стадии развития абсцесса, клинические особенности. Диагностика. Осложнения. Принципы лечения. Показания и методы хирургического лечения. Хронический абсцесс легкого. Особенности клинического течения гангрены лёгкого. Классификация. Клиника, диагностика и принципы лечения острой эмпиемы плевры. Пиопневмоторакс. Происхождение. Клиника. Диагностика. Хирургическая тактика и принципы лечения. Хроническая эмпиема плевры. Клиника. Диагностика. Принципы хирургического лечения.

План проведения занятия:
1. Опрос по теме занятия.
2. Демонстрация больного с тематическим заболеванием.
3. Самостоятельная работа студентов:
- курация тематических больных под контролем преподавателя
- самостоятельное представление курируемого больного в группе, составление алгоритма диагноза и плана обследования
- оценка параклинических методов обследования курируемого больного, решение клинических задач по теме
4. Заключение преподавателя по разделу самостоятельной работы с разбором ошибок.

Самостоятельная работа: правильно интерпретировать данные клинических, дополнительных методов исследования; сформулировать аргументированно диагноз; составить план обследования больного; обосновать целесообразность применения дополнительных методов исследования.

Контрольные вопросы:
1. Какие гнойные заболевания легких и плевры вы знаете?
2. Какие формы гнойного плеврита вы знаете?
3. Какие существуют методы диагностики гнойных заболеваний легких?
4. Какие существуют методы диагностики гнойных заболеваний плевры?
5. Каковы симптомы гнойных заболеваний легких и плевры?
6. Лечебные мероприятия при гнойных заболеваниях легких и плевры.
7. В чем заключаются клинико-физиологические особенности течения гнойных заболеваний легких и плевры?

Литература:

1. Госпитальная хирургия. Синдромология [Электронный ресурс]: учебное пособие / под ред. Н.О. Миланова, Ю.В. Бирюкова, Г.В. Синявина. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. 79 - 440 с.
2. Исаков Ю.Ф., Детская хирургия [Электронный ресурс]: учебник / под ред. Ю. Ф. Исакова, А. Ю. Разумовского; отв. ред. А. Ф. Дронов. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015. - 1040 с.
3. Кузин М.И., Хирургические болезни [Электронный ресурс]: учебник / под ред. М. И. Кузина. - 4-е изд., перераб. и доп. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014. - 992 с.
4. Кузнецов Н.А., Уход за хирургическими больными. Руководство к практическим занятиям [Электронный ресурс]: учебное пособие / Кузнецов Н.А., Бронтвейн А.Т., Грицкова И.В. и др - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2011. - 192 с.
5. Леванович В.В., Амбулаторная хирургия детского возраста [Электронный ресурс] / В.В. Леванович, Н.Г. Жила, И.А. Комиссаров - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014. - 144 с.
6. Суковатых Б.С., Хирургические болезни и травмы в общей врачебной практике [Электронный ресурс] / Суковатых Б.С., Сумин С.А., Горшунова Н.К. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008. - 624 с.
7. Черноусов А.Ф., Хирургические болезни [Электронный ресурс]: учебник / Черноусов А.Ф., Ветшев С.П., Егоров А.В. Под ред. А.Ф. Черноусова. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2012. - 664 с.
8. Хирургические болезни [Электронный ресурс]: учебник / под ред. Н.Н. Крылова - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2017. - 624 с.

Занятие № 2
Тема: Бронхоэктатическая болезнь.

Цель занятия: ознакомиться с современными аспектами диагностики, клиники и хирургического лечения заболеваний легких и плевры, объединяющихся наличием гноеобразующей инфекции, определяющей их клиническую картину.

Вопросы, рассматриваемые на занятии: Этиология и патогенез бронхоэктатической болезни. Клинико-морфологические стадии развития. Диагностика. Осложнения. Тактика и принципы лечения в зависимости от стадии болезни.

План проведения занятия:
1. Опрос по теме занятия.
2. Демонстрация больного с тематическим заболеванием.
3. Самостоятельная работа студентов:
- курация тематических больных под контролем преподавателя
- самостоятельное представление курируемого больного в группе, составление алгоритма диагноза и плана обследования
- оценка параклинических методов обследования курируемого больного, решение клинических задач по теме
4. Заключение преподавателя по разделу самостоятельной работы с разбором ошибок.

Самостоятельная работа:
1. собрать анамнез, применить способы и приемы осмотра, пальпации, аускультации больного, сформулировать предварительный диагноз;
2. составить план лабораторного и инструментального обследования больного для проведения дифференциальной диагностики и уточнения диагноза.

Контрольные вопросы:
1. Этиология бронхита при бронхоэктатической болезни.

2. Антибактериальная терапия при бронхоэктатической болезни.
3. Клинико-рентгенологические особенности бронхоэктатической болезни у пациентов разного возраста.
4. ЛФК при бронхоэктатической болезни.
5. Осложнения бронхоэктатической болезни.
6. Показания к оперативному лечению бронхоэктазий, инфекционных деструкций легких.
7. Принципы ведения пациентов с бронхоэктатической болезнью на амбулаторном этапе до и после операции.
8. Алгоритм ведения пациента с бронхоэктатической болезнью.

Литература:
1. Госпитальная хирургия. Синдромология [Электронный ресурс]: учебное пособие / под ред. Н.О. Миланова, Ю.В. Бирюкова, Г.В. Синявина. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. 79 - 440 с.
2. Исаков Ю.Ф., Детская хирургия [Электронный ресурс]: учебник / под ред. Ю. Ф. Исакова, А. Ю. Разумовского; отв. ред. А. Ф. Дронов. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015. - 1040 с.
3. Кузин М.И., Хирургические болезни [Электронный ресурс]: учебник / под ред. М. И. Кузина. - 4-е изд., перераб. и доп. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014. - 992 с.
4. Кузнецов Н.А., Уход за хирургическими больными. Руководство к практическим занятиям [Электронный ресурс]: учебное пособие / Кузнецов Н.А., Бронтвейн А.Т., Грицкова И.В. и др - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2011. - 192 с.
5. Леванович В.В., Амбулаторная хирургия детского возраста [Электронный ресурс] / В.В. Леванович, Н.Г. Жила, И.А. Комиссаров - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014. - 144 с.
6. Суковатых Б.С., Хирургические болезни и травмы в общей врачебной практике [Электронный ресурс] / Суковатых Б.С., Сумин С.А., Горшунова Н.К. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008. - 624 с.
7. Черноусов А.Ф., Хирургические болезни [Электронный ресурс]: учебник / Черноусов А.Ф., Ветшев С.П., Егоров А.В. Под ред. А.Ф. Черноусова. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2012. - 664 с.
8. Хирургические болезни [Электронный ресурс]: учебник / под ред. Н.Н. Крылова - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2017. - 624 с.

Занятие № 3
Тема: Заболевания средостения.

Цель занятия: сформировать основополагающие знания по этиологии, патогенезу, клинике, диагностике заболеваний средостения, научиться диагностировать заболевание и работать в соответствии с современными алгоритмами оказания помощи.

Вопросы, рассматриваемые на занятии: Болезни средостения (опухоли, кисты). Острый и хронический медиастинит. Кисты средостения. Классификация. Локализация. Клинические стадии развития и клинические симптомы. Диагностика. Принципы лечения. Опухоли средостения. Классификация. Локализация.

План проведения занятия:
1. Опрос по теме занятия.
2. Демонстрация больного с тематическим заболеванием.
3. Самостоятельная работа студентов:
- курация тематических больных под контролем преподавателя
- самостоятельное представление курируемого больного в группе, составление алгоритма диагноза и плана обследования

- оценка параклинических методов обследования курируемого больного, решение клинических задач по теме
4. Заключение преподавателя по разделу самостоятельной работы с разбором ошибок.

Самостоятельная работа:
1. разобрать этиопатогенетические особенности заболеваний средостения;
2.детализировать клинические проявления и стадийность заболеваний средостения;
3. освоить диагностику заболеваний средостения;
4.оценить возможности методов инструментальных и лабораторных исследований заболеваний средостения.

Контрольные вопросы:
1. Классификация опухолей средостения.
2. Нисходящий некротизирующий острый медиастенит. Этиология и патогенез.
3. Послеоперационный медиастенит. Лечение.
4. Выбор доступа для дренирования при медиастените в зависимости от локализации гнойного процесса.
5.Тимомы.
6. Кисты средостения. Клинические проявления.
7. Диагностика образований средостения (кисты, опухоли).
8. Нисходящий некротизирующий острый медиастенит. Лечение.
9. Послеоперационный медиастенит. Диагностика.
10. Мезенхимальные опухоли средостения.

Литература:
1. Госпитальная хирургия. Синдромология [Электронный ресурс]: учебное пособие / под ред. Н.О. Миланова, Ю.В. Бирюкова, Г.В. Синявина. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. 79 - 440 с.
2.Исаков Ю.Ф., Детская хирургия [Электронный ресурс]: учебник / под ред. Ю. Ф. Исакова, А. Ю. Разумовского; отв. ред. А. Ф. Дронов. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015. - 1040 с.
3.Кузин М.И., Хирургические болезни [Электронный ресурс]: учебник / под ред. М. И. Кузина. - 4-е изд., перераб. и доп. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014. - 992 с.
4.Кузнецов Н.А., Уход за хирургическими больными. Руководство к практическим занятиям [Электронный ресурс]: учебное пособие / Кузнецов Н.А., Бронтвейн А.Т., Грицкова И.В. и др - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2011. - 192 с.
5.Левановичв В.В., Амбулаторная хирургия детского возраста [Электронный ресурс] / В.В. Левановичв, Н.Г. Жила, И.А. Комиссаров - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014. - 144 с.
6. Суковатых Б.С., Хирургические болезни и травмы в общей врачебной практике [Электронный ресурс] / Суковатых Б.С., Сумин С.А., Горшунова Н.К. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008. - 624 с.
7. Черноусов А.Ф., Хирургические болезни [Электронный ресурс]: учебник / Черноусов А.Ф., Ветшев С.П., Егоров А.В. Под ред. А.Ф. Черноусова. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2012. - 664 с.
8. Хирургические болезни [Электронный ресурс]: учебник / под ред. Н.Н. Крылова - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2017. - 624 с.

Занятие № 4
Тема: Опухоли средостения.

Цель занятия: сформировать основополагающие знания по этиологии, патогенезу, клинике, диагностике заболеваний средостения, научиться диагностировать заболевание и работать в соответствии с современными алгоритмами оказания помощи.

Вопросы, рассматриваемые на занятии: Особенности клинического течения доброкачественных и злокачественных опухолей. Диагностика. Принципы лечения. Тимома средостения. Острые медиастиниты. Классификация. Клинические особенности переднего и заднего медиастинита. Диагностика. Принципы лечения. Хронический медиастинит.

План проведения занятия:
1. Опрос по теме занятия.
2. Демонстрация больного с тематическим заболеванием.
3. Самостоятельная работа студентов:
- курация тематических больных под контролем преподавателя
- самостоятельное представление курируемого больного в группе, составление алгоритма диагноза и плана обследования
- оценка параклинических методов обследования курируемого больного, решение клинических задач по теме
4. Заключение преподавателя по разделу самостоятельной работы с разбором ошибок.

Самостоятельная работа:
1. изучить дифференциальную диагностику в верификации заболеваний средостения;
2. проанализировать показания к оперативному лечению при заболеваниях средостения и варианты хирургических вмешательств;
3. изучить методику ведения ближайшего, раннего и отдаленного послеоперационного периодов у больных оперированных по поводу заболеваний средостения;
4. определить критерии диспансерных групп, сроки контрольных осмотров, показания для госпитализации.

Контрольные вопросы:
1. Классификация опухолей средостения.
2. Нисходящий некротизирующий острый медиастенит. Этиология и патогенез.
3. Послеоперационный медиастенит. Лечение.
4. Выбор доступа для дренирования при медиастените в зависимости от локализации гнойного процесса.
5.Тимомы.
6. Кисты средостения. Клинические проявления.
7. Диагностика образований средостения (кисты, опухоли).
8. Нисходящий некротизирующий острый медиастенит. Лечение.
9. Послеоперационный медиастенит. Диагностика.
10. Мезенхимальные опухоли средостения.

Литература:
1. Госпитальная хирургия. Синдромология [Электронный ресурс]: учебное пособие / под ред. Н.О. Миланова, Ю.В. Бирюкова, Г.В. Синявина. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. 79 - 440 с.
2.Исаков Ю.Ф., Детская хирургия [Электронный ресурс]: учебник / под ред. Ю. Ф. Исакова, А. Ю. Разумовского; отв. ред. А. Ф. Дронов. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015. - 1040 с.
3.Кузин М.И., Хирургические болезни [Электронный ресурс]: учебник / под ред. М. И. Кузина. - 4-е изд., перераб. и доп. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014. - 992 с.

4.Кузнецов Н.А., Уход за хирургическими больными. Руководство к практическим занятиям [Электронный ресурс]: учебное пособие / Кузнецов Н.А., Бронтвейн А.Т., Грицкова И.В. и др - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2011. - 192 с.
5.Левановичв В.В., Амбулаторная хирургия детского возраста [Электронный ресурс] / В.В. Левановичв, Н.Г. Жила, И.А. Комиссаров - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014. - 144 с.
6. Суковатых Б.С., Хирургические болезни и травмы в общей врачебной практике [Электронный ресурс] / Суковатых Б.С., Сумин С.А., Горшунова Н.К. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008. - 624 с.
7. Черноусов А.Ф., Хирургические болезни [Электронный ресурс]: учебник / Черноусов А.Ф., Ветшев С.П., Егоров А.В. Под ред. А.Ф. Черноусова. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2012. - 664 с.
8. Хирургические болезни [Электронный ресурс]: учебник / под ред. Н.Н. Крылова - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2017. - 624 с.

Занятие № 5
Тема: Заболевания пищевода, кардии и диафрагмы.

Цель занятия: получить теоретические знания и приобрести практические навыки в вопросах диагностики заболеваний пищевода, кардии и диафрагмы, ознакомиться с основными способами оперативного лечения.

Вопросы, рассматриваемые на занятии: Доброкачественные заболевания пищевода, пороки развития, дивертикулы. Инородные тела. Кардиоспазм. Дивертикулы пищевода. Определение. Классификация. Особенности клиники в зависимости от локализации. Диагностика. Осложнения. Принципы лечения. Кардиоспазм. Определение. Этиология и патогенез. Клинико- морфологические стадии (по Б.В. Петровскому). Диагностика. Осложнения Принципы лечения в зависимости от стадии болезни.

План проведения занятия:
1. Опрос по теме занятия.
2. Демонстрация больного с тематическим заболеванием.
3. Самостоятельная работа студентов:
- курация тематических больных под контролем преподавателя
- самостоятельное представление курируемого больного в группе, составление алгоритма диагноза и плана обследования
- оценка параклинических методов обследования курируемого больного, решение клинических задач по теме
4. Заключение преподавателя по разделу самостоятельной работы с разбором ошибок.

Самостоятельная работа:
1. собрать анамнез, применить способы и приемы осмотра, пальпации, аускультации больного, сформулировать предварительный диагноз;
2. составить план лабораторного и инструментального обследования больного для уточнения диагноза;
3. измерить пульс и артериальное давление больного;
4. оценить результаты инструментальной диагностики: эзофагогастроскопии, компьютерной томографии;
5. определить тактику лечения в зависимости от диагностированного заболевания.

Контрольные вопросы:

1. Пороки развития пищевода.
2. Выбор оперативного доступа к отделам пищевода: шейному, среднегрудному, к нижнегрудному.
3. Инородные тела пищевода. Лечение.
4. Ахалазия кардии (кардиоспазм). Этиология и патогенез.
5. Ценкеровский дивертикул. Этиология.
6. Классификация дивертикулов пищевода.
7. Кардиоспазм. Дифференциальная диагностика.
8. Атрезия пищевода. Лечение.
9. Дивертикулы пищевода. Истинные, ложные.

Литература:
1. Госпитальная хирургия. Синдромология [Электронный ресурс]: учебное пособие / под ред. Н.О. Миланова, Ю.В. Бирюкова, Г.В. Синявина. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. 79 - 440 с.
2.Исаков Ю.Ф., Детская хирургия [Электронный ресурс]: учебник / под ред. Ю. Ф. Исакова, А. Ю. Разумовского; отв. ред. А. Ф. Дронов. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015. - 1040 с.
3.Кузин М.И., Хирургические болезни [Электронный ресурс]: учебник / под ред. М. И. Кузина. - 4-е изд., перераб. и доп. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014. - 992 с.
4.Кузнецов Н.А., Уход за хирургическими больными. Руководство к практическим занятиям [Электронный ресурс]: учебное пособие / Кузнецов Н.А., Бронтвейн А.Т., Грицкова И.В. и др - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2011. - 192 с.
5.Левановичв В.В., Амбулаторная хирургия детского возраста [Электронный ресурс] / В.В. Левановичв, Н.Г. Жила, И.А. Комиссаров - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014. - 144 с.
6. Суковатых Б.С., Хирургические болезни и травмы в общей врачебной практике [Электронный ресурс] / Суковатых Б.С., Сумин С.А., Горшунова Н.К. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008. - 624 с.
7. Черноусов А.Ф., Хирургические болезни [Электронный ресурс]: учебник / Черноусов А.Ф., Ветшев С.П., Егоров А.В. Под ред. А.Ф. Черноусова. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2012. - 664 с.
8. Хирургические болезни [Электронный ресурс]: учебник / под ред. Н.Н. Крылова - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2017. - 624 с.
9. Маев И.В. Болезни пищевода [Электронный ресурс]: / И.В Маев, Г.А. Бусарова, Д.Н. Андреев. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2019. - 648 с.

Занятие № 6
Тема: Химические ожоги пищевода.

Цель занятия: освоить теоретические и практические знания, касающиеся этиологии, патогенеза, симптоматики, диагностики, классификации, способов консервативного и оперативного лечения химических ожогов пищевода.

Вопросы, рассматриваемые на занятии: Химические ожоги пищевода. Этиология. Патогенез. Классификация. Клинические особенности каждой из стадий ожога. Диагностика. Осложнения. Принципы лечения в зависимости от стадии ожога. Рубцовые стриктуры пищевода. Причины и сроки формирования. Клинические проявления. Диагностика. Методы лечения.

План проведения занятия:
1. Опрос по теме занятия.

2. Демонстрация больного с тематическим заболеванием.
3. Самостоятельная работа студентов:
- курация тематических больных под контролем преподавателя
- самостоятельное представление курируемого больного в группе, составление алгоритма диагноза и плана обследования
- оценка параклинических методов обследования курируемого больного, решение клинических задач по теме
4. Заключение преподавателя по разделу самостоятельной работы с разбором ошибок.

Самостоятельная работа: изучить особенности клинической картины, методов диагностики, тактики ведения пациентов с химическим ожогом пищевода.

Контрольные вопросы:
1. Химические ожоги пищевода. Этиология и патогенез.
2. Патологоанатомическая картина.
3. Какой вид некроза вызывают щелочи.
4. Рубцовые стриктуры пищевода. Этиология и патогенез.
5.Клиническая картина при химических ожогах пищевода в зависимости от степени поражения.
6. Какие виды бужирования пищевода применяют.
7. Показания к операции при рубцовых стриктурах пищевода.
8. В какие сроки проводят бужирование пищевода после химических ожогах.
9. Лечение химических ожогов пищевода.
10. За какой период времени формируются стриктуры пищевода после ожогов.

Литература:
1. Госпитальная хирургия. Синдромология [Электронный ресурс]: учебное пособие / под ред. Н.О. Миланова, Ю.В. Бирюкова, Г.В. Синявина. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. 79 - 440 с.
2.Исаков Ю.Ф., Детская хирургия [Электронный ресурс]: учебник / под ред. Ю. Ф. Исакова, А. Ю. Разумовского; отв. ред. А. Ф. Дронов. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015. - 1040 с.
3.Кузин М.И., Хирургические болезни [Электронный ресурс]: учебник / под ред. М. И. Кузина. - 4-е изд., перераб. и доп. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014. - 992 с.
4.Кузнецов Н.А., Уход за хирургическими больными. Руководство к практическим занятиям [Электронный ресурс]: учебное пособие / Кузнецов Н.А., Бронтвейн А.Т., Грицкова И.В. и др - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2011. - 192 с.
5.Левановичв В.В., Амбулаторная хирургия детского возраста [Электронный ресурс] / В.В. Левановичв, Н.Г. Жила, И.А. Комиссаров - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014. - 144 с.
6. Суковатых Б.С., Хирургические болезни и травмы в общей врачебной практике [Электронный ресурс] / Суковатых Б.С., Сумин С.А., Горшунова Н.К. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008. - 624 с.
7. Черноусов А.Ф., Хирургические болезни [Электронный ресурс]: учебник / Черноусов А.Ф., Ветшев С.П., Егоров А.В. Под ред. А.Ф. Черноусова. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2012. - 664 с.
8. Хирургические болезни [Электронный ресурс]: учебник / под ред. Н.Н. Крылова - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2017. - 624 с.

Занятие № 7
Тема: Заболевания диафрагмы.

Цель занятия: научиться диагностировать по клинико-лабораторным и рентгенологическим признакам пороки развития диафрагмы, а также различные интерстициальные поражения; определять алгоритм диагностики и лечения, включая своевременное направление на хирургическое лечение; составлять программы профилактики обострений и прогрессирования заболеваний, реабилитационных мероприятий.

Вопросы, рассматриваемые на занятии: Диафрагмальные грыжи. Классификация. Клиника, диагностика. Показания и методы хирургического лечения. Релаксация диафрагмы. Грыжи пищеводного отверстия диафрагмы. Классификация. Патофизиология. Клиника. Диагностика. Осложнения. Принципы лечения.

План проведения занятия:
1. Опрос по теме занятия.
2. Демонстрация больного с тематическим заболеванием.
3. Самостоятельная работа студентов:
- курация тематических больных под контролем преподавателя
- самостоятельное представление курируемого больного в группе, составление алгоритма диагноза и плана обследования
- оценка параклинических методов обследования курируемого больного, решение клинических задач по теме
4. Заключение преподавателя по разделу самостоятельной работы с разбором ошибок.

Самостоятельная работа:
1. разобрать этиопатогенетические особенности заболеваний диафрагмы;
2. детализировать клинические проявления и стадийность заболеваний диафрагмы;
3. освоить диагностику заболеваний диафрагмы;
4. оценить возможности методов инструментальных и лабораторных исследований заболевания.

Контрольные вопросы:
1. За какой период времени формируются стриктуры пищевода после ожогов.
2.Классификация диафрагмальных грыж.
3.Грыжи пищеводного отверстия диафрагмы. Клиническая картина.
4. Лечение диафрагмальных грыж.
5.Причины релаксации диафрагмы.
6.Релаксация диафрагмы. Лечение.
7.Диагностика диафрагмальных грыж.

Литература:
1. Госпитальная хирургия. Синдромология [Электронный ресурс]: учебное пособие / под ред. Н.О. Миланова, Ю.В. Бирюкова, Г.В. Синявина. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. 79 - 440 с.
2.Исаков Ю.Ф., Детская хирургия [Электронный ресурс]: учебник / под ред. Ю. Ф. Исакова, А. Ю. Разумовского; отв. ред. А. Ф. Дронов. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015. - 1040 с.
3.Кузин М.И., Хирургические болезни [Электронный ресурс]: учебник / под ред. М. И. Кузина. - 4-е изд., перераб. и доп. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014. - 992 с.
4.Кузнецов Н.А., Уход за хирургическими больными. Руководство к практическим занятиям [Электронный ресурс]: учебное пособие / Кузнецов Н.А., Бронтвейн А.Т., Грицкова И.В. и др - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2011. - 192 с.

5.Левановичв.В., Амбулаторная хирургия детского возраста [Электронный ресурс] / В.В. Левановичв, Н.Г. Жила, И.А. Комиссаров - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014. - 144 с.
6. Суковатых Б.С., Хирургические болезни и травмы в общей врачебной практике [Электронный ресурс] / Суковатых Б.С., Сумин С.А., Горшунова Н.К. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008. - 624 с.
7. Черноусов А.Ф., Хирургические болезни [Электронный ресурс]: учебник / Черноусов А.Ф., Ветшев С.П., Егоров А.В. Под ред. А.Ф. Черноусова. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2012. - 664 с.
8. Хирургические болезни [Электронный ресурс]: учебник / под ред. Н.Н. Крылова - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2017. - 624 с.

Занятие № 8
ПЕРВЫЙ РУБЕЖНЫЙ КОНРОЛЬ

1. Абсцесс легкого-определение. Этиология. Патогенез.
2. Показания к оперативному лечению абсцесса легкого. Подготовка к оперативному вмешательству при абсцессе легкого.
3. Гангрена легкого. Причины. Медикаментозная терапия в пред и послеоперационном периоде.
4. Эмпиема плевры. Классификация. Плевральная пункция (показания, техника).
5. Бронхоэктатическая болезнь. Причины возникновения. Показания к оперативному лечению.
6. Диагностика абсцесса легкого.
7. Диагностика и лечение эмпиемы плевры.
8. Клиническая картина бронхоэктатической болезни.
9. Этиология и патогенез абсцесса легкого.
10. Причины возникновения хронического абсцесса.
11. Лечение гангрены легкого.
12. Этиология и патогенез бронхоэктатической болезни.
13. Классификация опухолей средостения.
14. Нисходящий некротизирующий острый медиастенит. Этиология и патогенез.
15. Послеоперационный медиастенит. Лечение.
16. Выбор доступа для дренирования при медиастените в зависимости от локализации гнойного процесса.
17. Тимомы.
18. Кисты средостения. Клинические проявления.
19. Диагностика образований средостения (кисты, опухоли).
20. Нисходящий некротизирующий острый медиастенит. Лечение.
21. Послеоперационный медиастенит. Диагностика.
22. Мезенхимальные опухоли средостения.
23. Пороки развития пищевода.
24. Выбор оперативного доступа к отделам пищевода: шейному, среднегрудному, к нижнегрудному.
25. Инородные тела пищевода. Лечение.
26. Ахалазия кардии (кардиоспазм). Этиология и патогенез.
27. Ценкеровский дивертикул. Этиология.
28. Классификация дивертикулов пищевода.
29. Кардиоспазм. Дифференциальная диагностика.
30. Атрезия пищевода. Лечение.
31. Дивертикулы пищевода. Истинные, ложные.

32. Химические ожоги пищевода. Этиология и патогенез.
33. Патологоанатомическая картина.
34. Какой вид некроза вызывают щелочи.
35. Рубцовые стриктуры пищевода. Этиология и патогенез.
36. Клиническая картина при химических ожогах пищевода в зависимости от степени поражения.
37. Какие виды бужирования пищевода применяют.
38. Показания к операции при рубцовых стриктурах пищевода.
39. В какие сроки проводят бужирование пищевода после химических ожогах.
40. Лечение химических ожогов пищевода.
41. За какой период времени формируются стриктуры пищевода после ожогов.
42. Классификация диафрагмальных грыж.
43. Грыжи пищеводного отверстия диафрагмы. Клиническая картина.
44. Лечение диафрагмальных грыж.
45. Причины релаксации диафрагмы.
46. Релаксация диафрагмы. Лечение.
47. Диагностика диафрагмальных грыж.

Занятие № 9
Тема: Синдром дисфагии.

Цель занятия: приобрести теоретические знания и освоить практические умения для диагностики и оказания хирургической помощи при синдроме дисфагии.

Вопросы, рассматриваемые на занятии: Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь. Этиология. Патогенез. Классификация. Клиника. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Тактика и принципы лечения.

План проведения занятия:
1. Опрос по теме занятия.
2. Демонстрация больного с тематическим заболеванием.
3. Самостоятельная работа студентов:
- курация тематических больных под контролем преподавателя
- самостоятельное представление курируемого больного в группе, составление алгоритма диагноза и плана обследования
- оценка параклинических методов обследования курируемого больного, решение клинических задач по теме
4. Заключение преподавателя по разделу самостоятельной работы с разбором ошибок.

Самостоятельная работа: на основе знаний основных причин, ведущих к развитию синдрома дисфагии, основных звеньев патогенеза, аускультативных критериев и инструментальных данных студент должен самостоятельно поставить и обосновать диагноз, определить прогноз и тактику ведения больного.

Контрольные вопросы:
1. Классификация нервно-мышечных заболеваний пищевода.
2. Синдром дисфагии. Кардиоспазм.
3. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь. Этиология и патогенез.
4. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь. Лечение. Группы препаратов.

5. Синдром дисфагии. Причины.
6. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь. Дифференциальная диагностика.
7. Современные методы диагностики. Методы лечения.
8. Способы хирургического лечения.
9. Показания к хирургическому лечению нервно-мышечных заболеваний пищевода.
10. Послеоперационные осложнения.

Литература:
1. Госпитальная хирургия. Синдромология [Электронный ресурс]: учебное пособие / под ред. Н.О. Миланова, Ю.В. Бирюкова, Г.В. Синявина. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. 79 - 440 с.
2.Исаков Ю.Ф., Детская хирургия [Электронный ресурс]: учебник / под ред. Ю. Ф. Исакова, А. Ю. Разумовского; отв. ред. А. Ф. Дронов. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015. - 1040 с.
3.Кузин М.И., Хирургические болезни [Электронный ресурс]: учебник / под ред. М. И. Кузина. - 4-е изд., перераб. и доп. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014. - 992 с.
4.Кузнецов Н.А., Уход за хирургическими больными. Руководство к практическим занятиям [Электронный ресурс]: учебное пособие / Кузнецов Н.А., Бронтвейн А.Т., Грицкова И.В. и др - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2011. - 192 с.
5.Левановичв В.В., Амбулаторная хирургия детского возраста [Электронный ресурс] / В.В. Левановичв, Н.Г. Жила, И.А. Комиссаров - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014. - 144 с.
6. Суковатых Б.С., Хирургические болезни и травмы в общей врачебной практике [Электронный ресурс] / Суковатых Б.С., Сумин С.А., Горшунова Н.К. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008. - 624 с.
7. Черноусов А.Ф., Хирургические болезни [Электронный ресурс]: учебник / Черноусов А.Ф., Ветшев С.П., Егоров А.В. Под ред. А.Ф. Черноусова. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2012. - 664 с.
8. Хирургические болезни [Электронный ресурс]: учебник / под ред. Н.Н. Крылова - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2017. - 624 с.

Занятие № 10
Тема: Травмы груди и живота.

Цель занятия: изучить этиологию, теории патогенеза, клинические проявления и особенности травм груди и живота, определить тактику врача на этапах госпитализации.

Вопросы, рассматриваемые на занятии: Сочетанная травма груди и живота. Ранения сердца и печени. Повреждения груди. Классификация. Осложнения. Общая симптоматология. Диагностика. Принципы интенсивной терапии. Гемоторакс. Происхождение. Классификация. Клиника. Диагностика. Хирургическая тактика и принципы лечения. Свернувшийся гемоторакс. Пневмоторакс. Классификация. Клинические особенности открытого, закрытого и клапанного пневмоторакса. Диагностика. Хирургическая тактика и принципы лечения.

План проведения занятия:
1. Опрос по теме занятия.
2. Демонстрация больного с тематическим заболеванием.
3. Самостоятельная работа студентов:
- курация тематических больных под контролем преподавателя
- самостоятельное представление курируемого больного в группе, составление алгоритма диагноза и плана обследования

- оценка параклинических методов обследования курируемого больного, решение клинических задач по теме
4. Заключение преподавателя по разделу самостоятельной работы с разбором ошибок.

Самостоятельная работа:
1. На основе знаний основных причин, ведущих к травмам груди и живота, основных звеньев патогенеза, аускультативных критериев и инструментальных данных студент должен самостоятельно поставить и обосновать диагноз, определить прогноз и тактику ведения больного.
2. Самостоятельная работа предусматривает расшифровку рентгенологических показателей с формулировкой диагноза, составлением плана лечения и обследования.

Контрольные вопросы:
1. Виды травматических повреждений.
2. Основные симптомы и синдромы травматических повреждений груди.
3. Основные лечебные алгоритмы травмы груди
4. Тактика при различных видах повреждений органов грудной клетки
5. Закрытые травмы живота: особенности обследования
6. Лечебные алгоритмы при открытых повреждениях живота
7.. Специальные методы исследования при травмах живота.

Литература:
1. Госпитальная хирургия. Синдромология [Электронный ресурс]: учебное пособие / под ред. Н.О. Миланова, Ю.В. Бирюкова, Г.В. Синявина. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. 79 - 440 с.
2.Исаков Ю.Ф., Детская хирургия [Электронный ресурс]: учебник / под ред. Ю. Ф. Исакова, А. Ю. Разумовского; отв. ред. А. Ф. Дронов. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015. - 1040 с.
3.Кузин М.И., Хирургические болезни [Электронный ресурс]: учебник / под ред. М. И. Кузина. - 4-е изд., перераб. и доп. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014. - 992 с.
4.Кузнецов Н.А., Уход за хирургическими больными. Руководство к практическим занятиям [Электронный ресурс]: учебное пособие / Кузнецов Н.А., Бронтвейн А.Т., Грицкова И.В. и др - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2011. - 192 с.
5.Леванович В.В., Амбулаторная хирургия детского возраста [Электронный ресурс] / В.В. Леванович, Н.Г. Жила, И.А. Комиссаров - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014. - 144 с.
6. Суковатых Б.С., Хирургические болезни и травмы в общей врачебной практике [Электронный ресурс] / Суковатых Б.С., Сумин С.А., Горшунова Н.К. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008. - 624 с.
7. Черноусов А.Ф., Хирургические болезни [Электронный ресурс]: учебник / Черноусов А.Ф., Ветшев С.П., Егоров А.В. Под ред. А.Ф. Черноусова. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2012. - 664 с.
8. Хирургические болезни [Электронный ресурс]: учебник / под ред. Н.Н. Крылова - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2017. - 624 с.

Занятие № 11
Тема: Травмы груди и живота.

Цель занятия: получить теоретические знания и приобрести практические навыки в вопросах диагностики травм груди и живота, ознакомиться с основными способами оперативного лечения.

Вопросы, рассматриваемые на занятии: Закрытые повреждения лёгкого (сотрясение, ушиб, разрыв). Клинические особенности, осложнения. Диагностика. Тактика и принципы лечения.Открытые повреждения лёгкого. Клиника, осложнения. Диагностика. Тактика и принципы лечения. Эмфизема средостения и гемомедиастинум. Закрытые повреждения живота. Классификация. Особенности клиники и диагностики повреждения полых и паренхиматозных органов. Хирургическая тактика и принципы лечения. Открытые повреждения живота. Классификация. Клиника, диагностика. Хирургическая тактика и принципы лечения.

План проведения занятия:
1. Опрос по теме занятия.
2. Демонстрация больного с тематическим заболеванием.
3. Самостоятельная работа студентов:
- курация тематических больных под контролем преподавателя
- самостоятельное представление курируемого больного в группе, составление алгоритма диагноза и плана обследования
- оценка параклинических методов обследования курируемого больного, решение клинических задач по теме
4. Заключение преподавателя по разделу самостоятельной работы с разбором ошибок.

Самостоятельная работа:
1. На основе знаний основных причин, ведущих к травмам груди и живота, основных звеньев патогенеза, аускультативных критериев и инструментальных данных студент должен самостоятельно поставить и обосновать диагноз, определить прогноз и тактику ведения больного.
2. Самостоятельная работа предусматривает расшифровку рентгенологических показателей с формулировкой диагноза, составлением плана лечения и обследования.

Контрольные вопросы:
1. Гемоторакс
2. Проба Ривилуа-Грегуара.
3. Классификация гемоторакса. Лечение гемоторакса.
4. Открытый и закрытый пневмоторакс. Этиология и патогенез.
5. Гемомедиастинум.
6. Эмфизема средостения. Диагностика.
7. Плевральная пункция при пневмотораксе, гемопневмотораксе.
8. Сочетанные травмы груди и живота.
9. Диагностика при открытых и закрытых травмах груди.
10. Открытые и закрытые травмы живота. Диагностика. Лечение.

Литература:
1. Госпитальная хирургия. Синдромология [Электронный ресурс]: учебное пособие / под ред. Н.О. Миланова, Ю.В. Бирюкова, Г.В. Синявина. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. 79 - 440 с.
2.Исаков Ю.Ф., Детская хирургия [Электронный ресурс]: учебник / под ред. Ю. Ф. Исакова, А. Ю. Разумовского; отв. ред. А. Ф. Дронов. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015. - 1040 с.
3.Кузин М.И., Хирургические болезни [Электронный ресурс]: учебник / под ред. М. И. Кузина. - 4-е изд., перераб. и доп. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014. - 992 с.

4.Кузнецов Н.А., Уход за хирургическими больными. Руководство к практическим занятиям [Электронный ресурс]: учебное пособие / Кузнецов Н.А., Бронтвейн А.Т., Грицкова И.В. и др - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2011. - 192 с.
5.Левановичв В.В., Амбулаторная хирургия детского возраста [Электронный ресурс] / В.В. Левановичв, Н.Г. Жила, И.А. Комиссаров - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014. - 144 с.
6. Суковатых Б.С., Хирургические болезни и травмы в общей врачебной практике [Электронный ресурс] / Суковатых Б.С., Сумин С.А., Горшунова Н.К. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008. - 624 с.
7. Черноусов А.Ф., Хирургические болезни [Электронный ресурс]: учебник / Черноусов А.Ф., Ветшев С.П., Егоров А.В. Под ред. А.Ф. Черноусова. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2012. - 664 с.
8. Хирургические болезни [Электронный ресурс]: учебник / под ред. Н.Н. Крылова - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2017. - 624 с.

Занятие № 12
Тема: Эхинококкоз человека.

Цель занятия: освоить теоретические и практические знания, касающиеся этиологии, патогенеза, симптоматики, диагностики, классификации, способов лечения эхинококкоза.

Вопросы, рассматриваемые на занятии: Эхинококкоз печени и легкого. Этиология. Патогенез. Стадии развития эхинококковой кисты и клинические стадии болезни. Инструментальная и лабораторная диагностика. Методы хирургического лечения.

План проведения занятия:
1. Опрос по теме занятия.
2. Демонстрация больного с тематическим заболеванием.
3. Самостоятельная работа студентов:
- курация тематических больных под контролем преподавателя
- самостоятельное представление курируемого больного в группе, составление алгоритма диагноза и плана обследования
- оценка параклинических методов обследования курируемого больного, решение клинических задач по теме
4. Заключение преподавателя по разделу самостоятельной работы с разбором ошибок.

Самостоятельная работа: на основе знаний основных причин, ведущих к развитию эхинококка, основных звеньев патогенеза, аускультативных критериев и инструментальных данных студент должен самостоятельно поставить и обосновать диагноз, определить прогноз и тактику ведения больного.

Контрольные вопросы:
1. Возбудители эхиноккока легких
2. Эхиноккок легких. Клиническая картина.
3. Диагностика эхинококка легких.
4. Лечение эхиноккока легких.
5. Выбор оперативного вмешательства при эхинококке легких.
6. Эхинококк печени. Этиология и патогенез.
7. Эхинококк печени. Лечение.
8. Эхинококк печени. Осложнения.

9.Эхинококк печени. Преимущества и недостатки малоинвазивных оперативных вмешательств при удалении эхинококковых кист печени.

Литература:

1. Госпитальная хирургия. Синдромология [Электронный ресурс]: учебное пособие / под ред. Н.О. Миланова, Ю.В. Бирюкова, Г.В. Синявина. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. 79 - 440 с.
2.Исаков Ю.Ф., Детская хирургия [Электронный ресурс]: учебник / под ред. Ю. Ф. Исакова, А. Ю. Разумовского; отв. ред. А. Ф. Дронов. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015. - 1040 с.
3.Кузин М.И., Хирургические болезни [Электронный ресурс]: учебник / под ред. М. И. Кузина. - 4-е изд., перераб. и доп. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014. - 992 с.
4.Кузнецов Н.А., Уход за хирургическими больными. Руководство к практическим занятиям [Электронный ресурс]: учебное пособие / Кузнецов Н.А., Бронтвейн А.Т., Грицкова И.В. и др - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2011. - 192 с.
5.Леванович В.В., Амбулаторная хирургия детского возраста [Электронный ресурс] / В.В. Леванович, Н.Г. Жила, И.А. Комиссаров - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014. - 144 с.
6. Суковатых Б.С., Хирургические болезни и травмы в общей врачебной практике [Электронный ресурс] / Суковатых Б.С., Сумин С.А., Горшунова Н.К. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008. - 624 с.
7. Черноусов А.Ф., Хирургические болезни [Электронный ресурс]: учебник / Черноусов А.Ф., Ветшев С.П., Егоров А.В. Под ред. А.Ф. Черноусова. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2012. - 664 с.
8. Хирургические болезни [Электронный ресурс]: учебник / под ред. Н.Н. Крылова - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2017. - 624 с.

Занятие № 13
Тема: Заболевания кишечника, брюшной полости и брюшной стенки.

Цель занятия: сформировать основополагающие знания по этиологии, патогенезу, клинике, диагностике заболеваний кишечника, брюшной полости и брюшной стенки, научиться диагностировать заболевание и работать в соответствии с современными алгоритмами оказания помощи.

Вопросы, рассматриваемые на занятии: Осложнения острого аппендицита. Классификация. Клиника, диагностика, хирургическая тактика. Послеоперационные вентральные грыжи. Этиология, патогенез, клиника, диагностика, принципы хирургического лечения. Профилактика. Современные методы лечения распространенного гнойного перитонита. Перитонит. Определение. Классификация. Клинические стадии развития. Диагностика. Принципы интенсивной терапии. Современные принципы и методы хирургического лечения.

План проведения занятия:
1. Опрос по теме занятия.
2. Демонстрация больного с тематическим заболеванием.
3. Самостоятельная работа студентов:
- курация тематических больных под контролем преподавателя
- самостоятельное представление курируемого больного в группе, составление алгоритма диагноза и плана обследования
- оценка параклинических методов обследования курируемого больного, решение клинических задач по теме
4. Заключение преподавателя по разделу самостоятельной работы с разбором ошибок.

Самостоятельная работа: студент должен самостоятельно провести опрос больного, объективное исследование, анализ лабораторных и инструментальных данных. Сформулировать предварительный диагноз в соответствии с современной классификацией. Обосновать необходимость назначения лекарственных препаратов. Уметь выписать рецепты курируемому больному.

Контрольные вопросы:
1. Осложнения острого аппендицита. Классификация.
2. Перфорация отростка. Клиническая картина.
3. Аппендикулярный инфильтрат. Лечебная тактика.
4. Забрюшинная флегмона
5. Тазовый абсцесс. Клиническая картина. Диагностика.
6. Перитонит. Этиология и патогенез.
7. Перитонит. Диагностика. Симптомы.
8. Перитонит. Лечебная тактика.
9. Частота возникновения осложнений острого аппендицита.
10. Пилефлебит.

Литература:
1. Госпитальная хирургия. Синдромология [Электронный ресурс]: учебное пособие / под ред. Н.О. Миланова, Ю.В. Бирюкова, Г.В. Синявина. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. 79 - 440 с.
2.Исаков Ю.Ф., Детская хирургия [Электронный ресурс]: учебник / под ред. Ю. Ф. Исакова, А. Ю. Разумовского; отв. ред. А. Ф. Дронов. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015. - 1040 с.
3.Кузин М.И., Хирургические болезни [Электронный ресурс]: учебник / под ред. М. И. Кузина. - 4-е изд., перераб. и доп. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014. - 992 с.
4.Кузнецов Н.А., Уход за хирургическими больными. Руководство к практическим занятиям [Электронный ресурс]: учебное пособие / Кузнецов Н.А., Бронтвейн А.Т., Грицкова И.В. и др - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2011. - 192 с.
5.Левановичв В.В., Амбулаторная хирургия детского возраста [Электронный ресурс] / В.В. Левановичв, Н.Г. Жила, И.А. Комиссаров - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014. - 144 с.
6. Суковатых Б.С., Хирургические болезни и травмы в общей врачебной практике [Электронный ресурс] / Суковатых Б.С., Сумин С.А., Горшунова Н.К. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008. - 624 с.
7. Черноусов А.Ф., Хирургические болезни [Электронный ресурс]: учебник / Черноусов А.Ф., Ветшев С.П., Егоров А.В. Под ред. А.Ф. Черноусова. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2012. - 664 с.
8. Хирургические болезни [Электронный ресурс]: учебник / под ред. Н.Н. Крылова - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2017. - 624 с.

Занятие № 14
Тема: Заболевания желудка и 12ПК

Цель занятия: освоить теоретические и практические знания, касающиеся этиологии, патогенеза, симптоматики, диагностики, классификации, способов консервативного и оперативного лечения заболеваний желудка и 12ПК.

Вопросы, рассматриваемые на занятии: Осложнения язвенной болезни желудка и 12-перстной кишки. Современная лечебная тактика. Характеристика отдельных осложнений:

перфоративная язва, пенетрирующая язва, пилородуоденальный стеноз, гастродуоденальное кровотечение, мализнизация язвы. Клиника, диагностика. Принципы консервативного и хирургического лечения.

План проведения занятия:
1. Опрос по теме занятия.
2. Демонстрация больного с тематическим заболеванием.
3. Самостоятельная работа студентов:
- курация тематических больных под контролем преподавателя
- самостоятельное представление курируемого больного в группе, составление алгоритма диагноза и плана обследования
- оценка параклинических методов обследования курируемого больного, решение клинических задач по теме
4. Заключение преподавателя по разделу самостоятельной работы с разбором ошибок.

Самостоятельная работа: клиническая курация больных, подготовка к написанию этапного эпикриза; оформление карт микрокурации, оформление историй болезни.

Контрольные вопросы:
1. Язва 12ти перстной кишки и желудка. Желудочно-кишечное кровотечение. 4 степени тяжести кровопотери.
2. Пилородуоденальный стеноз. Этиология и патогенез.
3.Перфорация язвы желудка и 12ти перстной кишки. Клиническая картина. Дифференциальная диагностика.
4. Щелочной рефлюкс-гастрит.
5. Рефлюкс –эзофагит.
6. Гастростаз.
7. Постваготомическая диарея.
8. Рефлюкс –эзофагит. Клиническая картина. Диагностика.
9. Виды оперативных вмешательств на желудке, наиболее часто применяющихся при лечении осложненной язвы желудка.

Литература:
1. Госпитальная хирургия. Синдромология [Электронный ресурс]: учебное пособие / под ред. Н.О. Миланова, Ю.В. Бирюкова, Г.В. Синявина. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. 79 - 440 с.
2.Исаков Ю.Ф., Детская хирургия [Электронный ресурс]: учебник / под ред. Ю. Ф. Исакова, А. Ю. Разумовского; отв. ред. А. Ф. Дронов. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015. - 1040 с.
3.Кузин М.И., Хирургические болезни [Электронный ресурс]: учебник / под ред. М. И. Кузина. - 4-е изд., перераб. и доп. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014. - 992 с.
4.Кузнецов Н.А., Уход за хирургическими больными. Руководство к практическим занятиям [Электронный ресурс]: учебное пособие / Кузнецов Н.А., Бронтвейн А.Т., Грицкова И.В. и др - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2011. - 192 с.
5.Левановичв В.В., Амбулаторная хирургия детского возраста [Электронный ресурс] / В.В. Левановичв, Н.Г. Жила, И.А. Комиссаров - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014. - 144 с.
6. Суковатых Б.С., Хирургические болезни и травмы в общей врачебной практике [Электронный ресурс] / Суковатых Б.С., Сумин С.А., Горшунова Н.К. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008. - 624 с.
7. Черноусов А.Ф., Хирургические болезни [Электронный ресурс]: учебник / Черноусов А.Ф., Ветшев С.П., Егоров А.В. Под ред. А.Ф. Черноусова. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2012. - 664 с.

8. Хирургические болезни [Электронный ресурс]: учебник / под ред. Н.Н. Крылова - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2017. - 624 с.

Занятие № 15
Тема: Болезни оперированного желудка.

Цель занятия: получить необходимые знания по этиологии, патогенезу, клиническим проявлениям различных заболеваний оперированного желудка и ознакомиться с методами диагностики и принципами их лечения.

Вопросы, рассматриваемые на занятии: Болезни оперированного желудка. Классификация. Демпинг-синдром и гипогликемический синдром. Патофизиология, степени тяжести. Клиника. Диагностика. Принципы лечения. Анемия; пострезекционная астения; щелочной рефлюкс-гастрит, рефлюкс- эзофагит, гастростаз, постваготомическая диарея. Клиника. Диагностика, принципы лечения. Рецидив язвы 12-ти перстной кишки и пептическая язва анастомоза. Причины. Клиника. Диагностика. Показания и методы хирургического лечения в зависимости от причины рецидива.

План проведения занятия:
1. Опрос по теме занятия.
2. Демонстрация больного с тематическим заболеванием.
3. Самостоятельная работа студентов:
- курация тематических больных под контролем преподавателя
- самостоятельное представление курируемого больного в группе, составление алгоритма диагноза и плана обследования
- оценка параклинических методов обследования курируемого больного, решение клинических задач по теме
4. Заключение преподавателя по разделу самостоятельной работы с разбором ошибок.

Самостоятельная работа: студент должен самостоятельно провести опрос больного, объективное исследование, анализ лабораторных и инструментальных данных. Сформулировать предварительный диагноз в соответствии с современной классификацией. Обосновать необходимость назначения лекарственных препаратов. Уметь выписать рецепты курируемому больному.

Контрольные вопросы:
1.Грыжи живота. Определение. Этиология и патогенез.
2. Анатомия передней брюшной стенки.
3. Причины превалирования женского населения над мужским по частоте послеоперационных вентральных грыж.
4. Современные материалы, использующиеся для закрытия и укрепления передней брюшной стенки у послеоперационных больных.
5. Симптомы ущемленной послеоперационной вентральной грыжи.
6. Послеоперационные вентральные грыжи. Клиническая картина. Диагностика.
7. Варианты пластики для закрытия послеоперационных дефектов (аллопластика, аутопластика)
8. Частота возникновения послеоперационных вентральных грыж. Причины.

9. Как и в каком положении проводят осмотр при подозрении на послеоперационную вентральную грыжу.

Литература:

1. Госпитальная хирургия. Синдромология [Электронный ресурс]: учебное пособие / под ред. Н.О. Миланова, Ю.В. Бирюкова, Г.В. Синявина. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. 79 - 440 с.
2.Исаков Ю.Ф., Детская хирургия [Электронный ресурс]: учебник / под ред. Ю. Ф. Исакова, А. Ю. Разумовского; отв. ред. А. Ф. Дронов. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015. - 1040 с.
3.Кузин М.И., Хирургические болезни [Электронный ресурс]: учебник / под ред. М. И. Кузина. - 4-е изд., перераб. и доп. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014. - 992 с.
4.Кузнецов Н.А., Уход за хирургическими больными. Руководство к практическим занятиям [Электронный ресурс]: учебное пособие / Кузнецов Н.А., Бронтвейн А.Т., Грицкова И.В. и др - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2011. - 192 с.
5.Леванович В.В., Амбулаторная хирургия детского возраста [Электронный ресурс] / В.В. Леванович, Н.Г. Жила, И.А. Комиссаров - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014. - 144 с.
6. Суковатых Б.С., Хирургические болезни и травмы в общей врачебной практике [Электронный ресурс] / Суковатых Б.С., Сумин С.А., Горшунова Н.К. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008. - 624 с.
7. Черноусов А.Ф., Хирургические болезни [Электронный ресурс]: учебник / Черноусов А.Ф., Ветшев С.П., Егоров А.В. Под ред. А.Ф. Черноусова. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2012. - 664 с.
8. Хирургические болезни [Электронный ресурс]: учебник / под ред. Н.Н. Крылова - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2017. - 624 с.

Занятие № 16

ВТОРОЙ РУБЕЖНЫЙ КОНТРОЛЬ, ЗАЩИТА ИСТОРИЙ БОЛЕЗНИ

1. Гемоторакс
2. Проба Ривилуа-Грегуара.
3. Классификация гемоторакса.
4. Лечение гемоторакса.
5. Открытый пневмоторакс.
6. Закрытый пневмоторакс. Этиология и патогенез.
7. Гемомедиастинум.
8. Эмфизема средостения. Диагностика.
9. Диагностика пневмоторакса.
10. Плевральная пункция при пневмотораксе, гемопневмотораксе.
11. Открытые повреждения легкого.
12. Ранение печени. Диагностика. Лечение.
13. Ранение сердца. Клиническая картина.
14. Открытые и закрытые травмы груди.
15. Открытые и закрытые травмы живота.
16. Сочетанные травмы груди и живота.
17. Диагностика при открытых и закрытых травмах груди.
18. Классификация травм груди.
19. Открытые и закрытые травмы живота. Диагностика. Лечение.
20. Тампонада сердца.
21. Возбудители эхиноккока легких
22. Эхиноккок легких. Клиническая картина.
23. Диагностика эхинококка легких.

24. Лечение эхиноккока легких.
25. Выбор оперативного вмешательства при эхинококке легких.
26. Эхинококк печени. Этиология и патогенез.
27. Эхинококк печени. Лечение.
28. Эхинококк печени. Осложнения.
29.Эхинококк печени. Преимущества и недостатки малоинвазивных оперативных вмешательств при удалении эхинококковых кист печени.
30. Острый аппендицит. Анатомия. Особенности расположения. Топография.
31. Осложнения острого аппендицита. Классификация.
32. Перфорация отростка. Клиническая картина.
33. Аппендикулярный инфильтрат. Лечебная тактика.
34. Забрюшинная флегмона
35. Тазовый абсцесс. Клиническая картина. Диагностика.
36. Перитонит. Этиология и патогенез.
37. Перитонит. Диагностика. Симптомы.
38. Перитонит. Лечебная тактика.
39. Частота возникновения осложнений острого аппендицита.
40. Пилефлебит.
41. Грыжи живота. Определение. Этиология и патогенез.
42. Анатомия передней брюшной стенки.
43.Причины превалирования женского населения над мужским по частоте послеоперационных вентральных грыж.
44. Современные материалы, использующиеся для закрытия и укрепления передней брюшной стенки у послеоперационных больных.
45. Симптомы ущемленной послеоперационной вентральной грыжи.
46. Послеоперационные вентральные грыжи. Клиническая картина. Диагностика.
47.Варианты пластики для закрытия послеоперационных дефектов (аллопластика, аутопластика)
48. Частота возникновения послеоперационных вентральных грыж. Причины.
49. Как и в каком положении проводят осмотр при подозрении на послеоперационную вентральную грыжу.
50. Осложнение язвенной болезни 12ти перстной кишки и желудка. Кровотечение.
51. Осложнение язвенной болезни 12ти перстной кишки и желудка. Пенетрация, перфорация язвы.
52. Демпинг-синдром.
53. Гипогликемический синдром.
54. Пострезекционная анемия.
55. Анемия после оперативного лечения желудка.
56. Пострезекционная астения.
57.Показания к хирургическому лечению при язве желудка или 12ти перстной кишки, осложненной кровотечением.
58. Язва 12ти перстной кишки и желудка. Желудочно-кишечное кровотечение. 4 степени тяжести кровопотери.
59. Пилородуоденальный стеноз. Этиология и патогенез.
60.Перфорация язвы желудка и 12ти перстной кишки. Клиническая картина. Дифференциальная диагностика.
61. Щелочной рефлюкс-гастрит.
62. Рефлюкс –эзофагит.
63. Гастростаз.

64. Постваготомическая диарея.
65. Рефлюкс –эзофагит. Клиническая картина. Диагностика.
66. Виды оперативных вмешательств на желудке, наиболее часто применяющихся при лечении осложненной язвы желудка.
67. Демпинг-синдром. Клиническая картина.
68. Перфорация язвы. Дифференциальная диагностика.
69. Пенетрация язвы.
70. Пилородуоденальный стеноз.

В IX семестре, после окончания модуля «Госпитальная хирургия» студенты, обучающиеся по специальности «Лечебное дело» пишут академическую историю болезни и защищают ее в последний день цикла. За три дня до окончания цикла студенты сдают написанные истории болезни своему преподавателю, который проверяет их и на следующий день отдает студентам для работы над исправлениями.
История болезни пишется по принятой на кафедре госпитальной хирургии схеме написания истории болезни. Студент, не защитивший историю болезни, считается неаттестованным по итогам цикла.

МОДУЛЬ «ДЕТСКАЯ ХИРУРГИЯ», X СЕМЕСТР.

Занятие № 1
Тема: Острый аппендицит и его осложнения у детей. Особенности хирургии детского возраста.

Цель занятия: изучить клинику острого аппендицита в различных возрастных группах, особенности течения, диагностики, дифференциальной диагностики, осложнения и тактику ведения пациентов с деструктивным аппендицитом.

Вопросы, рассматриваемые на занятии:
Острый аппендицит. Этиология. Патогенез. Клиника. Диагностика. Особенности клинических проявлений у детей раннего возраста. Трудности и особенности диагностики - сравнительная, "дозированная" пальпация, роль хлоралгидратовой клизмы и осмотра ребенка во сне, симптом "отталкивания". Особенности детской хирургии. Анатомо-физиологические особенности детского возраста. Наиболее часто встречающиеся хирургические заболевания у детей (пороки развития, заболевания, связанные с морфологической и функциональной незрелостью, гнойно-септические заболевания, травматические повреждения, опухоли). Частота пороков развития. Особенности травматологии детского возраста. Организация хирургической помощи, реанимационной службы и диспансерного наблюдения детей с хирургическими заболеваниями и пороками развития.

План проведения занятия:
1. Опрос по теме занятия.
2. Демонстрация больного с тематическим заболеванием.
3. Самостоятельная работа студентов:
- курация тематических больных под контролем преподавателя
- самостоятельное представление курируемого больного в группе, составление алгоритма диагноза и плана обследования

- оценка параклинических методов обследования курируемого больного, решение клинических задач по теме
4. Заключение преподавателя по разделу самостоятельной работы с разбором ошибок.

Самостоятельная работа:
Используя знания, приобретенные на предыдущих курсах, а также данные, полученные при опросе больного и объективном обследовании, правильно диагносцировать хирургическое заболевание или пороки развития и их осложнения. Определить показания к госпитализации больного и к проведению оперативного лечения.

Контрольные вопросы:
1.Этиология, патогенез, классификация, частота острого аппендицита в различных возрастных группах.
2.Возрастные особенности клинического течения острого аппендицита. Особенности диагностики у детей младшей возрастной группы.
3.Хирургическая тактика при остром аппендиците. Современные методы лечения, Роль лапароскопии в диагностике и лечении острого аппендицита у детей.
4.Особенности течения, диагностики, лечения острого аппендицита у детей различных возрастных групп.
5. В чем состоит принципиальное отличие детской хирургии от взрослой?
6. Каковы анатомо-физиологические особенности организма ребенка с точки зрения хирурга?
7. Дайте определение основных видов пороков развития.

Литература:
1.Баранов А.А., Киргизов И.В., Клиническое питание в детской хирургии/ Баранова А.А., Киргизова И.В., - М.: Педиатръ, 2012. - 82с.
2.Исаков Ю.Ф., Детская хирургия [Электронный ресурс] : учебник / под ред. Ю. Ф. Исакова, А. Ю. Разумовского; отв. ред. А. Ф. Дронов. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015. - 1040 с.
3.Исаков Ю.Ф., Неонатальная хирургия. Под ред. Исакова Ю.Ф., Володина Н.Н., Гераськина А.В. М.: Династия, 2011. - 688с.
4.Левановичв В.В., Амбулаторная хирургия детского возраста [Электронный ресурс] / В.В. Левановичв, Н.Г. Жила, И.А. Комиссаров - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014. - 144 с.

Занятие № 2
Тема: Острые хирургические заболевания брюшной полости у детей. Перитониты у детей.

Цель занятия: сформировать основополагающие знания по этиологии, патогенезу, клинике, диагностике хирургических брюшной полости, научиться диагностировать заболевание и работать в соответствии с современными алгоритмами оказания помощи.

Вопросы, рассматриваемые на занятии:
Воспалительные заболевания органов брюшной полости. Ректальное исследование. Особенности дифференциальной диагностики с пневмонией, инфекционными заболеваниями, заболеваниями ЛОР-органов, инвагинацией (у младших детей); копростазом, гастроэнтеритами, пороками развития мочевыделительной системы, гениталий и др. (у старших детей). Современные методы исследования - электромиография, лапароскопия. Хирургическое лечение. Перитонит. Причины развития перитонита у детей. Современные

классификации перитонита - по путям возникновения, течению, локализации (первичные и вторичные, местные, диффузные, разлитые и т.д.). Принципы лечения. Криптогенный перитонит. Особенности клиники. Лапароскопическое лечение. Язвенно-некротический энтероколит. Этиология. Патогенез. Клиника. Принципы лечения. Тактика врача в зависимости от стадии заболевания. Диспансеризация. Профилактика.

План проведения занятия:

1. Опрос по теме занятия.
2. Демонстрация больного с тематическим заболеванием.
3. Самостоятельная работа студентов:

- курация тематических больных под контролем преподавателя
- самостоятельное представление курируемого больного в группе, составление алгоритма диагноза и плана обследования
- оценка параклинических методов обследования курируемого больного, решение клинических задач по теме

4. Заключение преподавателя по разделу самостоятельной работы с разбором ошибок.

Самостоятельная работа:

На основе знаний основных причин, ведущих к развитию воспалительных заболеваний органов брюшной полости у детей, основных звеньев патогенеза, аускультативных критериев и инструментальных данных студент должен самостоятельно поставить и обосновать диагноз, определить прогноз и тактику ведения больного.

Контрольные вопросы:

1.Местные симптомы острого воспалительного процесса в брюшной полости, их эпонимы, техника выявления.
2.Анатомо-физиологические особенности детского организма, как причина острых воспалительных заболеваний органов брюшной полости и их осложнений.
3.Классификация перитонита по распространенности процесса в брюшной полости.
4.Основные клинические проявления первичного и вторичного перитонита.
5.Основные интраоперационные этапы лечения перитонита.
6. Местные симптомы внутрибрюшного, желудочно-кишечного, забрюшинного кровотечения, их эпонимы, приемы выявления.
7. Дополнительные исследования при остром воспалительном абдоминальном процессе.
8. Факторы, влияющие на вероятность выявления местных симптомов, их оценку.
9. Лабораторная и лучевая диагностика острого аппендицита, показания,
диагностические признаки, возрастные особенности гемограммы (ситуационная задача).
10. Методы функциональной и эндоскопической диагностики при остром аппендиците, показания, диагностические признаки.

Литература:

1.Баранов А.А., Киргизов И.В., Клиническое питание в детской хирургии/ Баранова А.А., Киргизова И.В., - М.: Педиатръ, 2012. - 82с.
2.Исаков Ю.Ф., Детская хирургия [Электронный ресурс] : учебник / под ред. Ю. Ф. Исакова, А. Ю. Разумовского; отв. ред. А. Ф. Дронов. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015. - 1040 с.
3.Исаков Ю.Ф., Неонатальная хирургия. Под ред. Исакова Ю.Ф., Володина Н.Н., Гераськина А.В. М.: Династия, 2011. - 688с.
4.Левановичв В.В., Амбулаторная хирургия детского возраста [Электронный ресурс] / В.В. Левановичв, Н.Г. Жила, И.А. Комиссаров - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014. - 144 с.

Занятие № 3
Тема: Врожденная и приобретенная кишечная непроходимость у детей.

Цель занятия: освоить теоретические и практические знания, касающиеся этиологии, патогенеза, симптоматики, диагностики, классификации, способов консервативного и оперативного лечения кишечной непроходимости.

Вопросы, рассматриваемые на занятии:
Классификация врожденной кишечной непроходимости. Врачебная и хирургическая тактика при разных формах врожденной кишечной непроходимости. Принципы оперативного лечения. Роль врожденных аномалий - Меккелев дивертикул, дефекты брыжейки. Послеоперационная странгуляционная непроходимость. Клиника. Диагностика. Рентгенодиагностика. Хирургическое лечение. Врожденная обтурационная непроходимость. Копростаз - роль пороков развития толстой кишки (болезнь Гиршпрунга, врожденный стеноз заднепроходного отверстия). Пилоростеноз.
План проведения занятия:
1. Опрос по теме занятия.
2. Демонстрация больного с тематическим заболеванием.
3. Самостоятельная работа студентов:
- курация тематических больных под контролем преподавателя
- самостоятельное представление курируемого больного в группе, составление алгоритма диагноза и плана обследования
- оценка параклинических методов обследования курируемого больного, решение клинических задач по теме
4. Заключение преподавателя по разделу самостоятельной работы с разбором ошибок.

Самостоятельная работа:
Студент должен самостоятельно провести опрос больного, объективное исследование, анализ лабораторных и инструментальных данных. Сформулировать предварительный диагноз в соответствии с современной классификацией. Обосновать необходимость назначения лекарственных препаратов. Уметь выписать рецепты курируемому больному.

Контрольные вопросы:
1. Патологические состояния, возникающие при нарушении кишечника на разных его этапах.
2. Этапы нормального вращения кишечника.
3. Солидная стадия развития кишечника.
4. Этиология патогенез, классификация врожденной кишечной непроходимости.
5. Причины врожденной кишечной непроходимости.
6. Виды атрезий и стенозов.
7. Этиология патогенез, классификация приобретенной кишечной непроходимости.
8. Клиническое течение, диагностика, алгоритм действия при обтурационной кишечной непроходимости у детей (пилоростеноз).
9. Клиническое течение, диагностика, алгоритм действия при обтурационной кишечной непроходимости у детей (болезнь Гиршпрунга).
10. Клиническое течение, диагностика, алгоритм действия при странгуляционной кишечной непроходимости у детей (ущемленная грыжа, заворот кишечника).

Литература:

1.Баранов А.А., Киргизов И.В., Клиническое питание в детской хирургии/ Баранова А.А., Киргизова И.В., - М.: Педиатръ, 2012. - 82с.
2.Исаков Ю.Ф., Детская хирургия [Электронный ресурс] : учебник / под ред. Ю. Ф. Исакова, А. Ю. Разумовского; отв. ред. А. Ф. Дронов. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015. - 1040 с.
3.Исаков Ю.Ф., Неонатальная хирургия. Под ред. Исакова Ю.Ф., Володина Н.Н., Гераськина А.В. М.: Династия, 2011. - 688с.
4.Левановичв В.В., Амбулаторная хирургия детского возраста [Электронный ресурс] / В.В. Левановичв, Н.Г. Жила, И.А. Комиссаров - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014. - 144 с.

Занятие № 4
Тема: Врожденная и приобретенная кишечная непроходимость у детей.

Цель занятия: освоить теоретические и практические знания, касающиеся этиологии, патогенеза, симптоматики, диагностики, классификации, способов консервативного и оперативного лечения кишечной непроходимости.

Вопросы, рассматриваемые на занятии:

Врачебная и хирургическая тактика при разных формах кишечной непроходимости. Принципы оперативного лечения. Инвагинации. Этиология. Патогенез. Виды инвагинаций. Клиника. Диагностика. Рентгенодиагностика. Дифференциальная диагностика. Техника раздувания толстой кишки воздухом. Показания и противопоказания к консервативному расправлению инвагинации. Роль лапароскопии. Трудности и особенности диагностики тонкокишечной инвагинации. Показания к оперативному лечению. Операция дезинвагинации. Странгуляционный илеус.

Роль врожденных аномалий - Меккелев дивертикул, дефекты брыжейки. Послеоперационная странгуляционная непроходимость. Клиника. Диагностика. Рентгенодиагностика. Хирургическое лечение. Обтурационная непроходимость. Копростаз - роль пороков развития толстой кишки (болезнь Гиршпрунга, врожденный стеноз заднепроходного отверстия). Клиника. Диагностика. Рентгенодиагностика. Показания к хирургическому лечению. Способ операции. Динамическая непроходимость. Причины динамической непроходимости. Клиника. Диагностика. Дифференциальная диагностика динамического и механического илеуса. Консервативное лечение - новокаиновая блокада, гипертонические коктейли, сифонная клизма, ганглиоблокаторы, перидуральная анестезия, ГБО-терапия.

План проведения занятия:

1. Опрос по теме занятия.
2. Демонстрация больного с тематическим заболеванием.
3. Самостоятельная работа студентов:
- курация тематических больных под контролем преподавателя
- самостоятельное представление курируемого больного в группе, составление алгоритма диагноза и плана обследования
- оценка параклинических методов обследования курируемого больного, решение клинических задач по теме
4. Заключение преподавателя по разделу самостоятельной работы с разбором ошибок.

Самостоятельная работа:
Студент должен самостоятельно провести опрос больного, объективное исследование, анализ лабораторных и инструментальных данных. Сформулировать предварительный диагноз в соответствии с современной классификацией. Обосновать необходимость назначения лекарственных препаратов. Уметь выписать рецепты курируемому больному.

Контрольные вопросы:
1.Клиническое течение, диагностика, алгоритм действия при странгуляционной кишечной непроходимости у детей (инвагинация).
2.Виды инвагинации. Клиника, диагностика, рентгенодиагностика – пневмоирригография. Методы лечения, роль лапароскопии в лечении.
3.Приобретенная механическая и динамическая кишечная непроходимость. Этиология, патогенез, клиника, диагностика.
4.Спаечная кишечная непроходимость. Классификация, диагностика, лечение ранней и поздней спаечной кишечной непроходимости у детей.
5.Динамическая кишечная непроходимость у детей. Этиология, патогенез, клиника, диагностика. Лечебная тактика при динамической кишечной непроходимости у детей.
6.Кистофиброз поджелудочной железы, клинические формы.
7.Дифференциальная диагностика высокой и низкой кишечной непроходимости.
8.Основные моменты предоперационной подготовки детей с врожденной кишечной непроходимостью.
9.Тактика хирурга при постановке диагноза кишечная непроходимость.
10.Основные методы лечения детей с врожденной кишечной непроходимостью.

1.Баранов А.А., Киргизов И.В., Клиническое питание в детской хирургии/ Баранова А.А., Киргизова И.В., - М.: Педиатръ, 2012. - 82с.
2.Исаков Ю.Ф., Детская хирургия [Электронный ресурс] : учебник / под ред. Ю. Ф. Исакова, А. Ю. Разумовского; отв. ред. А. Ф. Дронов. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015. - 1040 с.
3.Исаков Ю.Ф., Неонатальная хирургия. Под ред. Исакова Ю.Ф., Володина Н.Н., Гераськина А.В. М.: Династия, 2011. - 688с.
4.Левановичв В.В., Амбулаторная хирургия детского возраста [Электронный ресурс] / В.В. Левановичв, Н.Г. Жила, И.А. Комиссаров - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014. - 144 с.

Занятие № 5
Тема: Особенности гнойной инфекции у детей.

Цель занятия: сформировать основополагающие знания по этиологии, патогенезу, клинике, диагностике гнойной инфекции у детей, научиться диагностировать заболевание и работать в соответствии с современными алгоритмами оказания помощи.

Вопросы, рассматриваемые на занятии:
Особенности гнойно-септических заболеваний у детей - сниженная способность к образованию антител, преобладание общей реакции организма над местными проявлениями, склонность к генерализации процесса. Особенности течения инфекции, вызываемой грамотрицательной и грамположительной микрофлорой, угнетение ретикулоэндотелиальной системы, склонность к интоксикации, сенсибилизации и аутосенсибилизации; склонность к септикопиемии; резистентность к антибиотикам. Хирургический сепсис. Принципы лечения гнойной инфекции. Воздействие на макроорганизм - дезинтоксикация, десенсибилизация,

активная и пассивная иммунизация, стимуляция. Воздействие на микроорганизм - рациональная антибиотикотерапия, смена антибиотиков. Воздействие на очаг. Важность определения микрофлоры и чувствительности ее к антибиотикам. Значение пассивной и активной иммунизации и стимуляции организма. Клеточный и гуморальный иммунитет и его стимуляция. Десенсибилизирующая терапия. Значение интенсивной инфузионной терапии

План проведения занятия:

1. Опрос по теме занятия.
2. Демонстрация больного с тематическим заболеванием.
3. Самостоятельная работа студентов:
- курация тематических больных под контролем преподавателя
- самостоятельное представление курируемого больного в группе, составление алгоритма диагноза и плана обследования
- оценка параклинических методов обследования курируемого больного, решение клинических задач по теме
4. Заключение преподавателя по разделу самостоятельной работы с разбором ошибок.

Самостоятельная работа:

1. На основе знаний основных причин, ведущих к развитию хирургических инфекций у детей, основных звеньев патогенеза, аускультативных критериев и инструментальных данных студент должен самостоятельно поставить и обосновать диагноз, определить прогноз и тактику ведения больного.
2. Самостоятельная работа предусматривает расшифровку рентгенологических показателей с формулировкой диагноза, составлением плана лечения и обследования.

Контрольные вопросы:

1.Патогенез острой гнойной хирургической инфекции.
2.Некоторые особенности иммунологических реакций детского организма при гнойной инфекции.
3.Течение местного процесса при гнойной инфекции у детей.
4.Хроническое воспаление.
5.Принципы лечения острой гнойной хирургической инфекции у детей.
6.Острый гематогенный остеомиелит у детей. Клиника, диагностика, лечение.
7.Диагностика состояния реактивности организма и возбудителя гнойной хирургической инфекции у детей. Оценка степени тяжести инфекционного токсикоза.
8.Рентгендиагностика острого гематогенного остеомиелита. УЗИ.
9.Особенности хирургической тактики и методов лечения у детей различных возрастных групп. 10.Осложнения и их лечение, реабилитация.

Литература:

1.Баранов А.А., Киргизов И.В., Клиническое питание в детской хирургии/ Баранова А.А., Киргизова И.В., - М.: Педиатръ, 2012. - 82с.
2.Исаков Ю.Ф., Детская хирургия [Электронный ресурс] : учебник / под ред. Ю. Ф. Исакова, А. Ю. Разумовского; отв. ред. А. Ф. Дронов. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015. - 1040 с.
3.Исаков Ю.Ф., Неонатальная хирургия. Под ред. Исакова Ю.Ф., Володина Н.Н., Гераськина А.В. М.: Династия, 2011. - 688с.
4.Левановичв В.В., Амбулаторная хирургия детского возраста [Электронный ресурс] / В.В. Левановичв, Н.Г. Жила, И.А. Комиссаров - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014. - 144 с.

Занятие № 6

Тема: Особенности гнойной инфекции у детей.

Цель занятия: сформировать основополагающие знания по этиологии, патогенезу, клинике, диагностике гнойной инфекции у детей, научиться диагностировать заболевание и работать в соответствии с современными алгоритмами оказания помощи.

Вопросы, рассматриваемые на занятии:

Особенности гнойно-септических заболеваний у детей - сниженная способность к образованию антител, преобладание общей реакции организма над местными проявлениями, склонность к генерализации процесса. Особенности течения инфекции, вызываемой грамотрицательной и грамположительной микрофлорой, угнетение ретикулоэндотелиальной системы, склонность к интоксикации, сенсибилизации и аутосенсибилизации; склонность к септикопиемии; резистентность к антибиотикам. Хирургический сепсис. Принципы лечения гнойной инфекции. Воздействие на макроорганизм - дезинтоксикация, десенсибилизация, активная и пассивная иммунизация, стимуляция. Воздействие на микроорганизм - рациональная антибиотикотерапия, смена антибиотиков. Воздействие на очаг. Важность определения микрофлоры и чувствительности ее к антибиотикам. Значение пассивной и активной иммунизации и стимуляции организма. Клеточный и гуморальный иммунитет и его стимуляция. Десенсибилизирующая терапия. Значение интенсивной инфузионной терапии

План проведения занятия:

1. Опрос по теме занятия.
2. Демонстрация больного с тематическим заболеванием.
3. Самостоятельная работа студентов:
- курация тематических больных под контролем преподавателя
- самостоятельное представление курируемого больного в группе, составление алгоритма диагноза и плана обследования
- оценка параклинических методов обследования курируемого больного, решение клинических задач по теме
4. Заключение преподавателя по разделу самостоятельной работы с разбором ошибок.

Самостоятельная работа:

1. На основе знаний основных причин, ведущих к развитию хирургических инфекций у детей, основных звеньев патогенеза, аускультативных критериев и инструментальных данных студент должен самостоятельно поставить и обосновать диагноз, определить прогноз и тактику ведения больного.
2. Самостоятельная работа предусматривает расшифровку рентгенологических показателей с формулировкой диагноза, составлением плана лечения и обследования.

Контрольные вопросы:

1. Патогенез острой гнойной хирургической инфекции.
2.Некоторые особенности иммунологических реакций детского организма при гнойной инфекции.
3.Течение местного процесса при гнойной инфекции у детей.
4.Хроническое воспаление.
5.Хронический остеомиелит.
6.Гнойно-волспалительные заболевания мягких тканей.
7.Гнойно-ворспалительные заболевания кожи и мягких тканей у новорожденных.

Литература:

1.Баранов А.А., Киргизов И.В., Клиническое питание в детской хирургии/ Баранова А.А., Киргизова И.В., - М.: Педиатръ, 2012. - 82с.
2.Исаков Ю.Ф., Детская хирургия [Электронный ресурс] : учебник / под ред. Ю. Ф. Исакова, А. Ю. Разумовского; отв. ред. А. Ф. Дронов. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015. - 1040 с.
3.Исаков Ю.Ф., Неонатальная хирургия. Под ред. Исакова Ю.Ф., Володина Н.Н., Гераськина А.В. М.: Династия, 2011. - 688с.
4.Левановичв В.В., Амбулаторная хирургия детского возраста [Электронный ресурс] / В.В. Левановичв, Н.Г. Жила, И.А. Комиссаров - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014. - 144 с.

ПЕРВЫЙ РУБЕЖНЫЙ КОНТРОЛЬ

Рубежный контроль проводится после того, как обучающиеся пройдут половину тем в данном семестре по данной дисциплине. Форма проведения рубежного контроля определяется самим преподавателем.

Вопросы к первому рубежному контролю.

1.Этиология, патогенез, классификация, частота острого аппендицита в различных возрастных группах.
2.Возрастные особенности клинического течения острого аппендицита. Особенности диагностики у детей младшей возрастной группы.
3.Хирургическая тактика при остром аппендиците. Современные методы лечения, Роль лапароскопии в диагностике и лечении острого аппендицита у детей.
4.Осложнения острого аппендицита (отграниченный и разлитой перитонит).
5.Особенности течения, диагностики, лечения острого аппендицита у детей различных возрастных групп.
6.Первичный перитонит. Этиология, патогенез, диагностика, принципы лечения.
7.Патогенез перитонита (патологические синдромы, развивающиеся при перитоните).
8.Классификация перитонитов. Фазы течения перитонитов.
9.Современные принципы патогенетического лечения перитонитов.
10.Этиология патогенез, классификация врожденной кишечной непроходимости.
11.Этиология патогенез, классификация приобретенной кишечной непроходимости.
12.Кистофиброз поджелудочной железы, клинические формы.
13.Клиническое течение, диагностика, алгоритм действия при обтурационной кишечной непроходимости у детей (пилоростеноз).
14.Клиническое течение, диагностика, алгоритм действия при обтурационной кишечной непроходимости у детей (болезнь Гиршпрунга).
15.Клиническое течение, диагностика, алгоритм действия при странгуляционной кишечной непроходимости у детей (ущемленная грыжа, заворот кишечника).
16.Клиническое течение, диагностика, алгоритм действия при странгуляционной кишечной непроходимости у детей (инвагинация).
17.Виды инвагинации. Клиника, диагностика, рентгенодиагностика – пневмоирригография. Методы лечения, роль лапароскопии в лечении.
18.Приобретенная механическая и динамическая кишечная непроходимость. Этиология, патогенез, клиника, диагностика.
19.Спаечная кишечная непроходимость. Классификация, диагностика, лечение ранней и поздней спаечной кишечной непроходимости у детей.
20.Динамическая кишечная непроходимость у детей. Этиология, патогенез, клиника, диагностика. Лечебная тактика при динамической кишечной непроходимости у детей.
21.Влияние анатомо-физиологических особенностей у детей различных возрастных групп на формирование первичного иммунного ответа. Значение нормального биоценоза.
22.Принципы детоксикационной и иммуномодулирующей терапии в детской хирургии.

Острый гематогенный остеомиелит у детей различных возрастных групп. Артрит. Особенности клинического проявления и диагностики у детей грудного и старшего возрастов.
23.Диагностика состояния реактивности организма и возбудителя гнойной хирургической инфекции у детей. Оценка степени тяжести инфекционного токсикоза.
24.Рентгендиагностика острого гематогенного остеомиелита. УЗИ. Особенности хирургической тактики и методов лечения у детей различных возрастных групп. Осложнения и их лечение, реабилитация.
25.Хронический остеомиелит. Этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение. Принципы диспансерного наблюдения.

Занятие № 7
Тема: Нарушения облитерации влагалищного отростка брюшины. Грыжи передней брюшной стенки.

Цель занятия: овладение студентами знаний о заболеваниях, связанных с нарушениями облитерации вагинального отростка брюшины у детей, грыжами передней брюшной стенки, крипторхизмом, варикоцеле.

Вопросы, рассматриваемые на занятии:
Грыжа пупочного канатика. Особенности хирургической тактики в зависимости от размеров грыж, степени недоразвития брюшной полости и преморбидного фона. Методы лечения - консервативный и оперативный. Принципы оперативного лечения. Техника консервативной терапии. Врожденное недоразвитие брюшных мышц. Клинические проявления. Сочетанные аномалии. Синдром Пруне - Белли. Диагностика, неотложная помощь. Консервативная терапия. Принципы хирургического лечения. Показания к срочному оперативному вмешательству. Пупочная грыжа. Анатомические предпосылки для их возникновения. Клинические проявления. Диагностика. Врачебная тактика - значение укрепления брюшной стенки (массаж, ЛФК). Показания к хирургическому лечению. Паховая грыжа. Значение нарушения облитерации вагинального отростка брюшины в образовании паховых грыж у детей. Виды грыж. Клиника. Диагностика, дифференциальная диагностика. Сроки оперативного лечения. Принципы операции грыжесечения в возрастном аспекте.

План проведения занятия:
1. Опрос по теме занятия.
2. Демонстрация больного с тематическим заболеванием.
3. Самостоятельная работа студентов:
- курация тематических больных под контролем преподавателя
- самостоятельное представление курируемого больного в группе, составление алгоритма диагноза и плана обследования
- оценка параклинических методов обследования курируемого больного, решение клинических задач по теме
4. Заключение преподавателя по разделу самостоятельной работы с разбором ошибок.

Самостоятельная работа:
Студент должен самостоятельно провести опрос больного, объективное исследование, анализ лабораторных и инструментальных данных. Сформулировать предварительный диагноз в соответствии с современной классификацией. Обосновать необходимость назначения лекарственных препаратов. Уметь выписать рецепты курируемому больному.

Контрольные вопросы:
1.Пороки развития, связанные с нарушением облитерации влагалищного отростка брюшины (паховая грыжа). Этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение.
2.Пороки развития, связанные с нарушением облитерации влагалищного отростка брюшины (водянка оболочек яичка). Этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение.
3.Пороки развития, связанные с нарушением облитерации влагалищного отростка брюшины (паховая грыжа, водянка оболочек яичка). Этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение.
4.Пупочная грыжа. Грыжа белой линии живота. Этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение.

Литература:
1.Баранов А.А., Киргизов И.В., Клиническое питание в детской хирургии/ Баранова А.А., Киргизова И.В., - М.: Педиатръ, 2012. - 82с.
2.Исаков Ю.Ф., Детская хирургия [Электронный ресурс] : учебник / под ред. Ю. Ф. Исакова, А. Ю. Разумовского; отв. ред. А. Ф. Дронов. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015. - 1040 с.
3.Исаков Ю.Ф., Неонатальная хирургия. Под ред. Исакова Ю.Ф., Володина Н.Н., Гераськина А.В. М.: Династия, 2011. - 688с.
4.Левановић В.В., Амбулаторная хирургия детского возраста [Электронный ресурс] / В.В. Левановић, Н.Г. Жила, И.А. Комиссаров - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014. - 144 с.

Занятие № 8
Тема: Крипторхизм. Варикоцеле. Особенности урологии детского возраста.

Цель занятия: научиться диагностировать по клинико-лабораторным и рентгенологическим признакам заболевания: крипторхизм, варикоцеле, гидроцеле у детей, а также определять алгоритм диагностики и лечения, включая своевременное направление на хирургическое лечение.

Вопросы, рассматриваемые на занятии:
Аномалии развития и опускания яичка. Классификация. Клиника и диагностика крипторхизма. Показания к гормональному и хирургическому лечению. Сроки и способы хирургического лечения.
Варикоцеле. Этиология, патогенез. Клиника. Диагностика. Сроки хирургического лечения. Принцип оперативного вмешательства.

План проведения занятия:
1. Опрос по теме занятия.
2. Демонстрация больного с тематическим заболеванием.
3. Самостоятельная работа студентов:
- курация тематических больных под контролем преподавателя
- самостоятельное представление курируемого больного в группе, составление алгоритма диагноза и плана обследования
- оценка параклинических методов обследования курируемого больного, решение клинических задач по теме
4. Заключение преподавателя по разделу самостоятельной работы с разбором ошибок.

Самостоятельная работа:

Студент должен самостоятельно провести опрос больного, объективное исследование, анализ лабораторных и инструментальных данных. Сформулировать предварительный диагноз в соответствии с современной классификацией. Обосновать необходимость назначения лекарственных препаратов. Уметь выписать рецепты курируемому больному.

Контрольные вопросы:
1. Аномалии мочеиспускательного канала.
2. Крипторхизм. Этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение. Реабилитация.
3. Варикоцеле. Этиология, патогенез, диагностика. Современные методы лечения.
4. Показания к гормональному и хирургическому лечению крипторхизма.
5. Этиология, патогенез и диагностика варикоцеле.
6. Этиология, патогенез и диагностика гидроцеле.

Литература:
1.Баранов А.А., Киргизов И.В., Клиническое питание в детской хирургии/ Баранова А.А., Киргизова И.В., - М.: Педиатръ, 2012. - 82с.
2.Исаков Ю.Ф., Детская хирургия [Электронный ресурс] : учебник / под ред. Ю. Ф. Исакова, А. Ю. Разумовского; отв. ред. А. Ф. Дронов. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015. - 1040 с.
3.Исаков Ю.Ф., Неонатальная хирургия. Под ред. Исакова Ю.Ф., Володина Н.Н., Гераськина А.В. М.: Династия, 2011. - 688с.
4.Левановичв В.В., Амбулаторная хирургия детского возраста [Электронный ресурс] / В.В. Левановичв, Н.Г. Жила, И.А. Комиссаров - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014. - 144 с.

Занятие № 9
Тема: Пороки развития легких, диафрагмы и пищевода у детей.

Цель занятия: научиться диагностировать по клинико-лабораторным и рентгенологическим признакам пороки развития и наследственные болезни органов грудной клетки у детей, а также различные интерстициальные поражения; определять алгоритм диагностики и лечения, включая своевременное направление на хирургическое лечение; составлять программы профилактики обострений и прогрессирования заболеваний, реабилитационных мероприятий.

Вопросы, рассматриваемые на занятии:
Основные симптомы хирургических заболеваний органов грудной полости (дыхательная недостаточность, дисфагия). Причины дисфагии у детей (желудочно-кишечный рефлюкс, халазия, стеноз пищевода). Семиотика. Методика обследования (осмотр, применение рентгенологического, эндоскопического методов). Виды пороков органов грудной клетки у детей; их частота. Этиология. Патогенез. Клиника, диагностика. Агенезия и гипоплазия легкого. Врожденные кисты легких, врожденная долевая эмфизема, легочная секвестрация.

План проведения занятия:
1.Опрос по теме занятия.
2.Демонстрация больного с тематическим заболеванием.
3.Самостоятельная работа студентов:
- курация тематических больных под контролем преподавателя
- самостоятельное представление курируемого больного в группе, составление алгоритма диагноза и плана обследования
- оценка параклинических методов обследования курируемого больного, решение клинических задач по теме

4.Заключение преподавателя по разделу самостоятельной работы с разбором ошибок.

Самостоятельная работа:
Студент должен самостоятельно провести опрос больного, объективное исследование, анализ лабораторных и инструментальных данных. Сформулировать предварительный диагноз в соответствии с современной классификацией. Обосновать необходимость назначения лекарственных препаратов. Уметь выписать рецепты курируемому больному.

Контрольные вопросы:
1. Бронхоэктатическая болезнь у детей. Этиология, патогенез.
2. Бронхоэктатическая болезнь у детей. Клиника, диагностика, хирургическая тактика лечения.
3. Пневмоторакс у детей. Клиника, диагностика, лечение.
4. Пиопневмоторакс. Клиника, лечение.
5. Атрезия пищевода. Этиология, клиника, диагностика, лечение.
6. Грыжа пищеводного отверстия диафрагмы. Этиология, клиника, диагностика, лечение.
7. Желудочно-пищеводный рефлюкс. Этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение.
8. Ожоги пищевода. Этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение.
9. Рубцовые сужения пищевода. Этиология, патогенез, клиника.
10. Абсцесс легкого. Клиника, диагностика, лечение.

Литература:
1.Баранов А.А., Киргизов И.В., Клиническое питание в детской хирургии/ Баранова А.А., Киргизова И.В., - М.: Педиатръ, 2012. - 82с.
2.Исаков Ю.Ф., Детская хирургия [Электронный ресурс] : учебник / под ред. Ю. Ф. Исакова, А. Ю. Разумовского; отв. ред. А. Ф. Дронов. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015. - 1040 с.
3.Исаков Ю.Ф., Неонатальная хирургия. Под ред. Исакова Ю.Ф., Володина Н.Н., Гераськина А.В. М.: Династия, 2011. - 688с.
4.Левановичв В.В., Амбулаторная хирургия детского возраста [Электронный ресурс] / В.В. Левановичв, Н.Г. Жила, И.А. Комиссаров - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014. - 144 с.

Занятие № 10
Тема: Пороки развития легких, диафрагмы и пищевода у детей.

Цель занятия: научиться диагностировать по клинико-лабораторным и рентгенологическим признакам пороки развития и наследственные болезни органов грудной клетки у детей, а также различные интерстициальные поражения; определять алгоритм диагностики и лечения, включая своевременное направление на хирургическое лечение; составлять программы профилактики обострений и прогрессирования заболеваний, реабилитационных мероприятий.

Вопросы, рассматриваемые на занятии:
Пороки развития пищевода. Атрезия пищевода, врожденные стенозы пищевода, трахеопищеводный свищ, ахалазия пищевода, рефлюкс, эзофагит. Бронхоэктазия. Этиология, патогенез, патоморфология. Клиническая картина. Роль специальных методов исследования - бронхоскопия, бронхография, ангиография, их техника. Нарушение функции внешнего дыхания. Наиболее частые варианты поражения. Показания к операции. Предоперационная подготовка - постуральный дренаж, лечебная физкультура, лечебные бронхоскопии, общеукрепляющая терапия. Виды оперативных вмешательств - пульмонэктомия, лоб- и билобэктомия, сегментарная резекция. Тактика при обширных двухсторонних бронхоэктазиях.

Осложнения: ателектаз, коллапс легкого, бронхиальные свищи, эмпиема плевры. Профилактика, лечение. Отдаленные результаты лечения бронхоэктазии.

План проведения занятия:
1. Опрос по теме занятия.
2. Демонстрация больного с тематическим заболеванием.
3. Самостоятельная работа студентов:
- курация тематических больных под контролем преподавателя
- самостоятельное представление курируемого больного в группе, составление алгоритма диагноза и плана обследования
- оценка параклинических методов обследования курируемого больного, решение клинических задач по теме
4. Заключение преподавателя по разделу самостоятельной работы с разбором ошибок.

Самостоятельная работа:
Студент должен самостоятельно провести опрос больного, объективное исследование, анализ лабораторных и инструментальных данных. Сформулировать предварительный диагноз в соответствии с современной классификацией. Обосновать необходимость назначения лекарственных препаратов. Уметь выписать рецепты курируемому больному.

Контрольные вопросы:
1.Атрезия пищевода. Этиология, клиника, диагностика, лечение.
2.Диафрагмальные грыжи у детей. Клиника, диагностика, лечение.
3.Параэзофагеальная грыжа у детей. Этиология, клиника, диагностика, лечение.
4.Эзофагеальная грыжа у детей. Этиология, клиника, диагностика, лечение.
5.Желудочно-пищеводный рефлюкс у детей. Этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение.
6.Ожоги пищевода у детей. Этиология, патогенез.
7.Ожоги пищевода у детей. Клиника, диагностика, лечение.
8.Рубцовые сужения пищевода у детей. Этиология, патогенез.
9.Рубцовые сужения пищевода у детей. Клиника, диагностика, методы лечения.
10.Показания к бужированию пищевода у детей. Виды бужирования. Возможные осложнения при бужировании и их профилактика.

Литература:
1.Баранов А.А., Киргизов И.В., Клиническое питание в детской хирургии/ Баранова А.А., Киргизова И.В., - М.: Педиатръ, 2012. - 82с.
2.Исаков Ю.Ф., Детская хирургия [Электронный ресурс] : учебник / под ред. Ю. Ф. Исакова, А. Ю. Разумовского; отв. ред. А. Ф. Дронов. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015. - 1040 с.
3.Исаков Ю.Ф., Неонатальная хирургия. Под ред. Исакова Ю.Ф., Володина Н.Н., Гераськина А.В. М.: Династия, 2011. - 688с.
4.Левановичв В.В., Амбулаторная хирургия детского возраста [Электронный ресурс] / В.В. Левановичв, Н.Г. Жила, И.А. Комиссаров - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014. - 144 с.

Занятие № 11
Тема: Приобретенная торакальная патология у детей.

Цель занятия: получить необходимые знания по этиологии, патогенезу, клиническим проявлениям торакальной патологии и ознакомиться с методами диагностики и принципами их лечения.

Вопросы, рассматриваемые на занятии:
Эмбриогенез диафрагмы и его возможные нарушения. Классификация диафрагмальных грыж у детей. Клиника, диагностика и лечение истинных диафрагмально-плевральных грыж. Клиника, диагностика и лечение ложных диафрагмально-плевральных грыж. Клиника, диагностика и лечение грыж пищеводного отверстия диафрагмы. Клиника, диагностика и лечение френоперикардиальных грыж. Клиника, диагностика и лечение парастернальных грыж.

План проведения занятия:
1. Опрос по теме занятия.
2. Демонстрация больного с тематическим заболеванием.
3. Самостоятельная работа студентов:
- курация тематических больных под контролем преподавателя
- самостоятельное представление курируемого больного в группе, составление алгоритма диагноза и плана обследования
- оценка параклинических методов обследования курируемого больного, решение клинических задач по теме
4. Заключение преподавателя по разделу самостоятельной работы с разбором ошибок.

Самостоятельная работа:
Студент должен самостоятельно провести опрос больного, объективное исследование, анализ лабораторных и инструментальных данных. Сформулировать предварительный диагноз в соответствии с современной классификацией. Обосновать необходимость назначения лекарственных препаратов. Уметь выписать рецепты курируемому больному.

Контрольные вопросы:
1.Эмбриогенез диафрагмы
2.Классификация диафрагмальных грыж
3.Клиника, диагностика, лечение ложных грыж диафрагмы
4.Клиника, диагностика, лечение истинных грыж диафрагмы
5.Френоперикардиальные, парастернальные и пищеводного отверстия диафрагмы грыжи

Литература:
1.Баранов А.А., Киргизов И.В., Клиническое питание в детской хирургии/ Баранова А.А., Киргизова И.В., - М.: Педиатръ, 2012. - 82с.
2.Исаков Ю.Ф., Детская хирургия [Электронный ресурс] : учебник / под ред. Ю. Ф. Исакова, А. Ю. Разумовского; отв. ред. А. Ф. Дронов. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015. - 1040 с.
3.Исаков Ю.Ф., Неонатальная хирургия. Под ред. Исакова Ю.Ф., Володина Н.Н., Гераськина А.В. М.: Династия, 2011. - 688с.
4.Левановић В.В., Амбулаторная хирургия детского возраста [Электронный ресурс] / В.В. Левановић, Н.Г. Жила, И.А. Комиссаров - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014. - 144 с.

Занятие № 12
ВТОРОЙ РУБЕЖНЫЙ КОНТРОЛЬ, ЗАЩИТА ИСТОРИИ БОЛЕЗНИ

Рубежный контроль проводится после того, как обучающиеся пройдут половину тем в данном семестре по данной дисциплине. Форма проведения рубежного контроля определяется самим преподавателем.

Вопросы к рубежному контролю.

1.Пороки развития, связанные с нарушением облитерации влагалищного отростка брюшины (паховая грыжа). Этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение.
2.Крипторхизм. Этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение. Реабилитация.
3.Варикоцеле. Этиология, патогенез, диагностика. Современные методы лечения.
4.Пороки развития, связанные с нарушением облитерации влагалищного отростка брюшины (водянка оболочек яичка). Этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение.
5.Пороки развития, связанные с нарушением облитерации влагалищного отростка брюшины (паховая грыжа, водянка оболочек яичка). Этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение.
6.Пупочная грыжа. Грыжа белой линии живота. Этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение.
7.Бронхоэктатическая болезнь. Этиология, патогенез.
8.Бронхоэктатическая болезнь. Клиника, диагностика, хирургическая тактика лечения.
9.Атрезия пищевода. Этиология, клиника, диагностика, лечение.
10.Грыжа пищеводного отверстия диафрагмы. Этиология, клиника, диагностика, лечение.
11.Пиопневмоторакс. Клиника, диагностика, лечение.
12.Абсцесс легкого. Клиника, диагностика, лечение.
13.Желудочно-пищеводный рефлюкс. Этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение.
14.Ожоги пищевода. Этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение.
15.Рубцовые сужения пищевода. Этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение.

В X семестре, после окончания модуля «Детская хирургия» студенты, обучающиеся по специальности «Лечебное дело» пишут академическую историю болезни и защищают ее в последний день цикла. За три дня до окончания цикла студенты сдают написанные истории болезни своему преподавателю, который проверяет их и на следующий день отдает студентам для работы над исправлениями.

История болезни пишется по принятой на кафедре госпитальной хирургии схеме написания истории болезни. Студент, не защитивший историю болезни, считается неаттестованным по итогам цикла.

МОДУЛЬ «ГОСПИТАЛЬНАЯ ХИРУРГИЯ, ДЕТСКАЯ ХИРУРГИЯ». XI СЕМЕСТР.

Занятие № 1
Тема: Болезни периферических артерий.

Цель занятия: изучить основные клинические проявления, принципы диагностики и лечения болезни периферических артерий.

Вопросы, рассматриваемые на занятии:

Заболевания периферических артерий. Этиология, факторы риска. Патогенез. Клинико-диагностическая характеристика основных заболеваний. Принципы консервативной терапии. Рентгеноэндоваскулярная хирургия. Показания и методы хирургического лечения. Хроническая артериальная недостаточность нижних конечностей. Определение. Основные

причины. Степени тяжести по Фонтену-Покровскому. Рентгеноэндоваскулярная хирургия. Показания и методы хирургического лечения.

План проведения занятия:
1. Проверка подготовки к занятию - ответы на контрольные вопросы.
2. Разбор с демонстрацией больного с заболеванием периферических артерий.
3. Самостоятельная работа студентов.
4. Разбор курируемых больных.

Самостоятельная работа:
Студент должен самостоятельно провести опрос больного, объективное исследование, анализ лабораторных и инструментальных данных. Сформулировать предварительный диагноз в соответствии с современной классификацией. Обосновать необходимость назначения лекарственных препаратов. Уметь выписать рецепты курируемому больному.

Контрольные вопросы:
1.Тромбозы. Этиология. Патогенез. Диагностика. Лечение.
2.Хроническая артериальная недостаточность нижних конечностей. Определение. Основные причины. Степени тяжести по Фонтену-Покровскому.
4.Хроническая артериальная недостаточность нижних конечностей. Этиология. Патогенез.
5.Диагностика. Лечение.
6.Болезнь Бюргера. Клиника. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Лечение.

Литература:
1. Александров, А. А. Профилактика сердечно-сосудистых заболеваний в молодом возрасте / А.А. Александров. - М.: Медицина, 2016. - 80 с.
2. Барсуков, А.В. Гипертоническое сердце в терапевтической практике. Барсуков А.В. / А.В. Барсуков. - Москва: Мир, 2016. - 2431 с.
3. Басиев, Валерий Улучшение системы реабилитации больных ишемической болезнью сердца / Валерий Басиев. - М.: LAP Lambert Academic Publishing, 2017. - 132 с.
4. Белов Ю.В. Руководство по сосудистой хирургии с атласом оперативной техники. М.: ДеНово. 2000; 448.
5. Волков, В. С. Экстренная диагностика и лечение в неотложной кардиологии / В.С. Волков. - М.: Медицинское информационное агентство, 2018. - 336 с.
6. Гасилин, В. С. Стенокардия / В.С. Гасилин, Б.А. Сидоренко. - М.: Медицина, 2019. - 240 с.
7. Замотаев, И. П. Легочно-сердечная недостаточность / И.П. Замотаев. - М.: Медицина, 2014. - 200 с.
8. Измуханов, А.К. Лечение ревматических пороков сердца / А.К. Измуханов. - Москва: Гостехиздат, 2018. - 232 с.
9. Окороков, А. Н. Диагностика болезней внутренних органов. Том 7. Диагностика болезней сердца и сосудов: Артериальная гипертензия. Артериальная гипотензия. Синкопальные состояния. Нейроциркуляторная дистония / А.Н. Окороков. - М.: Медицинская литература, 2015. - 404 с.
10. Шхвацабая, И. К. Реабилитация больных ишемической болезнью сердца / И.К. Шхвацабая, Д.М. Аронов, В.П. Зайцев. - М.: Медицина, 2018. - 320 с.

Занятие № 2
Тема: Острая артериальная недостаточность нижних конечностей.

Цель занятия: освоить теоретические и практические знания, касающиеся этиологии, патогенеза, симптоматики, диагностики, классификации, способов консервативного и оперативного лечения острой артериальной недостаточности.

Вопросы, рассматриваемые на занятии:
Острая артериальная недостаточность нижних конечностей. Определение. Основные причины тромбозов и эмболий. Предрасполагающие факторы. Клиническая картина. Степени тяжести по Савельеву-Затевахину. Показания и объем хирургического течения при тромбозах и эмболиях.

План проведения занятия:
1. Проверка подготовки к занятию - ответы на контрольные вопросы.
2. Разбор с демонстрацией больного с острой артериальной недостаточностью.
3. Самостоятельная работа студентов.
4. Разбор курируемых больных.

Самостоятельная работа:
Студент должен самостоятельно провести опрос больного, объективное исследование, анализ лабораторных и инструментальных данных. Сформулировать предварительный диагноз в соответствии с современной классификацией. Обосновать необходимость назначения лекарственных препаратов. Уметь выписать рецепты курируемому больному.

Контрольные вопросы:
1. Предрасполагающие факторы острой артериальной недостаточности нижних конечностей.
2. Острая артериальная недостаточность нижних конечностей. Определение.
3. Этиология. Патогенез.
4.Диагностика. Лечение.
5.Облитерирующий эндартериит. Клиника. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Лечение.
6.Облитерирующий атеросклероз. Клиника. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Лечение.
7.Рентгенэндовакулярная хирургия. Определение. Области применения.

Литература:
1. Александров, А. А. Профилактика сердечно-сосудистых заболеваний в молодом возрасте / А.А. Александров. - М.: Медицина, 2016. - 80 с.
2. Барсуков, А.В. Гипертоническое сердце в терапевтической практике. Барсуков А.В. / А.В. Барсуков. - Москва: Мир, 2016. - 2431 с.
3. Басиев, Валерий Улучшение системы реабилитации больных ишемической болезнью сердца / Валерий Басиев. - М.: LAP Lambert Academic Publishing, 2017. - 132 с.
4. Белов Ю.В. Руководство по сосудистой хирургии с атласом оперативной техники. М.: ДеНово. 2000; 448.
5. Волков, В. С. Экстренная диагностика и лечение в неотложной кардиологии / В.С. Волков. - М.: Медицинское информационное агентство, 2018. - 336 с.
6. Гасилин, В. С. Стенокардия / В.С. Гасилин, Б.А. Сидоренко. - М.: Медицина, 2019. - 240 с.
7. Замотаев, И. П. Легочно-сердечная недостаточность / И.П. Замотаев. - М.: Медицина, 2014. - 200 с.
8. Измуханов, А.К. Лечение ревматических пороков сердца / А.К. Измуханов. - Москва: Гостехиздат, 2018. - 232 с.

9. Окороков, А. Н. Диагностика болезней внутренних органов. Том 7. Диагностика болезней сердца и сосудов: Артериальная гипертензия. Артериальная гипотензия. Синкопальные состояния. Нейроциркуляторная дистония / А.Н. Окороков. - М.: Медицинская литература, 2015. - 404 с.
10. Шхвацабая, И. К. Реабилитация больных ишемической болезнью сердца / И.К. Шхвацабая, Д.М. Аронов, В.П. Зайцев. - М.: Медицина, 2018. - 320 с.

Занятие № 3
Тема: Заболевания вен.

Цель занятия: научиться диагностировать по клинико-лабораторным и рентгенологическим признакам заболевания вен, а также определять алгоритм диагностики и лечения, включая своевременное направление на хирургическое лечение.

Вопросы, рассматриваемые на занятии:
Заболевания вен. Тромбоэмболия легочной артерии. Варикозная болезнь. Определение. Стадии развития. Клиника. Диагностическая программа. Методы лечения. Показания и объём хирургического лечения у больных с варикозной болезнью. Посттромботическая болезнь. Определение. Классификация. Клиника. Диагностическая программа. Принципы лечения. Тромбозы магистральных вен нижних конечностей. Классификация. Клинические особенности в зависимости от уровня тромбоза. Диагностика. Принципы лечения. Осложнения венозных тромбозов. Клиника, диагностика. Принципы лечения. Профилактика тромбоэмболии легочной артерии. Хроническая венозная недостаточность нижних конечностей. Основные причины. Ведущие методы диагностики. Степени тяжести хронической венозной недостаточности. Клинические особенности течения тромбозов и эмболий.

План проведения занятия:
1. Проверка подготовки к занятию - ответы на контрольные вопросы.
2. Разбор с демонстрацией больного с заболеванием вен.
3. Самостоятельная работа студентов.
4. Разбор курируемых больных.

Самостоятельная работа:
Студент должен самостоятельно провести опрос больного, объективное исследование, анализ лабораторных и инструментальных данных. Сформулировать предварительный диагноз в соответствии с современной классификацией. Обосновать необходимость назначения лекарственных препаратов. Уметь выписать рецепты курируемому больному.

Контрольные вопросы:
1.Заболевания вен. Классификация. Этиология. Патогенез. Диагностика. Лечение.
2.Тромбоэмболия легочной артерии. Этиология. Патогенез. Клиника. Диагностика. Лечение.
3.Тромбозы магистральных вен нижних конечностей. Клиника. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Лечение.
4.Варикозная болезнь. Этиология. Патогенез. Клиника. Диагностика. Лечение.
5. Тромбозы магистральных вен нижних конечностей. Клиника. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Лечение.
6. Посттромботическая болезнь. Классификация. Этиология. Патогенез. Клиника. Диагностика. Лечение.

7. Тромбозы магистральных вен нижних конечностей. Клиника. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Лечение.
8. Хроническая венозная недостаточность нижних конечностей. Классификация. Клиника. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Лечение.

Литература:
1. Александров, А. А. Профилактика сердечно-сосудистых заболеваний в молодом возрасте / А.А. Александров. - М.: Медицина, 2016. - 80 с.
2. Барсуков, А.В. Гипертоническое сердце в терапевтической практике. Барсуков А.В. / А.В. Барсуков. - Москва: Мир, 2016. - 2431 с.
3. Басиев, Валерий Улучшение системы реабилитации больных ишемической болезнью сердца / Валерий Басиев. - М.: LAP Lambert Academic Publishing, 2017. - 132 с.
4. Белов Ю.В. Руководство по сосудистой хирургии с атласом оперативной техники. М.: ДеНово. 2000; 448.
5. Волков, В. С. Экстренная диагностика и лечение в неотложной кардиологии / В.С. Волков. - М.: Медицинское информационное агентство, 2018. - 336 с.
6. Гасилин, В. С. Стенокардия / В.С. Гасилин, Б.А. Сидоренко. - М.: Медицина, 2019. - 240 с.
7. Замотаев, И. П. Легочно-сердечная недостаточность / И.П. Замотаев. - М.: Медицина, 2014. - 200 с.
8. Измуханов, А.К. Лечение ревматических пороков сердца / А.К. Измуханов. - Москва: Гостехиздат, 2018. - 232 с.
9. Окороков, А. Н. Диагностика болезней внутренних органов. Том 7. Диагностика болезней сердца и сосудов: Артериальная гипертензия. Артериальная гипотензия. Синкопальные состояния. Нейроциркуляторная дистония / А.Н. Окороков. - М.: Медицинская литература, 2015. - 404 с.
10. Шхвацабая, И. К. Реабилитация больных ишемической болезнью сердца / И.К. Шхвацабая, Д.М. Аронов, В.П. Зайцев. - М.: Медицина, 2018. - 320 с.

Занятие № 4
Тема: Заболевания аорты и ее ветвей.

Цель занятия: изучить клинику заболеваний аорты, особенности течения, диагностики, дифференциальной диагностики, осложнения и тактику ведения пациентов с аневризмой аорты.

Вопросы, рассматриваемые на занятии:
Заболевания аорты и ее ветвей. Аневризмы грудной аорты. Этиология. Патофизиология. Классификация. Клиника, диагностика. Показания и методы хирургического лечения. Расслаивающаяся аневризма грудной аорты. Аневризмы брюшной аорты. Этиология. Патофизиология. Классификация. Клиника, диагностика. Показания и методы хирургического лечения. Разрыв аневризмы брюшной аорты. Травматические артериальные аневризмы. Механизмы их развития. Клиника и диагностика. Методы лечения.

План проведения занятия:
1. Проверка подготовки к занятию - ответы на контрольные вопросы.
2. Разбор с демонстрацией больного с заболеванием аорты и ее ветвей.
3. Самостоятельная работа студентов.
4. Разбор курируемых больных.

Самостоятельная работа:
Студент должен самостоятельно провести опрос больного, объективное исследование, анализ лабораторных и инструментальных данных. Сформулировать предварительный диагноз в соответствии с современной классификацией. Обосновать необходимость назначения лекарственных препаратов. Уметь выписать рецепты курируемому больному.

Контрольные вопросы:
1. Аневризмы. Этиология. Патогенез. Диагностика. Лечение.
2. Неспецифический аортоартериит. Определение.
3. Этиология. Патогенез. Диагностика.
Лечение.
4. Атеросклероз. Клиника. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Лечение.
5. Аневризмы грудной аорты. Этиология. Клиника. Диагностика. Лечение.
6. Аневризмы брюшной аорты. Этиология. Клиника. Диагностика. Лечение.
7.Травматические артериальные аневризмы. Этиология. Патогенез. Диагностика. Лечение.

Литература:
1. Александров, А. А. Профилактика сердечно-сосудистых заболеваний в молодом возрасте / А.А. Александров. - М.: Медицина, 2016. - 80 с.
2. Барсуков, А.В. Гипертоническое сердце в терапевтической практике. Барсуков А.В. / А.В. Барсуков. - Москва: Мир, 2016. - 2431 с.
3. Басиев, Валерий Улучшение системы реабилитации больных ишемической болезнью сердца / Валерий Басиев. - М.: LAP Lambert Academic Publishing, 2017. - 132 с.
4. Белов Ю.В. Руководство по сосудистой хирургии с атласом оперативной техники. М.: ДеНово. 2000; 448.
5. Волков, В. С. Экстренная диагностика и лечение в неотложной кардиологии / В.С. Волков. - М.: Медицинское информационное агентство, 2018. - 336 с.
6. Гасилин, В. С. Стенокардия / В.С. Гасилин, Б.А. Сидоренко. - М.: Медицина, 2019. - 240 с.
7. Замотаев, И. П. Легочно-сердечная недостаточность / И.П. Замотаев. - М.: Медицина, 2014. - 200 с.
8. Измуханов, А.К. Лечение ревматических пороков сердца / А.К. Измуханов. - Москва: Гостехиздат, 2018. - 232 с.
9. Окороков, А. Н. Диагностика болезней внутренних органов. Том 7. Диагностика болезней сердца и сосудов: Артериальная гипертензия. Артериальная гипотензия. Синкопальные состояния. Нейроциркуляторная дистония / А.Н. Окороков. - М.: Медицинская литература, 2015. - 404 с.
10. Шхвацабая, И. К. Реабилитация больных ишемической болезнью сердца / И.К. Шхвацабая, Д.М. Аронов, В.П. Зайцев. - М.: Медицина, 2018. - 320 с.

Занятие № 5
ПЕРВЫЙ РУБЕЖНЫЙ КОНТРОЛЬ
1.Тромбозы. Этиология. Патогенез. Диагностика. Лечение.
2.Хроническая артериальная недостаточность нижних конечностей. Определение. Основные причины. Степени тяжести по Фонтену-Покровскому. Этиология. Патогенез. Диагностика. Лечение.
3.Болезнь Бюргера. Клиника. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Лечение.
4.Облитерирующий эндартериит. Клиника. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Лечение.

5.Облитерирующий атеросклероз. Клиника. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Лечение.
6.Рентгенэндовакулярная хирургия. Определение. Области применения.
7.Заболевания вен. Классификация. Этиология. Патогенез. Диагностика. Лечение.
8.Тромбоэмболия легочной артерии. Этиология. Патогенез. Клиника. Диагностика. Лечение.
9.Тромбозы магистральных вен нижних конечностей. Клиника. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Лечение.
10.Варикозная болезнь. Этиология. Патогенез. Клиника. Диагностика. Лечение.
11.Тромбозы магистральных вен нижних конечностей. Клиника. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Лечение.
12.Посттромботическая болезнь. Классификация. Этиология. Патогенез. Клиника. Диагностика. Лечение.
13.Тромбозы магистральных вен нижних конечностей. Клиника. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Лечение.
14.Хроническая венозная недостаточность нижних конечностей. Классификация. Клиника. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Лечение.
15.Аневризмы аорты. Этиология. Патогенез. Диагностика. Лечение.
16.Неспецифический аортоартериит. Определение. Этиология. Патогенез. Диагностика. Лечение. 17.Атеросклероз. Клиника. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Лечение.
18.Аневризмы грудной аорты. Этиология. Клиника. Диагностика. Лечение.
19.Аневризмы брюшной аорты. Этиология. Клиника. Диагностика. Лечение.
20.Травматические артериальные аневризмы. Этиология. Патогенез. Диагностика. Лечение.

Занятие № 6
Тема: Ишемическая болезнь сердца.

Цель занятия: получить необходимые знания по этиологии, патогенезу, клиническим проявлениям ишемической болезни сердца и ознакомиться с методами диагностики и принципами их лечения.

Вопросы, рассматриваемые на занятии:
Современные методы диагностики и лечения ишемической болезни сердца. Аневризмы сердца. Перикардит. Хирургическое лечение ишемической болезни сердца. Показания. Диагностическая программа. Виды операций. Возможности рентгеноэндоваскулярной хирургии. Постинфарктная аневризма сердца. Классификация. Частота. Клиника, диагностика. Показания и противопоказания к операции. Принципы хирургического лечения. Острый и хронический перикардит. Определение. Классификация. Клиника. Диагностика. Принципы консервативного и хирургического лечения.

План проведения занятия:
1. Проверка подготовки к занятию - ответы на контрольные вопросы.
2. Разбор с демонстрацией больного с ишемической болезнью сердца.
3. Самостоятельная работа студентов.
4. Разбор курируемых больных.

Самостоятельная работа:
Студент должен самостоятельно провести опрос больного, объективное исследование, анализ лабораторных и инструментальных данных. Сформулировать предварительный диагноз в

соответствии с современной классификацией. Обосновать необходимость назначения лекарственных препаратов. Уметь выписать рецепты курируемому больному.

Контрольные вопросы:
1. Диагностика ИБС. Лечение ИБС.
2. Аневризма сердца: определение, этиология, клиника, диагностика, лечение
3. Перикарит. Классификация.
4. Острые перикардиты: классификация. Этиология. Клиника. Диагностика. Лечение.
5. Хронические перикардиты. Хронический выпотной перикардит.
6. Хронический сдавливающий перикардит (этиология, патологическая анатомия). Диагностика. Лечение.
7. Острый перикардит (клиника, диагностика, лечение)

Литература:
1. Александров, А. А. Профилактика сердечно-сосудистых заболеваний в молодом возрасте / А.А. Александров. - М.: Медицина, 2016. - 80 с.
2. Барсуков, А.В. Гипертоническое сердце в терапевтической практике. Барсуков А.В. / А.В. Барсуков. - Москва: Мир, 2016. - 2431 с.
3. Басиев, Валерий Улучшение системы реабилитации больных ишемической болезнью сердца / Валерий Басиев. - М.: LAP Lambert Academic Publishing, 2017. - 132 с.
4. Белов Ю.В. Руководство по сосудистой хирургии с атласом оперативной техники. М.: ДеНово. 2000; 448.
5. Волков, В. С. Экстренная диагностика и лечение в неотложной кардиологии / В.С. Волков. - М.: Медицинское информационное агентство, 2018. - 336 с.
6. Гасилин, В. С. Стенокардия / В.С. Гасилин, Б.А. Сидоренко. - М.: Медицина, 2019. - 240 с.
7. Замотаев, И. П. Легочно-сердечная недостаточность / И.П. Замотаев. - М.: Медицина, 2014. - 200 с.
8. Измуханов, А.К. Лечение ревматических пороков сердца / А.К. Измуханов. - Москва: Гостехиздат, 2018. - 232 с.
9. Окороков, А. Н. Диагностика болезней внутренних органов. Том 7. Диагностика болезней сердца и сосудов: Артериальная гипертензия. Артериальная гипотензия. Синкопальные состояния. Нейроциркуляторная дистония / А.Н. Окороков. - М.: Медицинская литература, 2015. - 404 с.
10. Шхвацабая, И. К. Реабилитация больных ишемической болезнью сердца / И.К. Шхвацабая, Д.М. Аронов, В.П. Зайцев. - М.: Медицина, 2018. - 320 с.

Занятие № 7
Тема: Пороки сердца.

Цель занятия: освоить теоретические и практические знания, касающиеся этиологии, патогенеза, симптоматики, диагностики, классификации, способов консервативного и оперативного лечения кишечной непроходимости.

Вопросы, рассматриваемые на занятии:
Пороки сердца. Определение. Стадии развития. Клиника. Диагностическая программа. Методы лечения. Показания и объём хирургического лечения у больных с пороком сердца. Показания и принципы хирургического лечения больных с приобретенными пороками сердца.

План проведения занятия:
1. Проверка подготовки к занятию - ответы на контрольные вопросы.
2. Разбор с демонстрацией больного с пороком сердца.
3. Самостоятельная работа студентов.
4. Разбор курируемых больных.

Самостоятельная работа:
Студент должен самостоятельно провести опрос больного, объективное исследование, анализ лабораторных и инструментальных данных. Сформулировать предварительный диагноз в соответствии с современной классификацией. Обосновать необходимость назначения лекарственных препаратов. Уметь выписать рецепты курируемому больному.

Контрольные вопросы:
1.Дефект межжелудочковой перегородки. Клиника, лечение.
2.Незаращение межжелудочковой перегородки. Клиника, лечение.
3.Незаращение артериального протока. Клиника, лечение.
4.Коарктация аорты. Клиника, лечение.
5.Комплекс Эйзенменгера (дефект межжелудочковой перегородки в сочетании с гипертензией малого круга кровообращения).
6.Стеноз легочной артерии. Клиника, лечение.
7.Тетрада Фалло. Клиника, лечение.
8.Приобретенные пороки: недостаточность митрального клапана.
9.Митральный стеноз
10.Комбинированный митральный порок. Показания и принципы хирургического лечения.

Литература:
1. Александров, А. А. Профилактика сердечно-сосудистых заболеваний в молодом возрасте / А.А. Александров. - М.: Медицина, 2016. - 80 с.
2. Барсуков, А.В. Гипертоническое сердце в терапевтической практике. Барсуков А.В. / А.В. Барсуков. - Москва: Мир, 2016. - 2431 с.
3. Басиев, Валерий Улучшение системы реабилитации больных ишемической болезнью сердца / Валерий Басиев. - М.: LAP Lambert Academic Publishing, 2017. - 132 с.
4. Белов Ю.В. Руководство по сосудистой хирургии с атласом оперативной техники. М.: ДеНово. 2000; 448.
5. Волков, В. С. Экстренная диагностика и лечение в неотложной кардиологии / В.С. Волков. - М.: Медицинское информационное агентство, 2018. - 336 с.
6. Гасилин, В. С. Стенокардия / В.С. Гасилин, Б.А. Сидоренко. - М.: Медицина, 2019. - 240 с.
7. Замотаев, И. П. Легочно-сердечная недостаточность / И.П. Замотаев. - М.: Медицина, 2014. - 200 с.
8. Измуханов, А.К. Лечение ревматических пороков сердца / А.К. Измуханов. - Москва: Гостехиздат, 2018. - 232 с.
9. Окороков, А. Н. Диагностика болезней внутренних органов. Том 7. Диагностика болезней сердца и сосудов: Артериальная гипертензия. Артериальная гипотензия. Синкопальные состояния. Нейроциркуляторная дистония / А.Н. Окороков. - М.: Медицинская литература, 2015. - 404 с.
10. Шхвацабая, И. К. Реабилитация больных ишемической болезнью сердца / И.К. Шхвацабая, Д.М. Аронов, В.П. Зайцев. - М.: Медицина, 2018. - 320 с.

Занятие № 8

Тема: Врожденные пороки сердца.

Цель занятия: сформировать основополагающие знания по этиологии, патогенезу, клинике врожденных пороков сердца, научиться диагностировать заболевание и работать в соответствии с современными алгоритмами оказания помощи.

Вопросы, рассматриваемые на занятии:
Врожденные пороки сердца без шунтирования крови (стеноз аорты, стеноз легочной артерии, коарктация аорты). Клиника. Диагностика. Показания и методы хирургического лечения. Врожденные пороки сердца с преимущественно лево-правым шунтированием крови. Клиника. Диагностика. Показания и методы хирургического лечения.Врожденные пороки сердца с преимущественно право-левым шунтированием крови. Клиника. Диагностика. Радикальные и паллиативные операции.

План проведения занятия:
1. Проверка подготовки к занятию - ответы на контрольные вопросы.
2. Разбор с демонстрацией больного с врожденным пороком сердца.
3. Самостоятельная работа студентов.
4. Разбор курируемых больных.

Самостоятельная работа:
Студент должен самостоятельно провести опрос больного, объективное исследование, анализ лабораторных и инструментальных данных. Сформулировать предварительный диагноз в соответствии с современной классификацией. Обосновать необходимость назначения лекарственных препаратов. Уметь выписать рецепты курируемому больному.

Контрольные вопросы:
1. Дефект межжелудочковой перегородки. Клиника, лечение.
2. Коарктация аорты. Клиника, лечение.
3. Приобретенные пороки: недостаточность митрального клапана.
4. Врожденные пороки сердца с преимущественно лево-правым шунтированием крови
5. Клиника, диагностика, лечение.
6. Тетрада Фалло. Клиника, лечение.
7. Врожденные пороки сердца с преимущественно право-левым шунтированием крови
8. Клиника, диагностика, лечение.

Литература:
1. Александров, А. А. Профилактика сердечно-сосудистых заболеваний в молодом возрасте / А.А. Александров. - М.: Медицина, 2016. - 80 с.
2. Барсуков, А.В. Гипертоническое сердце в терапевтической практике. Барсуков А.В. / А.В. Барсуков. - Москва: Мир, 2016. - 2431 с.
3. Басиев, Валерий Улучшение системы реабилитации больных ишемической болезнью сердца / Валерий Басиев. - М.: LAP Lambert Academic Publishing, 2017. - 132 с.
4. Белов Ю.В. Руководство по сосудистой хирургии с атласом оперативной техники. М.: ДеНово. 2000; 448.
5. Волков, В. С. Экстренная диагностика и лечение в неотложной кардиологии / В.С. Волков. - М.: Медицинское информационное агентство, 2018. - 336 с.
6. Гасилин, В. С. Стенокардия / В.С. Гасилин, Б.А. Сидоренко. - М.: Медицина, 2019. - 240 с.

7. Замотаев, И. П. Легочно-сердечная недостаточность / И.П. Замотаев. - М.: Медицина, 2014. - 200 с.
8. Измуханов, А.К. Лечение ревматических пороков сердца / А.К. Измуханов. - Москва: Гостехиздат, 2018. - 232 с.
9. Окороков, А. Н. Диагностика болезней внутренних органов. Том 7. Диагностика болезней сердца и сосудов: Артериальная гипертензия. Артериальная гипотензия. Синкопальные состояния. Нейроциркуляторная дистония / А.Н. Окороков. - М.: Медицинская литература, 2015. - 404 с.
10. Шхвацабая, И. К. Реабилитация больных ишемической болезнью сердца / И.К. Шхвацабая, Д.М. Аронов, В.П. Зайцев. - М.: Медицина, 2018. - 320 с.

Занятие № 9

ВТОРОЙ РУБЕЖНЫЙ КОНТРОЛЬ, ЗАЩИТА ИСТОРИИ БОЛЕЗНИ

1. Диагностика ИБС. Лечение ИБС.
2. Аневризма сердца: определение, этиология, клиника, диагностика, лечение.
3. Перикарит. Классификация. Классификация.
4. Острые перикардиты: классификация. Этиология. Клиника. Диагностика. Лечение.
5. Хронические перикардиты. Хронический выпотной перикардит. Хронический сдавливающий перикардит (этиология, патологическая анатомия). Диагностика. Лечение.
6. Острый перикардит (клиника, диагностика, лечение).

Стеноз аорты: клиника, диагностика, лечение.

7. Врожденные пороки сердца без шунтирования.
8. Стеноз легочной артерии: клиника, диагностика, лечение.
9. Коарктация аорты: клиника, лечение.
10. Врожденные пороки сердца с преимущественно лево-правым шунтированием крови.
11. Дефект межжелудочковой перегородки с лево-правым шунтированием крови. Клиника, лечение.
12. Незаращение межжелудочковой перегородки. Клиника, лечение.
13. Незаращение артериального протока. Клиника, лечение.
14. Комплекс Эйзенменгера (дефект межжелудочковой перегородки в сочетании с гипертензией малого круга кровообращения).
15. Стеноз аорты: клиника, диагностика, лечение.
16. Приобретенные пороки: недостаточность митрального клапана.
17. Митральный стеноз. Комбинированный митральный порок.
18. Показания и принципы хирургического лечения.
19. Стеноз легочной артерии: клиника, диагностика, лечение.
20. Врожденные пороки сердца с преимущественно право-левым шунтированием крови.
21. Дефект межжелудочковой перегородки с право-левым шунтированием крови. Клиника, лечение.
22. Тетрада Фалло. Клиника, лечение.

МИНИСТЕРСТВО НАУКИ И ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования
«Чеченский государственный университет

имени Ахмата Абдулхамидовича Кадырова»

МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ

Кафедра гуманитарных, естественнонаучных и социальных дисциплин

МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ИЗУЧЕНИЮ УЧЕБНОЙ ДИСЦИПЛИНЫ «ДЕЛОВОЕ ОБЩЕНИЕ»

Специальность	Лечебное дело
Код специальности	31.05.01
Квалификация выпускника	Врач-лечебник
Форма обучения	Очная

Грозный

Межидова М.Р. Методические рекомендации по изучению учебной дисциплины «Деловое общение»/ Сост. Межидова М. Р. – Грозный: ФГБОУ ВО «Чеченский государственный университет имени А.А.Кадырова»

Методические рекомендации по изучению учебной дисциплины «Деловое общение» рассмотрены и одобрены на заседании кафедры гуманитарных, естественнонаучных и социальных дисциплин, рекомендованы к использованию в учебном процессе (протокол № 9 от «23» мая 2025 г.), составлены в соответствии с требованиями ФГОС ВО по специальности 31.05.01 Лечебное дело (специалитет), утвержденного приказом Минобрнауки России от 27.03.2018 № 219.

© Межидова М.Р.

© ФГБОУ ВО «Чеченский государственный университет имени А.А.Кадырова»

СОДЕРЖАНИЕ

1. Общие положения..... 4

2. Методические рекомендации по изучению дисциплины в процессе аудиторных занятий.... 4

2.1. Рекомендации по подготовке к лекционным занятиям (теоретический курс)

2.2. Рекомендации по подготовке к практическим (семинарским) занятиям..... 4

3. Методические рекомендации по выполнению различных форм самостоятельных заданий 4

3.1. Методические рекомендации по работе с литературой 5

3.2. Методические рекомендации по подготовке научного доклада..... 5

3.3. Методические рекомендации по подготовке реферата..... 6

1. Общие положения

Методические указания по освоению дисциплины «Деловое общение» адресованы студентам очной формы обучения.

Учебным планом по направлению подготовки 31.05.01 «Лечебное дело» предусмотрены следующие виды занятий:

- практические занятия;

2. Методические рекомендации по изучению дисциплины в процессе аудиторных занятий.

2.1. Рекомендации по подготовке к практическим (семинарским) занятиям

Студентам следует:

- ознакомиться с заданием к занятию; определить примерный объем работы по подготовке к ним; выделить вопросы и задачи, ответы на которые или выполнение и решение без предварительной подготовки не представляется возможным;
- иметь в виду и то, что в библиотеке учебного заведения не всегда имеются в наличии все рекомендованные источники, их необходимо найти заранее.
- приносить с собой рекомендованную преподавателем литературу к конкретному занятию;
- до очередного практического занятия по рекомендованным литературным источникам проработать теоретический материал, соответствующей темы занятия;
- пользоваться техническими средствами обучения и дидактическими материалами, которыми располагает учебное заведение.
- при подготовке к практическим занятиям следует обязательно использовать не только лекции, учебную литературу, но и нормативно-правовые акты и материалы правоприменительной практики;
- теоретический материал следует соотносить с правовыми нормами, так как в них могут быть внесены изменения, дополнения, которые не всегда отражены в учебной литературе;
- при ответах на вопросы и решения задач необходимо внимательно прочитать их текст и попытаться дать аргументированное объяснение с обязательной ссылкой на соответствующую правовую норму;
- в начале занятий задать преподавателю вопросы по материалу, вызвавшему затруднения в его понимании и освоении при решении задач, заданных для самостоятельного решения;
- по ходу семинара давать конкретные, четкие ответы по существу вопросов. Структура ответов может быть различной: либо вначале делается вывод, а затем приводятся аргументы, либо дается развернутая аргументация принятого решения, на основании которой предлагается ответ. Возможны и несколько вариантов ответов, которые должны быть обоснованы.
- на занятии доводить каждую задачу до окончательного решения, демонстрировать понимание проведенного анализа проблемной ситуации, в случае затруднений обращаться к преподавателю.

Студентам, пропустившим занятия (независимо от причин), не имеющие письменного решения задач или не подготовившиеся к данному практическому занятию, рекомендуется не позже, чем в 2-недельный срок явиться на консультацию к преподавателю и отчитаться по теме, излучавшейся на занятии. Студенты, не отчитавшиеся по каждой не проработанной ими на занятиях теме к началу зачетной сессии, упускают возможность получить положенные баллы за работу в соответствующем семестре.

3. Методические рекомендации по выполнению различных форм самостоятельных заданий

Самостоятельная работа студентов включает в себя выполнение различного рода заданий, которые ориентированы на более глубокое усвоение материала изучаемой дисциплины. По каждой теме учебной дисциплины студентам предлагается перечень заданий для самостоятельной работы.

К выполнению заданий для самостоятельной работы предъявляются следующие требования: задания должны исполняться самостоятельно и представляться в установленный срок, а также соответствовать установленным требованиям по оформлению.

Студентам следует:

- руководствоваться графиком самостоятельной работы, определенным рабочей программой дисциплины;
- выполнять все плановые задания, выдаваемые преподавателем для самостоятельного выполнения, и разбирать на семинарах и консультациях неясные вопросы;
- использовать при подготовке нормативные документы университета.

3.1. Методические рекомендации по работе с литературой.

Любая форма самостоятельной работы студента (подготовка к семинарскому занятию, написание эссе, курсовой работы, доклада и т.п.) начинается с изучения соответствующей литературы.

К каждой теме учебной дисциплины подобрана основная и дополнительная литература, которая указана в соответствующем разделе рабочей программы.

Основная литература — это учебники и учебные пособия.

Дополнительная литература — это монографии, сборники научных трудов, журнальные и газетные статьи, различные справочники, энциклопедии, интернет ресурсы.

Рекомендации студенту:

выбранную монографию или статью целесообразно внимательно просмотреть. В книгах следует ознакомиться с оглавлением и научно-справочным аппаратом, прочитать аннотацию и предисловие. Целесообразно ее пролистать, рассмотреть иллюстрации, таблицы, диаграммы, приложения. Такое поверхностное ознакомление позволит узнать, какие главы следует читать внимательно, а какие прочитать быстро;

- в книге или журнале, принадлежащие самому студенту, ключевые позиции можно выделять маркером или делать пометки на полях. При работе с Интернет -источником целесообразно также выделять важную информацию;
- если книга или журнал не являются собственностью студента, то целесообразно записывать номера страниц, которые привлекли внимание. Позже следует возвратиться к ним, перечитать или переписать нужную информацию. Физическое действие по записыванию помогает прочно заложить данную информацию в «банк памяти».

Выделяются следующие виды записей при работе с литературой:

Конспект - краткая схематическая запись основного содержания научной работы. Целью является не переписывание произведения, а выявление его логики, системы доказательств, основных выводов. Хороший конспект должен сочетать полноту изложения с краткостью.

Цитата - точное воспроизведение текста. Заключается в кавычки. Точно указывается страница источника.

Тезисы - концентрированное изложение основных положений прочитанного материала.

Аннотация - очень краткое изложение содержания прочитанной работы. Резюме - наиболее общие выводы и положения работы, ее концептуальные итоги.

Записи в той или иной форме не только способствуют пониманию и усвоению изучаемого материала, но и помогают вырабатывать навыки ясного изложения в письменной форме тех или иных теоретических вопросов.

3.2. Методические рекомендации по подготовке научного доклада

Одной из форм самостоятельной работы студента является подготовка научного доклада, для обсуждения его на практическом (семинарском) занятии.

Цель научного доклада - развитие у студентов навыков аналитической работы с научной литературой, анализа дискуссионных научных позиций, аргументации собственных взглядов. Подготовка научных докладов также развивает творческий потенциал студентов.

Научный доклад готовится под руководством преподавателя, который ведет практические (семинарские) занятия.

Рекомендации студенту:

- перед началом работы по написанию научного доклада согласовать с преподавателем тему, структуру, литературу, а также обсудить ключевые вопросы, которые следует раскрыть в докладе;
- представить доклад научному руководителю в письменной форме;
- выступить на семинарском занятии с 5-7-минутной презентацией своего научного доклада, ответить на вопросы студентов группы.

Требования:

- к оформлению научного доклада: шрифт - Times New Roman, размер шрифта -14, межстрочный интервал -1, размер полей – 2 см, отступ в начале абзаца - 1 см, форматирование по ширине); листы доклада скреплены скоросшивателем. На титульном листе указывается наименование учебного заведения, название кафедры, наименование дисциплины, тема доклада, ФИО студента;
- к структуре доклада - введение (указывается актуальность, цель и задачи), основная часть, выводы автора, список литературы (не менее 5 позиций источников научной литературы (научные статьи и монографии). Объем согласовывается с преподавателем. В конце работы ставится дата ее выполнения и подпись студента, выполнившего работу.

Общая оценка за доклад учитывает содержание доклада, его презентацию, а также ответы на вопросы.

3.3. Методические рекомендации по подготовке реферата

Целью написания рефератов является:

- привитие студентам навыков библиографического поиска необходимой литературы (на бумажных носителях, в электронном виде);

привитие студентам навыков компактного изложения мнения авторов и своего суждения по выбранному вопросу в письменной форме, научно грамотным языком и в хорошем стиле;

- приобретение навыка грамотного оформления ссылок на используемые источники, правильного цитирования авторского текста;
- выявление и развитие у студента интереса к определенной научной и практической проблематике с тем, чтобы исследование ее в дальнейшем продолжалось в подготовке и написании курсовых и дипломной работы и дальнейших научных трудах.

Основные задачи студента при написании реферата:

- с максимальной полнотой использовать литературу по выбранной теме (как рекомендуемую, так и самостоятельно подобранную) для правильного понимания авторской позиции;
- верно (без искажения смысла) передать авторскую позицию в своей работе;
- уяснить для себя и изложить причины своего согласия (несогласия) с тем или иным автором по данной проблеме.

Требования к содержанию:

- материал, использованный в реферате, должен относится строго к выбранной теме;
- необходимо изложить основные аспекты проблемы не только грамотно, но и в соответствии с той или иной логикой (хронологической, тематической, событийной и др.)
- при изложении следует сгруппировать идеи разных авторов по общности точек зрения или по научным школам;
- реферат должен заканчиваться подведением итогов проведенной исследовательской работы: содержать краткий анализ-обоснование преимуществ той точки зрения по рассматриваемому вопросу, с которой Вы солидарны.

Структура реферата.

1. Титульный лист.

На титульном листе указывается наименование учебного заведения, название кафедры, наименование дисциплины, тема реферата, ФИО студента, ФИО и должность проверившего преподавателя;

2. Оглавление.

Оглавление — это план реферата, в котором каждому разделу должен соответствовать номер страницы, на которой он находится.

3. Текст реферата.

Текст реферата делится на три части: введение, основная часть и заключение.

а) Введение - раздел реферата, посвященный постановке проблемы, которая будет рассматриваться и обоснованию выбора темы.

б) Основная часть — это звено работы, в котором последовательно раскрывается выбранная тема. Основная часть может быть представлена как цельным текстом, так и разделена на главы. При необходимости текст реферата может дополняться иллюстрациями, таблицами, графиками, но ими не следует "перегружать" текст.

в) Заключение - данный раздел реферата должен быть представлен в виде выводов, которые готовятся на основе подготовленного текста. Выводы должны быть краткими и четкими. Также в заключении можно обозначить проблемы, которые "высветились" в ходе работы над рефератом, но не были раскрыты в работе.

4. Список источников и литературы.

В данном списке называются как те источники, на которые ссылается студент при подготовке реферата, так и все иные, изученные им в связи с его подготовкой. В работе должно быть использовано не менее 7 разных источников. Работа, выполненная с использованием материала, содержащегося в одном научном источнике, является явным плагиатом и не принимается. Оформление Списка источников и литературы должно соответствовать требованиям, принятым в университете.

Объем и технические требования, предъявляемые к выполнению реферата.

Объем работы должен быть, как правило, не менее 15 и не более 20 страниц. Работа должна выполняться через одинарный интервал 14 шрифтом, размеры оставляемых полей - 2 см. Страницы должны быть пронумерованы.

При цитировании необходимо соблюдать следующие правила:

- текст цитаты заключается в кавычки и приводится без изменений, без произвольного сокращения цитируемого фрагмента (пропуск слов, предложений или абзацев допускается, если не влечет искажения всего фрагмента, и обозначается многоточием, которое ставится на месте пропуска) и без искажения смысла;
- каждая цитата должна сопровождаться ссылкой на источник, библиографическое описание которого должно приводиться в соответствии с предъявляемыми требованиями.

МИНИСТЕРСТВО НАУКИ И ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования
«Чеченский государственный университет
имени Ахмата Абдулхамидовича Кадырова»

МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ
Кафедра поликлинической терапии

МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ИЗУЧЕНИЮ УЧЕБНОЙ ДИСЦИПЛИНЫ «Дерматовенерология»

Код направления подготовки (специальности)	31.05.01
Направление подготовки (специальности)	Лечебное дело
Квалификация выпускника	Врач- лечебник
Форма обучения	Очная

Грозный

СОДЕРЖАНИЕ

1. Методические основы по организации самостоятельной работы обучающихся.
2. Методические рекомендации для организации и проведения практических занятий.
3. Методические рекомендации по выполнению рефератов.
4. Методические рекомендации по подготовке и созданию презентаций.
5. Организация самостоятельной работы обучающихся при подготовке к текущей, промежуточной аттестациям.
6. Методические материалы по самостоятельной работе обучающегося при прохождении производственной практики

1. Методические основы по организации самостоятельной работы обучающихся

Самостоятельная работа по дисциплинам является обязательным элементом федеральных государственных образовательных стандартов по программам высшего образования.

Самостоятельная работа обучающегося – организационная форма обучения - система педагогических условий, обеспечивающих управление учебной деятельностью обучающихся по освоению знаний и умений в учебной и научной деятельности без посторонней помощи.

Самостоятельная работа обучающихся является специфическим педагогическим средством организации и сопровождения самостоятельной деятельности обучающихся в учебном процессе.

Цели

К целям самостоятельной работы относится:

— формирование способностей у обучающегося к саморазвитию, самосовершенствованию и самореализации;

— развитие исследовательских умений.

— фиксирование и систематизирование полученных теоретических познаний и практического опыта; формирование умений использовать научную, правовую, справочную и специальную литературу;

— развитие познавательных способностей и инициативности обучающихся, ответственность, организованность, стремление к саморазвитию; формирование умения правильно пользоваться полученным ранее материалом, собранным в процессе самостоятельного наблюдения, выполнения заданий различного характера.

Формы самостоятельной работы

При обучении используются следующие виды и формы самостоятельной работы:

— подготовка к практическим занятиям;

— подготовка и написание рефератов; - подготовка докладов на заданные темы рефератов, либо выбранные по заданному направлению;

— изучение и систематизация нормативно-правовых документов, регламентирующих деятельность в сфере обращения лекарственных средств в части организационно-управленческих вопросов с использованием информационно-справочных систем «Консультант Плюс», «Консультант врача», компьютерной сети «Интернет»;

— изучение учебной, научной и методической литературы, материалов периодической литературы с использованием электронных библиотечных систем, официальных статистических данных, научной периодики; - создание презентации;

— подготовка к устному опросу, к дискуссии;

— тестирование;

— решение ситуационных задач;

— подготовка к текущей, промежуточной аттестации и т.д.

Контроль результатов внеаудиторной самостоятельной работы преподаватель осуществляет в начале каждого семинарского/практического занятия.

Контроль результатов аудиторной самостоятельной работы осуществляется в пределах времени, отведенного на практические занятия по дисциплине. В зависимости от сложности познавательной деятельности при изучении дисциплин используется три уровня самостоятельной работы:

— репродуктивная самостоятельная работа, которая включает изучение основной и дополнительной рекомендованной литературы, изучение методических рекомендаций к занятию, решение типовых задач, ситуаций;

— реконструктивная самостоятельная работа включает в себя подготовку к презентациям, сообщениям по заданной теме, решение профессиональных задач, моделирование профессиональной деятельности;

— творческая самостоятельная работа включает анализ, обобщение и систематизацию научных и нормативно-правовых документов, самостоятельное составление ситуаций, задач, проектов, составление выступлений по проблемам профессиональной деятельности.
Контроль результатов внеаудиторной самостоятельной работы преподаватель осуществляет на семинарском/практическом занятии.
Самостоятельная работа начинается с изучения рабочей программы дисциплины, отражена в рабочих программах дисциплин.
Для конспектирования лекционного материала, а также выполнения семинарских/практических работ требуются рабочие тетради.
Самостоятельная работа обучающегося подразделяется на аудиторную и внеаудиторную самостоятельную работу
Аудиторная самостоятельная работа по дисциплинам выполняется на учебных занятиях (семинарские или практические) под непосредственным руководством преподавателя и по его заданию.
Основными видами аудиторной самостоятельной работы являются:
— выполнение практических работ;
— работа с нормативно-правовыми документами в области обращения лекарственных средств;
— решение ситуационных/симуляционных задач;
— презентация результатов научно-исследовательской работы по заданным темам
Выполнение практических работ осуществляется на семинарских/практических занятиях в соответствии с графиком учебного процесса и расписанием занятий.
Работа с основной, дополнительной литературой, эмпирическими и статистическими данными, как правило, основана на изучении документов и данных, их обобщении и представлении.
Решение ситуационных задач используется на семинарских/практических занятиях. Проблемная/ситуационная задача должна иметь четкую формулировку, к ней должны быть поставлены вопросы, ответы на которые необходимо найти и обосновать.
Критерии для оценки каждого вида аудиторной самостоятельной работы обучающегося разрабатываются преподавателем для конкретной дисциплины /цикла из предложенного перечня критериев оценки результатов аудиторной самостоятельной работы:
— уровень освоения учебного материала;
— умение использовать теоретические знания при выполнении лабораторных, практических, ситуационных, симуляционных задач;
— сформированность заявленных умений по теме аудиторного занятия;
— обоснованность и четкость изложения ответов;
— оформление материала в соответствии с требованиями, заявленными в задании;
— уровень самостоятельности обучающегося при выполнении аудиторной самостоятельной работы.
Внеаудиторная самостоятельная работа является элементом каждой темы дисциплин.
Планирование времени, необходимого на внеаудиторное самостоятельное изучение дисциплин, обучающие должны осуществлять весь семестр, предусматривая при этом регулярное повторение материала.
Материал, законспектированный на лекциях, необходимо регулярно прорабатывать и дополнять сведениями из других источников литературы, представленных не только в программах дисциплин, но и в периодических профильных научных изданиях, материалах конференций.
При изучении дисциплин сначала необходимо по каждой теме прочитать рекомендованную литературу и составить краткий конспект основных положений, терминов, сведений, требующих запоминания и являющихся основополагающими в этой теме для освоения последующих тем курса. Для расширения знания по дисциплине

рекомендуется использовать Интернет-ресурсы; проводить поиски в различных системах и использовать материалы сайтов, рекомендованных преподавателем.
При выполнении самостоятельной работы по написанию реферата необходимо: прочитать теоретический материал в рекомендованной литературе, периодических изданиях, на Интернет-сайтах; творчески переработать изученный материал и представить его для отчета в форме реферата, проиллюстрировав схемами, диаграммами, фотографиями и рисунками.
Тексты докладов и рефератов должны быть изложены внятно, простым и ясным языком.
Для обеспечения внеаудиторной самостоятельной работы по каждой теме дисциплин/блоку разработаны:
а) перечень основной и дополнительной литературы;
б) вопросы для самоконтроля.
При выполнении внеаудиторной самостоятельной работы обучающийся имеет право обращаться к преподавателю за консультацией с целью уточнения задания, формы контроля выполненного задания.
Контроль результатов внеаудиторной самостоятельной работы отражается в индивидуальном плане после выполнения внеаудиторной самостоятельной работы.
Критерии оценки внеаудиторной работы формируются преподавателем самостоятельно для каждого вида работы. Основными критериями оценки внеаудиторной работы обучающегося выступают:
- уровень освоения материала;
- уровень умения использовать теоретические знания при выполнении заданий, решении ситуационных задач;
- обоснованность и четкость изложения ответов,
- результаты тестирования по шкале оценок;
- уровень умения использовать электронные образовательные ресурсы;
- умение четко формулировать проблему, предложив ее решение, критическая оценка последствий решения;
- уровень умения сформулировать собственную позицию и аргументировать ее.

Качество выполнения внеаудиторной самостоятельной работы оценивается посредством текущего контроля самостоятельной работы обучающегося. Текущий контроль представляет собой форму планомерного контроля качества и объема осваиваемых компетенций в процессе изучения конкретной дисциплины, проводится на семинарских/практических занятиях и во время индивидуальной работы преподавателя с обучающимися.

Шкала оценивания внеаудиторной самостоятельной работы:
Зачтено – задание выполнено полно и правильно, изложено в правильных нормативных формулировках с использованием точного понятийного аппарата, с использованием рекомендованных источников литературы, продемонстрировано умение формулировать проблему, предложены пути ее решения, проведена критическая оценка последствий такого решения, а также умение формулировать собственную позицию и аргументировать ее.
Не зачтено – обучающийся не выполнил задание либо выполнил не в полном объеме, демонстрирует несформированность понятийного аппарата по теме, отсутствие умения формулировать проблему, обобщать материал, не может аргументировать свой ответ.

2. Методические рекомендации для организации и проведения практических занятий

Практическое занятие - вид учебных занятий, при котором в результате предварительной работы над учебным материалом преподавателя и студента, в обстановке их контактной работы в аудитории решаются задачи познавательного и воспитательного характера.
Цель такой формы обучения – углубленное изучение дисциплины, закрепление полученного теоретического материала в форме внеаудиторной самостоятельной работы, овладение методологией научного познания и формирования базовых умений. Немаловажным преимуществом практических занятий является и формирование навыков профессиональной дискуссии.
Задачи практических занятий:
- мотивация к регулярному изучению теоретического учебного материала, основной, дополнительной литературы;
- закрепление теоретических знаний, полученных при прослушивании лекций и во время внеаудиторной самостоятельной работы;
- получение навыков устного и публичного выступления по теоретическим вопросам, включая навыки по свободному оперированию организационными и управленческими понятиями и категориями;
- формирование навыков по универсальным и профессиональным компетенциям;
- возможность преподавателю систематически контролировать как самостоятельную работу студента, так и свою работу.

Практические занятия проводятся по плану.
Каждая тема практического занятия, как правило, включает: цель занятия, перечень основных и дополнительных источников литературы, вопросы к устному обсуждению на занятии, ситуационные задачи и перечень заданий, которые обучающиеся самостоятельно должны решить на практическом занятии.
Каждое практическое занятие посвящено, как правило, изучению нескольких компетенций и включает три основных этапа.
Первый этап - устный опрос по заранее сформулированным вопросам либо представление докладов/презентаций, подготовленных в рамках внеаудиторной самостоятельной работы по заранее сформулированным требованиям. Важнейшей частью этапа, является обсуждение представленных докладов/презентаций. Цель преподавателя – организовать обмен мнениями, дискуссию в группе, скорректировать уровень подготовленности студентов.
Одним из возможных элементов первого этапа является решение ситуационных задач, которые максимально приближены к профессиональной деятельности.
Требования к ответам обучающихся – самостоятельность в подборе фактического материала и аналитическом отношении к нему, умение рассматривать примеры и факты во взаимосвязи и взаимообусловленности, отбирать наиболее существенные из них.
Для оценивания первого (теоретического) этапа занятия используются знания, умения, владения, которые заявлены на каждое занятие:
1) знание учебного материала и владение понятийным аппаратом по теме занятия;
2) умение связывать теорию с практикой;
3) умение иллюстрировать ответ примерами, фактами, данными научных исследований;
4) умение применять теоретические знания при решении ситуационных задач.

Второй этап – аудиторное самостоятельное выполнение семинарских /практических заданий, которые обучающийся выполняет индивидуально либо в группе, если такое предусмотрено заданием.
В процессе выполнения самостоятельной аудиторной работы обучающийся имеет право на получение индивидуальных консультаций у преподавателя.
По окончании выполнения аудиторной самостоятельной работы обучающийся сдает отчет о выполнении самостоятельных лабораторных заданий преподавателю, который оценивается по шкале «зачет/незачет».
Критерии оценивания практического занятия осуществляются по следующим критериям:

1. своевременное выполнение внеаудиторной самостоятельной работы по изучаемой теме;
2. демонстрируемый обучающимся уровень усвоения заявленной к освоению компетенции (знания, умения, навыки);
— хорошее знание и уверенное владение на занятии теоретическим содержанием учебного материала;
— адекватное применение теоретического материала к решению ситуационных задач, заданий для аудиторной самостоятельной работы;
— умение аргументировать свои решения, развернуто отвечать на дополнительные вопросы преподавателя.
3. Соблюдение организационных и дисциплинарных требований, предъявляемых к обучающемуся на семинарских/практических занятиях: аккуратный внешний вид, соблюдение дисциплины на занятиях, полнота и своевременность представления выполненных заданий в полном объеме (не позднее даты окончания занятия и в полном соответствии с предъявляемыми к их содержанию и качеству оформления).
Третий этап – заключительный. Преподаватель дает общую оценку уровня подготовленности обучаемых к практическим занятиям, характеризует активность каждого обучающегося на занятии и озвучивает оценки каждому обучающемуся с их обоснованием.

Шкала оценивания осуществляется по четырехбалльной шкале (таблица 2)

Критерии оценивания лабораторного/практического занятия	Шкала оценок
Полное соответствие работы обучающегося требованиям. Обучающийся демонстрирует уверенные знания, способен творчески решать поставленные задачи, самостоятельно демонстрирует умения, обладает некоторыми навыками. Обучающийся успешно выполнил внеаудиторную самостоятельную работу, демонстрирует глубокое теоретическое знание по изучаемой теме, умение его применять на практике (в установленный срок сдал протоколы занятия/представил и защитил доклады/презентации и др.).	Отлично
Работа обучающегося содержит неполное соответствие требованиям. Обучающийся демонстрирует хорошее знание материала, способен творчески решать поставленные задачи, демонстрирует базовые умения. Обучающийся выполнил внеаудиторную самостоятельную работу, продемонстрировал знание учебного материала, содержатся отдельные пробелы в умении применить полученные теоретические знании к решению ситуационных задач .	Хорошо
Работа обучающегося содержит неполное соответствие требованиям. Обучающийся демонстрирует знание базового материала, способен решать поставленные задачи под руководством преподавателя, освоил базовые умения. Успешно выполнил внеаудиторную самостоятельную работу, продемонстрировал знание учебного материала, но затрудняется интерпретировать его практически.	Удовлетвори тельно
Работа не соответствует требованиям.	Неудовлетво рительно

3. Методические рекомендации по организации и выполнению рефератов
Реферат предусматривает углубленное изучение дисциплины, способствует развитию навыков самостоятельной работы с литературными источниками.
Реферат – краткое изложение в письменном виде содержания научного труда по предоставленной теме. Это самостоятельная научноисследовательская работа, где

обучающийся раскрывает суть исследуемой проблемы с элементами анализа по теме реферата. Приводит различные точки зрения, а также собственные взгляды на проблемы темы реферата.
Содержание реферата должно быть логичным, изложение материала носить проблемно-тематический характер.
Объем реферата может колебаться в пределах 15-20 печатных страниц.
Основные разделы: оглавление (план), введение, основное содержание, заключение, список литературы.
Текст реферата должен содержать следующие разделы:
— титульный лист реферата (приложение 2);
— ведение, актуальность темы.
— основной раздел.
— заключение
— список литературных источников
Список литературных источников- библиографическое описание используемых источников литературы, в том числе и интернет-источников, оформленное по ГОСТ 7.1 – 2003; 7.80 – 2000; должен иметь не менее 10 библиографических названий, включая сетевые ресурсы.
Текстовая часть реферата оформляется на листе следующего формата:
— отступ сверху – 2 см;
— отступ слева – 3 см;
— отступ справа – 1,5 см;
— отступ снизу – 2,5 см;
— шрифт текста: Times New Roman, высота шрифта – 14, пробел – 1,5;
— нумерация страниц – снизу листа. На первой странице номер не ставится.
Реферат должен быть выполнен грамотно с соблюдением культуры изложения. Обязательно должны иметься ссылки на используемую литературу, включая периодическую литературу за последние 5 лет.
Критерии оценки реферата:
— актуальность темы исследования;
— соответствие содержания теме;
— глубина проработки материала;
— правильность и полнота разработки темы;
— значимость выводов для дальнейшей практической деятельности;
— правильность и полнота использования литературы;
— соответствие оформления реферата стандарту;
— качество сообщения и ответов на вопросы при защите реферата.
Практическое занятие по защите рефератов может проводиться в качестве «круглого стола» в форме представления докладов, посвященных теме занятия, по следующим этапам:
Этап 1. Каждый обучающийся представляет собственный доклад (обязательно использование презентации) по выбранной теме. Доклад 5-7 минут. Обсуждение доклада, вопросы – 2-3 минуты.
Этап 2. Оценка докладов и презентаций, представленных в группе (таблица 3).

Таблица 3 - Шкала оценки докладов на практическом занятии

Критерии оценки	Шкала оценок
1. Доклад четко выстроен, сопровождается презентацией, отражающей проблематику доклада, имеет четкие выводы, полностью характеризующие работу. Автор отлично ориентируется в материале и	Отлично

отвечает на все вопросы, владеет специальной терминологией. 2. Обучающийся активно участвует в обсуждении докладов других обучающихся из группы	
1. Доклад структурирован, презентация не отражает в полной мере содержание доклада, допущены неточности, выводы нечеткие. Автор затрудняется ответить на вопросы, слабо использует специальную терминологию. 2. Обучающийся участвует в обсуждении докладов других обучающихся из группы	Хорошо
1. Доклад структурирован, содержание не полностью раскрывает цель доклада, отсутствует презентация. 2. Обучающийся пассивен при обсуждении докладов других обучающихся из группы	Удовлетвори тельно
1. Доклад не структурирован/отсутствует, презентация отсутствует. Автор не владеет материалом. 2. Обучающийся не участвует в обсуждении докладов.	Неудовлетво рительно

4. Методические рекомендации по подготовке и созданию презентаций

Создание материалов-презентаций — это вид самостоятельной работы обучающихся по созданию наглядных информационных пособий, выполненных с помощью мультимедийной компьютерной программы PowerPoint.

Этот вид работы требует координации навыков обучающегося по сбору, систематизации, переработке информации, оформления ее в виде подборки материалов, кратко отражающих основные вопросы изучаемой темы, в электронном виде. Создание презентаций расширяет методы и средства обработки и представления учебной информации, формирует у обучающихся навыки работы на компьютере.

Презентации готовятся обучающимся в виде слайдов с использованием программы Microsoft PowerPoint.

Обучающийся при подготовке презентации должен выполнить следующий комплекс взаимосвязанных видов самостоятельной работы:

— изучить материалы темы, выделяя главное и второстепенное;

— установить логическую связь между элементами темы;

— представить характеристику элементов в краткой форме;

— выбрать опорные сигналы для акцентирования главной информации и отобразить в структуре работы;

— оформить презентацию в соответствии с рекомендациями (таблица 4), разместить ее в электронной образованной среде университета, к установленному сроку либо представить на практическое/лабораторное занятие.

Таблица 4 - Методические рекомендации по оформлению презентации

Критерии оценки	Шкала оценок
1. Стиль	1.1 Соблюдайте единый стиль оформления. 1.2 Избегайте стилей, которые будут отвлекать от самой презентации. 1.3 Вспомогательная информация не должны преобладать над основной информацией (текст, рисунки).
2. Фон	Для фона предпочтительнее использовать более холодные тона (синий или зеленый).
3. Использование цвета	3.1 На одном слайде рекомендуется использовать не более трех цветов: один для фона, один для заголовков, один для текста. для фона и текста используйте контрастные цвета. 3.2. Обратите особое внимание на цвет гиперссылок (до и после

	использования).
4 Текст/ представление информации	4.1 Используйте короткие слова и предложения. 4.2. Минимизируйте количество предлогов, наречий, прилагательных. 4.3.Заголовки должны привлекать внимание аудитории. 4.4 Предпочтительно горизонтальное расположение информации. 4.5 Наиболее важная информация должна располагаться в центре экрана. Если на слайде располагается картинка, надпись должна располагаться под ней. 4.6 Наибольшая эффективность достигается тогда, когда ключевые пункты отображаются по одному на каждом отдельном слайде.
5.Шрифты	5.1 Для заголовков не менее 24 5.2 Для информации- не менее 18. 5.3Шрифты без засечек легче читать с большого расстояния. 5.4.Нельзя смешивать разные типы шрифтов в одном тексте 5.5.Для выделения информации следует использовать жирный шрифт, курсив или подчеркивание. 5.6 Нельзя злоупотреблять прописными буквами (они читаются хуже строчных букв).
6.Анимационные эффекты	Возможности компьютерной анимации для оформления презентации необходимо использовать умерено, они не должны отвлекать внимание от содержания информации на слайде.

Критерии оценивания презентаций:

— соответствие содержания теме;

— правильная структурированность информации;

— наличие логической связи изложенной информации;

— эстетичность оформления, его соответствие требованиям;

— презентация выполнена и представлена в срок.

Шкала оценивания презентаций разрабатывается преподавателем и доводится до сведения обучающихся вместе с заданием.

Оценка «Отлично»:

презентация отличается целостностью, логичностью и оригинальностью. Оформление логично, эстетично, не противоречит содержанию доклада. Информация структурирована. Иллюстрации презентации соответствуют содержанию, дополняют информацию о раскрываемой проблеме. Текст доклада, сопровождающего презентацию, излагается обучающимся самостоятельно, с незначительной опорой на печатный текст. Ответы на вопросы преподавателя и аудитории четкие, аргументированные, сопровождаются ссылкой на факты и примеры.

Оценка «Хорошо»:

презентация характеризуется целостностью, логической завершенностью, с незначительными недочетами в логике изложения материала. Оформление эстетично, логично, структурировано. Текст доклада излагается с преимущественной опорой на текст. Ответы на дополнительные и уточняющие вопросы не вносят ясности, преимущественно повторяют содержание презентации.

Оценка «Удовлетворительно»:

презентация характеризуется отсутствием единого стиля в оформлении, ввиду чего информация тяжело воспринимается аудиторией. Сведения, излагаемые обучающимся разрозненные, плохо структурированы и аргументированы. Текст доклада

преимущественно зачитывается, обучающимся допускаются неточности и ошибки в изложении материала. Ответы на дополнительные вопросы затруднительны.
Оценка «Неудовлетворительно»:
оформление презентации не соответствует заявленным требованиям. Работа характеризуется отсутствием единого стиля. Обучающийся представляет разрозненные сведения, которые слабо коррелируют с заявленной темой исследования, текст доклада зачитывается, обучающимся часто допускаются ошибки в изложении материала, допускаются ошибки в использовании научной и профессиональной терминологии. Ответы на дополнительные вопросы обучающийся не дает.

5. Организация самостоятельной работы обучающего при подготовке к текущей, промежуточной аттестациям

Текущий контроль осуществляется систематически с целью установления уровня овладения заявленными в рабочей программе дисциплины/практики компетенциями при изучении. В течение года в соответствии с программой дисциплины проводятся текущие аттестации. Форма проведения текущей аттестации (письменное / устное собеседование, тестирование, решение ситуационных задач, защита реферата) определяется руководителем курса и доводится до обучающихся. Вопросы по текущей аттестации доводятся до сведения обучающихся не позднее 3 дней до проведения аттестации.
Подготовка к промежуточной аттестации предполагает систематизацию обучающимся усвоенных в ходе обучения по дисциплинам профессиональных знаний и умений. Программа промежуточной аттестации экзамена имеет обобщающий характер и ориентирует обучающегося в процессе подготовки к нему на актуализацию знаний, умений и навыков, отражающих наиболее существенные компоненты содержания дисциплин, закрепление в профессиональном сознании комплексного и целостного знания.
Подготовка к промежуточной аттестации является формой самостоятельной работы обучающегося. Ее эффективной организации будут способствовать рекомендованные перечни основной и дополнительной литературы, информационных и электронно-образовательных ресурсов, а также список вопросов, которые составляют основу для итогового анализа профессиональной компетентности обучающегося и оценки ее соответствия требованиям ФГОС по компетенциям, закрепленным за дисциплинами. Ориентируясь в перечнях основной и дополнительной литературы, обучающийся может выбрать из них как основополагающие источники, так и те, которые позволят углубить и расширить знания по актуальным проблемам специальностей, систематизировать их и отразить в комплексе.
В ходе подготовки к промежуточной аттестации рекомендуется составлять развернутый план ответа на вопрос программы экзамена, что обеспечит логическую последовательность изложения материала. Продумывая структуру ответа, необходимо: во-первых, уделить внимание раскрытию теоретической сущности явления или понятий, обозначенных в контрольно-измерительном материале, во-вторых, осветить содержание и закономерности рассматриваемых явлений, отразить состояние их изученности в современной медицине. Обучающийся должен продемонстрировать на промежуточной аттестации владение категориальным аппаратом дисциплин, показать умение использовать знания, полученные при изучении дисциплин для анализа современных тенденций в медицине, применять их для решения профессиональных задач врачей по специальностям.
В ходе подготовки к промежуточной аттестации обучающемуся рекомендуется использовать весь набор методов и средств современных информационных технологий для изучения содержания отечественной и зарубежной литературы по дисциплине, анализа и оценки ее текущего состояния и перспектив развития.

При подготовке к промежуточной аттестации рекомендуется активно применять следующие образовательные и профессионально-ориентированные технологии:
– информационные технологии – компьютерные технологии, в том числе доступ в Интернет (для получения учебной и учебно-методической информации, представленной в научных электронных журналах и на сайтах библиотек);
– информационно-коммуникационные технологии.
Оценка знаний, умений и навыков, характеризующая этапы формирования компетенций в рамках изучения дисциплины осуществляется в ходе текущей и промежуточной аттестаций.
Форма проведения текущей/ промежуточной аттестации определяется рабочей программой дисциплины. Оценивание компетенций, вынесенных на промежуточную аттестацию в форме экзамена, осуществляется по четырехбалльной шкале:
оценка «отлично» - 5 баллов
оценка «хорошо» - 4 балла
оценка «удовлетворительно» - 3 балла
оценка «неудовлетворительно» - 2 балла.
При сдаче промежуточной аттестации в форме зачета:
«зачтено» - 3-5 баллов или «не зачтено» - 2 балла.

6. Методические материалы по самостоятельной работе обучающегося при прохождении производственной(клинической) практики

Производственная (клиническая) практика составлена по модулям – дисциплинам и проводится в форме контактной и самостоятельной работы обучающегося.
Контактная работа предусматривает работу руководителя практики с обучающимся в форме индивидуальных/групповых консультаций.
К самостоятельной работе по практикам относятся следующие виды работ обучающегося:
- ознакомление с нормативно-правовым обеспечением практик, включая программы практик;
- изучение законодательной и нормативно-правовой обеспеченности профессиональной деятельности в сфере обращения лекарственных средств в предметной области практики;
- выполнение заданий, заполнение отчета о прохождении практики;
- подготовка к промежуточной аттестации по итогам практики.
По окончании практики обучающийся оформляет отчёт. Материал для составления отчета собирается и накапливается с первого дня практики. Отчет должен содержать самоанализ выполненной работы обучающимся.
Во время прохождения практики необходимо выполнение следующих условий:
- Явиться на установочное собрание, проводимое руководителем практики и получить пакет документов в учебно-методическом отделе.
- В первый день практики прийти на базу к 8 часам утра, и представиться общему руководителю.
- Быть одетым строго по форме и следить за ее чистотой. Иметь сменную обувь.
- Работать строго по графику. Пропущенные дни, даже по уважительной причине, отрабатываются в дополнительное время.
- Ознакомиться с документацией структурных подразделений (поликлиника, стационар, приемный покой, в отделениях - процедурные кабинеты, пост и т.д.).
- Активно участвовать в общественной жизни структурных подразделений, а также в санитарно-просветительной работе.
- Бережно относиться к имуществу лечебно-профилактических учреждений.
- Быть дисциплинированными, спокойными и вежливыми в обращении с товарищами по работе, с больными и их родственниками, в отделениях соблюдать тишину и порядок.

- Ежедневно и аккуратно вести отчет, заполнять листы обязательных манипуляций. Критерии оценки промежуточной аттестации по производственной (клинической) практике представлены в Таблице 6.

Таблица 6 – Критерии оценки промежуточной аттестации по производственной практике

Критерии оценки	Шкала оценок
Обучающийся предоставил оформленный соответствующим образом, отчет и отзыв с положительной характеристикой руководителя практики; продемонстрировал систематические знания по контролируемым компетенциям; владеет способностью и готовностью применять знания, умения и навыки для решения профессиональных задач на практике; в ответе присутствует четкая структура, логическая последовательность, современная профессиональная терминология; ответ обоснован нормативной документацией и конкретными примерами из производственной практики.	Зачтено
Обучающийся предоставил неполный перечень отчетной документации; демонстрирует полное отсутствие или фрагментарные знания, умения и навыки по контролируемой компетенции и неспособность применять их на практике для решения профессиональных задач; не в состоянии обосновать свой ответ нормативной документацией и примерами из производственной практики; дополнительные и уточняющие вопросы преподавателя не приводят к коррекции ответа	Не зачтено

МИНИСТЕРСТВО НАУКИ И ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
ФГБОУ ВО «Чеченский государственный университет
имени Ахмата Абдулхамидовича Кадырова»
Медицинский институт
Кафедра госпитальной терапии

Методические указания

к практическим занятиям по дисциплине

«Доказательная медицина по врачебной практике»

Направление подготовки	ЛЕЧЕБНОЕ ДЕЛО
Код направления подготовки	31.05.01
Квалификация выпускника	Специалист
Форма обучения	Очная
Код дисциплины	Б1.В.ДВ.04.01

Грозный

2025 г.

Сайдуллаева М.Г. Методические указания к практическим занятиям по дисциплине «Доказательная медицина по врачебной практике» [Текст] / Сост. М.Г.Сайдуллаева – Грозный: ФГБОУ ВО «Чеченский государственный университет имени А.А.Кадырова», 2024 г. - 43 с.

Методические указания к практическим занятиям по дисциплине «Доказательная медицина по врачебной практике» рассмотрены на заседании кафедры госпитальной терапии, рекомендованы к использованию в учебном процессе (протокол №9 от 16.05.2025г.)), составлена в соответствии с требованиями ФГОС ВО по специальности 31.05.01 Лечебное дело", квалификации (степень) – специалист, утвержденного Приказом Министерства образования и науки РФ от 12.08.2020 N 988, редакция с изменениями N 1456 от 26.11.2020 с учетом учебного плана по данному направлению подготовки, одобренного Ученым советом ФГБОУ ВО «Чеченский государственный университет имени А.А.Кадырова»

© М.Г.Сайдуллаева, 2024 г.

© ФГБОУ ВО «Чеченский государственный университет имени А.А.

Кадырова», 2024 г.

Методические рекомендации для обучающихся к проведению занятий по ««Доказательная медицина по врачебной практике»» для студентов 6 курса Тема 1: «Основные понятия и методы доказательной медицины. Базисные принципы и методология доказательной медицины. Уровни доказанности и классы рекомендаций».

Цель занятия: формирование готовности студентов 6 курса педиатрического факультета реализовать знания об основных понятиях и методах доказательной медицины.

Вопросы для обсуждения:

1. Предпосылки возникновения доказательной медицины.

2. Определение доказательной медицины, задачи, отличия, приемущетва.

3. Место доказательной медицины в работе врача-клинициста.

4. Концепции и практическая реализация доказательной медицины.

5. Уровни доказанности и классы рекомендаций. Задания для самоконтроля:

1. Дайте определения доказательной медицины, сформулируйте задачи и преимущества; найдите отличия медицины, основанной на доказательствах от других медицинских наук.

2. Обозначьте место доказательной медицины в работе практикующего врача.

3. Сформулируйте основные концепции доказательной медицины.

4. Охарактеризуйте практическую реализацию доказательной медицины.

Задание для самостоятельной работы:

Напишите реферат (подготовьте презентацию) на тему «Роль доказательной медицины в работе практикующего врача»

Творческое задание:

Составьте тест из 10 тестовых заданий по теме занятия.

Методические указания для обучающихся

Тема 2 «Систематические обзоры, мета-анализы. Кохрановская система».

Цель занятия: формирование представление обучаемых студентов 6 курса педиатрического факультета об основах научно-обоснованной (доказательной) медицины и освоить принципы составления систематических

обзоров.

Вопросы для обсуждения:

1. Определение клинические исследования, виды.

2. Отличие клинических исследований от клинических испытаний. 3. Принципы деятельности Кокрановского сотрудничества и Кокрановская электронная библиотека.

4. Определение и основная характеристика систематических обзоров:

Зачем они нужны?

Как их делают?

Где их найти?

Кто их использует?

Что их результаты означают для врача и пациента?

5. Понятие и основные типы мета-анализа. Задания для самоконтроля:

1. Назовите основные сферы применения доказательной медицины.

2. Определение, структура систематического обзора.

3. Преимущества систематических обзоров и синтетического подхода к анализу результатов исследований.

4. Что такое мета-анализ, цель.

5. Перечислите основные принципы деятельности Кохрановского сотрудничества.

6. Мета-анализ часто используют для обобщения результатов различных испытаний определенного лечения или другого вмешательства (диагностического или профилактического). Можете ли вы назвать другие виды исследований, которые могли бы стать предметом мета- анализа?

Задание для самостоятельной работы:

Напишите реферат (подготовьте презентацию) на тему «Источники доказательной медицины»

Творческое задание:

Составьте кроссворд из 20 вопросов по теме занятия.

Методические указания для обучающихся

Тема 3 «Медицинская статистика».

Цель занятия: ознакомить студентов 6 курса педиатрического факультета с понятиями о медицинской статистике, общей схемой проведения статистического исследования. Научить методике составления плана и программы статистического исследования, определения единиц наблюдения, сводки и группировки статистического материала, анализу полученных результатов исследования. Вопросы для обсуждения:

1. Медицинская статистика и ее значение в оценке здоровья населения.
2. Методика и этапы статистического исследования:

План и программа исследования;

Сбор материала;

Обработка, шифровка и сводка информации; Анализ и выводы.

Задания для самоконтроля:

1. Дайте определение медицинской статистике.
2. Что включает в себя план исследования.
3. Дайте определение единице наблюдения.
4. Перечислите виды наблюдения по времени.
5. Перечислите виды наблюдения по степени охвата.
6. Что такое генеральная совокупность.
7. Что такое выборочная совокупность.
8. Из каких элементов состоит программа статистического исследования.
9. Что такое группировка, сводка статистического материала.

Задание для самостоятельной работы:

Подготовьте конспект по данной теме.

Методические указания для обучающихся

Тема 4 «Описательные исследования: Когортные исследования.

Исследования случай-контроль».

Цель занятия: изучить основные типы описательных исследований; дизайн эпидемиологических исследований, показатели, применяемые в

эпидемиологии.

Вопросы для обсуждения:

1. Классификация эпидемиологических исследований.

2. Основные термины, используемые при эпидемиологических исследованиях.

3. Описательные исследования. Определение, практическое применение.

Типы представления описательных исследований.

4. Когортные исследования.

5. Исследование случай-контроль.

Задания для самоконтроля:

1. Дайте определение эпидемиологическое исследование.

2. Дайте классификацию эпидемиологический исследований.

3. Перечислите этапы организации эпидемиологических исследований.

4. Дайте определение когортного исследования, изобразите схему.

5. Перечислите недостатки и преимущества когортного исследования.

6. Дайте определение исследования случай-контроль, изобразите схему.

7. Перечислите достоинства и недостатки исследования случай-контроль.

8. Что такое Рандомизация, виды.

Задание для самостоятельной работы:

Подготовьте реферат по теме «Фармаконадзор», «Методы фармакоэпидемиологического исследования».

Творческое задание:

Сделайте ментальную карту по данной теме.

Методические указания для обучающихся

Тема 5 «Фармакоэкономические методы анализа. Модель Маркова». Цель занятия: сформировать у студентов 6 курса педиатрического факультета навыки фармакоэкономических исследований.

Вопросы для обсуждения:

1. Концепция фармакоэкономических исследований, основные понятия,

цели, виды анализа.

2. Методы фармакоэкономического исследования.

3. Модель Маркова.

Задания для самоконтроля:

1. Определение фармакоэкономика, фармакоэкономический анализ.

2. Цели фармакоэкономического анализа.

3. Виды фармакоэкономических затрат.

4. Анализ стоимости болезни. (COI – cost of illness)

5. Фармакоэкономическое исследование типа cost minimization CMA (анализ минимизации затрат).

6. Фармакоэкономическое исследование типа cost-effectivenes CEA (анализ затраты-эффективность).

7. Анализ типа cost-utility CUA (затраты-полезность).

8. Анализ затраты-выгода.

9. ABC-анализ.

10. VEN-анализ.

11.Частотный анализ.

12.Метод статистического моделирования с помощью цепей Маркова: дизайн модели, структура модели, входные данные.

Задание для самостоятельной работы:

Конспект по данной теме.

доказательствах”

Методические указания для обучающихся

Тема 6,7 «Клинические исследования новых лекарственных средств. Дизайны клинических исследований. Отечественные и зарубежные клинические исследования. Сравнение».

Цель занятия: ознакомить студентов 6 курса педиатрического факультета со

структурой клинических исследований новых лекарственных средств, изучить этапы разработки новых лекарственных средств.

Вопросы для обсуждения:

1. Документы регламентирующие клинические исследования.

2. Этический комитет.

3. Фазы клинических исследований.

4. Виды дизайнов клинических исследований.

5. Сравнительный анализ зарубежных и российских клинических рекомендаций в педиатрии.

Задания для самоконтроля:

1. Хельсинкская Декларация Всемирной Медицинской Ассоциации.

2. GCP.

3. Фазы клинический исследований.

4. Дизайны клинических исследований.

5. Принципы работы этического комитета.

Задание для самостоятельной работы:

Подготовьте реферат по теме «Отечественные и зарубежные клинические исследования. Сравнение», «Сравнительный анализ зарубежных и российских клинических рекомендаций».

Подготовьте тест из 10 заданий по данной теме.

университет» Министерства здравоохранения (уровень специалитета)

Российской Федерации Рабочая программа “Мдоказательствахедицина, основанная на ”

Методические указания для обучающихся

Тема 8 «Доказательная медицина и медицинская реклама. Зачетное занятие. Компьютерное тестирование. Устный зачет по билетам». Цель занятия: формирование у студентов 6 курса педиатрического факультета связи доказательной медицины и медицинской рекламы.

Вопросы для обсуждения:

1. Скрытая реклама, как уберечься от нее.

2. Современные стандартные методы продвижения лекарственных препаратов на медицинский рынок.

3. Генерические препараты – представление о них, их задачи.

4. Основные требования к генерическим препаратам.

5. Алгоритм оценки качества генерического препарата. 6. «Жизненный цикл» лекарственного препарата.__ 7. БАДы с точки зрения доказательной медицины.

8. Рекомендации для практического врача по анализу медицинских публикаций для выявления скрытой рекламы.

Задание для самостоятельной работы:

Подготовьте кроссворд из 20 заданий по данной теме.

университет» Министерства здравоохранения (уровень специалитета)

Российской Федерации Рабочая программа “Мдоказательствахедицина, основанная на ”

Методические указания для обучающихся

Основная литература

1. Петров В. И. Клиническая фармакология и фармакотерапия в реальной врачебной практике [Электронный ресурс] : мастер-класс : учебник / Петров В. И. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015. - Режим доступа: http://www.studentlibrary.ru

2. Общая эпидемиология с основами доказательной медицины [Электронный ресурс] : рук-во к практич. занятиям / под ред. В. И. Покровского, Н. И. Брико ; [авт. кол. :

А. Ю. Бражников, Н. И. Брико, Е. В. Кирьянова и др.]. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2017.

- 400 с. : ил. - Режим доступа: http://www.studentlibrary.ru

3. Клиническая фармакология и фармакотерапия [Электронный ресурс] : учебник / под ред. В. Г. Кукеса, А. К. Стародубцева. - 3-е изд., доп. и перераб. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2013. – Режим доступа: http://www.studentlibrary.ru

4. Кабалава Ж.Д. Основы внутренней медицины [Электронный ресурс] / Ж. Д. Кобалава, С. В. Моисеев, В. С. Моисеев ; под. ред. В. С. Моисеева. - М. :

ГЭОТАРМедиа, 2014. – Режим доступа: http://www.studentlibrary.ru/ 5. Петров В. И. Медицина, основанная на доказательствах [Электронный ресурс] : учеб. пособие для вузов и последиплом. образования врачей / Петров В. И., Недогода С. В. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2012. - 141 с. : ил. - Режим доступа:

http://www.studentlibrary.ru

6. Петров В. И. Медицина, основанная на доказательствах [Текст] : учеб. пособие для студ. мед. вузов и последиплом. образования врачей / Петров В. И., Недогода С. В.

- М. : ГЭОТАР-Медиа, 2012. - 141 с. : ил.

Дополнительная литература

1. "Рациональная антимикробная терапия [Электронный ресурс] : руководство для практикующих врачей / под ред. С. В. Яковлева. - 2-е изд., перераб. и доп. - М. : Литтерра, 2015. - (Рациональная фармакотерапия). – Режим доступа:

http://www.studentlibrary.ru

2. Гринхальх Т. Основы доказательной медицины [Текст] : пер. с англ. / Гринхальх Т. ; под ред. И. Н. Денисова, К. И. Сайткулова. - 3-е изд. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2009. - 282 с.: ил.

3. Петров В. И. Клиническая фармакология и фармакотерапия в реальной врачебной практике [Текст] : мастер-класс : учебник / Петров В. И. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2011. - 871 с. : ил., цв. ил.

4. Козлов С. Н. Современная антимикробная химиотерапия [Текст] : рук. для врачей / Козлов С. Н., Страчунский Л. С. - 2-е изд., перераб. и доп. - М. : МИА, 2009. - 446 с.

5. Планы ведения больных. Терапия: диагностика, лечение, предупреждение осложнений [Текст] : [клин. рек.] / под ред. О. Ю. Атькова, Е. И. Полубенцевой. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2011. - 544 с. + 1CD-ROM. – (Доказательная медицина).

6. Общая эпидемиология с основами доказательной медицины [Текст] : учеб. пособие для вузов по спец. 060105.65 "Мед.-проф. дело" по дисц. "Общая эпидемиология" и по спец. 060101.65 "Леч. дело" по дисц. "Эпидемиология" / Бражников А. Ю., Брико Н. И., Кирьянова Е. В. и др. ; под ред. В. И. Покровского, Н. И. Брико; Минобрнауки РФ. - 2-е изд., испр. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2012. - 494, [1] с. : ил.

МИНИСТЕРСТВО НАУКИ И ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования
«Чеченский государственный университет
имени Ахмата Абдулхамидовича Кадырова»

Медицинский институт
Кафедра микробиологии и биологии

МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ИЗУЧЕНИЮ УЧЕБНОЙ ДИСЦИПЛИНЫ «Иммунология»

Код направления подготовки (специальности)	31.05.01
Направление подготовки (специальности)	Лечебное дело
Квалификация выпускника	Врач- лечебник
Форма обучения	Очная

Грозный

СОДЕРЖАНИЕ

1. Методические основы по организации самостоятельной работы обучающихся.
2. Методические рекомендации для организации и проведения практических занятий.
3. Методические рекомендации по выполнению рефератов.
4. Методические рекомендации по подготовке и созданию презентаций.
5. Организация самостоятельной работы обучающихся при подготовке к текущей, промежуточной аттестациям.
6. Методические материалы по самостоятельной работе обучающегося при прохождении производственной практики

1. Методические основы по организации самостоятельной работы обучающихся

Самостоятельная работа по дисциплинам является обязательным элементом федеральных государственных образовательных стандартов по программам высшего образования.

Самостоятельная работа обучающегося – организационная форма обучения - система педагогических условий, обеспечивающих управление учебной деятельностью обучающихся по освоению знаний и умений в учебной и научной деятельности без посторонней помощи.

Самостоятельная работа обучающихся является специфическим педагогическим средством организации и сопровождения самостоятельной деятельности обучающихся в учебном процессе.

Цели

К целям самостоятельной работы относится:

— формирование способностей у обучающегося к саморазвитию, самосовершенствованию и самореализации;

— развитие исследовательских умений.

— фиксирование и систематизирование полученных теоретических познаний и практического опыта; формирование умений использовать научную, правовую, справочную и специальную литературу;

— развитие познавательных способностей и инициативности обучающихся, ответственность, организованность, стремление к саморазвитию; формирование умения правильно пользоваться полученным ранее материалом, собранным в процессе самостоятельного наблюдения, выполнения заданий различного характера.

Формы самостоятельной работы

При обучении используются следующие виды и формы самостоятельной работы:

— подготовка к практическим занятиям;

— подготовка и написание рефератов; - подготовка докладов на заданные темы рефератов, либо выбранные по заданному направлению;

— изучение и систематизация нормативно-правовых документов, регламентирующих деятельность в сфере обращения лекарственных средств в части организационно-управленческих вопросов с использованием информационно-справочных систем «Консультант Плюс», «Консультант врача», компьютерной сети «Интернет»;

— изучение учебной, научной и методической литературы, материалов периодической литературы с использованием электронных библиотечных систем, официальных статистических данных, научной периодики; - создание презентации;

— подготовка к устному опросу, к дискуссии;

— тестирование;

— решение ситуационных задач;

— подготовка к текущей, промежуточной аттестации и т.д.

Контроль результатов внеаудиторной самостоятельной работы преподаватель осуществляет в начале каждого семинарского/практического занятия.

Контроль результатов аудиторной самостоятельной работы осуществляется в пределах времени, отведенного на практические занятия по дисциплине. В зависимости от сложности познавательной деятельности при изучении дисциплин используется три уровня самостоятельной работы:

— репродуктивная самостоятельная работа, которая включает изучение основной и дополнительной рекомендованной литературы, изучение методических рекомендаций к занятию, решение типовых задач, ситуаций;

— реконструктивная самостоятельная работа включает в себя подготовку к презентациям, сообщениям по заданной теме, решение профессиональных задач, моделирование профессиональной деятельности;

— творческая самостоятельная работа включает анализ, обобщение и систематизацию научных и нормативно-правовых документов, самостоятельное составление ситуаций, задач, проектов, составление выступлений по проблемам профессиональной деятельности. Контроль результатов внеаудиторной самостоятельной работы преподаватель осуществляет на семинарском/практическом занятии.

Самостоятельная работа начинается с изучения рабочей программы дисциплины, отражена в рабочих программах дисциплин.

Для конспектирования лекционного материала, а также выполнения семинарских/практических работ требуются рабочие тетради.

Самостоятельная работа обучающегося подразделяется на аудиторную и внеаудиторную самостоятельную работу

Аудиторная самостоятельная работа по дисциплинам выполняется на учебных занятиях (семинарские или практические) под непосредственным руководством преподавателя и по его заданию.

Основными видами аудиторной самостоятельной работы являются:

— выполнение практических работ;

— работа с нормативно-правовыми документами в области обращения лекарственных средств;

— решение ситуационных/симуляционных задач;

— презентация результатов научно-исследовательской работы по заданным темам

Выполнение практических работ осуществляется на семинарских/практических занятиях в соответствии с графиком учебного процесса и расписанием занятий.

Работа с основной, дополнительной литературой, эмпирическими и статистическими данными, как правило, основана на изучении документов и данных, их обобщении и представлении.

Решение ситуационных задач используется на семинарских/практических занятиях. Проблемная/ситуационная задача должна иметь четкую формулировку, к ней должны быть поставлены вопросы, ответы на которые необходимо найти и обосновать.

Критерии для оценки каждого вида аудиторной самостоятельной работы обучающегося разрабатываются преподавателем для конкретной дисциплины /цикла из предложенного перечня критериев оценки результатов аудиторной самостоятельной работы:

— уровень освоения учебного материала;

— умение использовать теоретические знания при выполнении лабораторных, практических, ситуационных, симуляционных задач;

— сформированность заявленных умений по теме аудиторного занятия;

— обоснованность и четкость изложения ответов;

— оформление материала в соответствии с требованиями, заявленными в задании;

— уровень самостоятельности обучающегося при выполнении аудиторной самостоятельной работы.

Внеаудиторная самостоятельная работа является элементом каждой темы дисциплин.

Планирование времени, необходимого на внеаудиторное самостоятельное изучение дисциплин, обучающие должны осуществлять весь семестр, предусматривая при этом регулярное повторение материала.

Материал, законспектированный на лекциях, необходимо регулярно прорабатывать и дополнять сведениями из других источников литературы, представленных не только в программах дисциплин, но и в периодических профильных научных изданиях, материалах конференций.

При изучении дисциплин сначала необходимо по каждой теме прочитать рекомендованную литературу и составить краткий конспект основных положений, терминов, сведений, требующих запоминания и являющихся основополагающими в этой теме для освоения последующих тем курса. Для расширения знания по дисциплине

рекомендуется использовать Интернет-ресурсы; проводить поиски в различных системах и использовать материалы сайтов, рекомендованных преподавателем.
При выполнении самостоятельной работы по написанию реферата необходимо: прочитать теоретический материал в рекомендованной литературе, периодических изданиях, на Интернет-сайтах; творчески переработать изученный материал и представить его для отчета в форме реферата, проиллюстрировав схемами, диаграммами, фотографиями и рисунками.
Тексты докладов и рефератов должны быть изложены внятно, простым и ясным языком.
Для обеспечения внеаудиторной самостоятельной работы по каждой теме дисциплин/блоку разработаны:
а) перечень основной и дополнительной литературы;
б) вопросы для самоконтроля.
При выполнении внеаудиторной самостоятельной работы обучающийся имеет право обращаться к преподавателю за консультацией с целью уточнения задания, формы контроля выполненного задания.
Контроль результатов внеаудиторной самостоятельной работы отражается в индивидуальном плане после выполнения внеаудиторной самостоятельной работы.
Критерии оценки внеаудиторной работы формируются преподавателем самостоятельно для каждого вида работы. Основными критериями оценки внеаудиторной работы обучающегося выступают:
- уровень освоения материала;
- уровень умения использовать теоретические знания при выполнении заданий, решении ситуационных задач;
- обоснованность и четкость изложения ответов,
- результаты тестирования по шкале оценок;
- уровень умения использовать электронные образовательные ресурсы;
- умение четко формулировать проблему, предложив ее решение, критическая оценка последствий решения;
- уровень умения сформулировать собственную позицию и аргументировать ее.

Качество выполнения внеаудиторной самостоятельной работы оценивается посредством текущего контроля самостоятельной работы обучающегося. Текущий контроль представляет собой форму планомерного контроля качества и объема осваиваемых компетенций в процессе изучения конкретной дисциплины, проводится на семинарских/практических занятиях и во время индивидуальной работы преподавателя с обучающимися.

Шкала оценивания внеаудиторной самостоятельной работы:
Зачтено – задание выполнено полно и правильно, изложено в правильных нормативных формулировках с использованием точного понятийного аппарата, с использованием рекомендованных источников литературы, продемонстрировано умение формулировать проблему, предложены пути ее решения, проведена критическая оценка последствий такого решения, а также умение формулировать собственную позицию и аргументировать ее.
Не зачтено – обучающийся не выполнил задание либо выполнил не в полном объеме, демонстрирует несформированность понятийного аппарата по теме, отсутствие умения формулировать проблему, обобщать материал, не может аргументировать свой ответ.

2. Методические рекомендации для организации и проведения практических занятий

Практическое занятие - вид учебных занятий, при котором в результате предварительной работы над учебным материалом преподавателя и студента, в обстановке их контактной работы в аудитории решаются задачи познавательного и воспитательного характера.
Цель такой формы обучения – углубленное изучение дисциплины, закрепление полученного теоретического материала в форме внеаудиторной самостоятельной работы, овладение методологией научного познания и формирования базовых умений. Немаловажным преимуществом практических занятий является и формирование навыков профессиональной дискуссии.
Задачи практических занятий:

- мотивация к регулярному изучению теоретического учебного материала, основной, дополнительной литературы;
- закрепление теоретических знаний, полученных при прослушивании лекций и во время внеаудиторной самостоятельной работы;
- получение навыков устного и публичного выступления по теоретическим вопросам, включая навыки по свободному оперированию организационными и управленческими понятиями и категориями;
- формирование навыков по универсальным и профессиональным компетенциям;
- возможность преподавателю систематически контролировать как самостоятельную работу студента, так и свою работу.

Практические занятия проводятся по плану.
Каждая тема практического занятия, как правило, включает: цель занятия, перечень основных и дополнительных источников литературы, вопросы к устному обсуждению на занятии, ситуационные задачи и перечень заданий, которые обучающиеся самостоятельно должны решить на практическом занятии.
Каждое практическое занятие посвящено, как правило, изучению нескольких компетенций и включает три основных этапа.
Первый этап - устный опрос по заранее сформулированным вопросам либо представление докладов/презентаций, подготовленных в рамках внеаудиторной самостоятельной работы по заранее сформулированным требованиям. Важнейшей частью этапа, является обсуждение представленных докладов/презентаций. Цель преподавателя – организовать обмен мнениями, дискуссию в группе, скорректировать уровень подготовленности студентов.
Одним из возможных элементов первого этапа является решение ситуационных задач, которые максимально приближены к профессиональной деятельности.
Требования к ответам обучающихся – самостоятельность в подборе фактического материала и аналитическом отношении к нему, умение рассматривать примеры и факты во взаимосвязи и взаимообусловленности, отбирать наиболее существенные из них.
Для оценивания первого (теоретического) этапа занятия используются знания, умения, владения, которые заявлены на каждое занятие:
1) знание учебного материала и владение понятийным аппаратом по теме занятия;
2) умение связывать теорию с практикой;
3) умение иллюстрировать ответ примерами, фактами, данными научных исследований;
4) умение применять теоретические знания при решении ситуационных задач.
Второй этап – аудиторное самостоятельное выполнение семинарских /практических заданий, которые обучающийся выполняет индивидуально либо в группе, если такое предусмотрено заданием.
В процессе выполнения самостоятельной аудиторной работы обучающийся имеет право на получение индивидуальных консультаций у преподавателя.
По окончании выполнения аудиторной самостоятельной работы обучающийся сдает отчет о выполнении самостоятельных лабораторных заданий преподавателю, который оценивается по шкале «зачет/незачет».
Критерии оценивания практического занятия осуществляются по следующим критериям:

1. своевременное выполнение внеаудиторной самостоятельной работы по изучаемой теме;
2. демонстрируемый обучающимся уровень усвоения заявленной к освоению компетенции (знания, умения, навыки);
— хорошее знание и уверенное владение на занятии теоретическим содержанием учебного материала;
— адекватное применение теоретического материала к решению ситуационных задач, заданий для аудиторной самостоятельной работы;
— умение аргументировать свои решения, развернуто отвечать на дополнительные вопросы преподавателя.
3. Соблюдение организационных и дисциплинарных требований, предъявляемых к обучающемуся на семинарских/практических занятиях: аккуратный внешний вид, соблюдение дисциплины на занятиях, полнота и своевременность представления выполненных заданий в полном объеме (не позднее даты окончания занятия и в полном соответствии с предъявляемыми к их содержанию и качеству оформления).
Третий этап – заключительный. Преподаватель дает общую оценку уровня подготовленности обучаемых к практическим занятиям, характеризует активность каждого обучающегося на занятии и озвучивает оценки каждому обучающемуся с их обоснованием.

Шкала оценивания осуществляется по четырехбалльной шкале (таблица 2)

Критерии оценивания лабораторного/практического занятия	Шкала оценок
Полное соответствие работы обучающегося требованиям. Обучающийся демонстрирует уверенные знания, способен творчески решать поставленные задачи, самостоятельно демонстрирует умения, обладает некоторыми навыками. Обучающийся успешно выполнил внеаудиторную самостоятельную работу, демонстрирует глубокое теоретическое знание по изучаемой теме, умение его применять на практике (в установленный срок сдал протоколы занятия/представил и защитил доклады/презентации и др.).	Отлично
Работа обучающегося содержит неполное соответствие требованиям. Обучающийся демонстрирует хорошее знание материала, способен творчески решать поставленные задачи, демонстрирует базовые умения. Обучающийся выполнил внеаудиторную самостоятельную работу, продемонстрировал знание учебного материала, содержатся отдельные пробелы в умении применить полученные теоретические знании к решению ситуационных задач .	Хорошо
Работа обучающегося содержит неполное соответствие требованиям. Обучающийся демонстрирует знание базового материала, способен решать поставленные задачи под руководством преподавателя, освоил базовые умения. Успешно выполнил внеаудиторную самостоятельную работу, продемонстрировал знание учебного материала, но затрудняется интерпретировать его практически.	Удовлетвори тельно
Работа не соответствует требованиям.	Неудовлетво рительно

3. Методические рекомендации по организации и выполнению рефератов
Реферат предусматривает углубленное изучение дисциплины, способствует развитию навыков самостоятельной работы с литературными источниками.
Реферат – краткое изложение в письменном виде содержания научного труда по предоставленной теме. Это самостоятельная научноисследовательская работа, где

обучающийся раскрывает суть исследуемой проблемы с элементами анализа по теме реферата. Приводит различные точки зрения, а также собственные взгляды на проблемы темы реферата.
Содержание реферата должно быть логичным, изложение материала носить проблемно-тематический характер.
Объем реферата может колебаться в пределах 15-20 печатных страниц.
Основные разделы: оглавление (план), введение, основное содержание, заключение, список литературы.
Текст реферата должен содержать следующие разделы:
— титульный лист реферата (приложение 2);
— ведение, актуальность темы.
— основной раздел.
— заключение
— список литературных источников
Список литературных источников- библиографическое описание используемых источников литературы, в том числе и интернет-источников, оформленное по ГОСТ 7.1 – 2003; 7.80 – 2000; должен иметь не менее 10 библиографических названий, включая сетевые ресурсы.
Текстовая часть реферата оформляется на листе следующего формата:
— отступ сверху – 2 см;
— отступ слева – 3 см;
— отступ справа – 1,5 см;
— отступ снизу – 2,5 см;
— шрифт текста: Times New Roman, высота шрифта – 14, пробел – 1,5;
— нумерация страниц – снизу листа. На первой странице номер не ставится.
Реферат должен быть выполнен грамотно с соблюдением культуры изложения. Обязательно должны иметься ссылки на используемую литературу, включая периодическую литературу за последние 5 лет.
Критерии оценки реферата:
— актуальность темы исследования;
— соответствие содержания теме;
— глубина проработки материала;
— правильность и полнота разработки темы;
— значимость выводов для дальнейшей практической деятельности;
— правильность и полнота использования литературы;
— соответствие оформления реферата стандарту;
— качество сообщения и ответов на вопросы при защите реферата.
Практическое занятие по защите рефератов может проводиться в качестве «круглого стола» в форме представления докладов, посвященных теме занятия, по следующим этапам:
Этап 1. Каждый обучающийся представляет собственный доклад (обязательно использование презентации) по выбранной теме. Доклад 5-7 минут. Обсуждение доклада, вопросы – 2-3 минуты.
Этап 2. Оценка докладов и презентаций, представленных в группе (таблица 3).

Таблица 3 - Шкала оценки докладов на практическом занятии

Критерии оценки	Шкала оценок
1. Доклад четко выстроен, сопровождается презентацией, отражающей проблематику доклада, имеет четкие выводы, полностью характеризующие работу. Автор отлично ориентируется в материале и	Отлично

отвечает на все вопросы, владеет специальной терминологией. 2. Обучающийся активно участвует в обсуждении докладов других обучающихся из группы	
1. Доклад структурирован, презентация не отражает в полной мере содержание доклада, допущены неточности, выводы нечеткие. Автор затрудняется ответить на вопросы, слабо использует специальную терминологию. 2. Обучающийся участвует в обсуждении докладов других обучающихся из группы	Хорошо
1. Доклад структурирован, содержание не полностью раскрывает цель доклада, отсутствует презентация. 2. Обучающийся пассивен при обсуждении докладов других обучающихся из группы	Удовлетвори тельно
1. Доклад не структурирован/отсутствует, презентация отсутствует. Автор не владеет материалом. 2. Обучающийся не участвует в обсуждении докладов.	Неудовлетво рительно

4. Методические рекомендации по подготовке и созданию презентаций

Создание материалов-презентаций — это вид самостоятельной работы обучающихся по созданию наглядных информационных пособий, выполненных с помощью мультимедийной компьютерной программы PowerPoint.

Этот вид работы требует координации навыков обучающегося по сбору, систематизации, переработке информации, оформления ее в виде подборки материалов, кратко отражающих основные вопросы изучаемой темы, в электронном виде. Создание презентаций расширяет методы и средства обработки и представления учебной информации, формирует у обучающихся навыки работы на компьютере.

Презентации готовятся обучающимся в виде слайдов с использованием программы Microsoft PowerPoint.

Обучающийся при подготовке презентации должен выполнить следующий комплекс взаимосвязанных видов самостоятельной работы:

— изучить материалы темы, выделяя главное и второстепенное;

— установить логическую связь между элементами темы;

— представить характеристику элементов в краткой форме;

— выбрать опорные сигналы для акцентирования главной информации и отобразить в структуре работы;

— оформить презентацию в соответствии с рекомендациями (таблица 4), разместить ее в электронной образованной среде университета, к установленному сроку либо представить на практическое/лабораторное занятие.

Таблица 4 - Методические рекомендации по оформлению презентации

Критерии оценки	Шкала оценок
1. Стиль	1.1 Соблюдайте единый стиль оформления. 1.2 Избегайте стилей, которые будут отвлекать от самой презентации. 1.3 Вспомогательная информация не должны преобладать над основной информацией (текст, рисунки).
2. Фон	Для фона предпочтительнее использовать более холодные тона (синий или зеленый).
3. Использование цвета	3.1 На одном слайде рекомендуется использовать не более трех цветов: один для фона, один для заголовков, один для текста. для фона и текста используйте контрастные цвета. 3.2. Обратите особое внимание на цвет гиперссылок (до и после

	использования).
4 Текст/ представление информации	4.1 Используйте короткие слова и предложения. 4.2. Минимизируйте количество предлогов, наречий, прилагательных. 4.3.Заголовки должны привлекать внимание аудитории. 4.4 Предпочтительно горизонтальное расположение информации. 4.5 Наиболее важная информация должна располагаться в центре экрана. Если на слайде располагается картинка, надпись должна располагаться под ней. 4.6 Наибольшая эффективность достигается тогда, когда ключевые пункты отображаются по одному на каждом отдельном слайде.
5.Шрифты	5.1 Для заголовков не менее 24 5.2 Для информации- не менее 18. 5.3Шрифты без засечек легче читать с большого расстояния. 5.4.Нельзя смешивать разные типы шрифтов в одном тексте 5.5.Для выделения информации следует использовать жирный шрифт, курсив или подчеркивание. 5.6 Нельзя злоупотреблять прописными буквами (они читаются хуже строчных букв).
6.Анимационные эффекты	Возможности компьютерной анимации для оформления презентации необходимо использовать умерено, они не должны отвлекать внимание от содержания информации на слайде.

Критерии оценивания презентаций:

— соответствие содержания теме;

— правильная структурированность информации;

— наличие логической связи изложенной информации;

— эстетичность оформления, его соответствие требованиям;

— презентация выполнена и представлена в срок.

Шкала оценивания презентаций разрабатывается преподавателем и доводится до сведения обучающихся вместе с заданием.

Оценка «Отлично»:

презентация отличается целостностью, логичностью и оригинальностью. Оформление логично, эстетично, не противоречит содержанию доклада. Информация структурирована. Иллюстрации презентации соответствуют содержанию, дополняют информацию о раскрываемой проблеме. Текст доклада, сопровождающего презентацию, излагается обучающимся самостоятельно, с незначительной опорой на печатный текст. Ответы на вопросы преподавателя и аудитории четкие, аргументированные, сопровождаются ссылкой на факты и примеры.

Оценка «Хорошо»:

презентация характеризуется целостностью, логической завершенностью, с незначительными недочетами в логике изложения материала. Оформление эстетично, логично, структурировано. Текст доклада излагается с преимущественной опорой на текст. Ответы на дополнительные и уточняющие вопросы не вносят ясности, преимущественно повторяют содержание презентации.

Оценка «Удовлетворительно»:

презентация характеризуется отсутствием единого стиля в оформлении, ввиду чего информация тяжело воспринимается аудиторией. Сведения, излагаемые обучающимся разрозненные, плохо структурированы и аргументированы. Текст доклада

преимущественно зачитывается, обучающимся допускаются неточности и ошибки в изложении материала. Ответы на дополнительные вопросы затруднительны.
Оценка «Неудовлетворительно»:
оформление презентации не соответствует заявленным требованиям. Работа характеризуется отсутствием единого стиля. Обучающийся представляет разрозненные сведения, которые слабо коррелируют с заявленной темой исследования, текст доклада зачитывается, обучающимся часто допускаются ошибки в изложении материала, допускаются ошибки в использовании научной и профессиональной терминологии. Ответы на дополнительные вопросы обучающийся не дает.

5. Организация самостоятельной работы обучающего при подготовке к текущей, промежуточной аттестациям

Текущий контроль осуществляется систематически с целью установления уровня овладения заявленными в рабочей программе дисциплины/практики компетенциями при изучении. В течение года в соответствии с программой дисциплины проводятся текущие аттестации. Форма проведения текущей аттестации (письменное / устное собеседование, тестирование, решение ситуационных задач, защита реферата) определяется руководителем курса и доводится до обучающихся. Вопросы по текущей аттестации доводятся до сведения обучающихся не позднее 3 дней до проведения аттестации.
Подготовка к промежуточной аттестации предполагает систематизацию обучающимся усвоенных в ходе обучения по дисциплинам профессиональных знаний и умений. Программа промежуточной аттестации экзамена имеет обобщающий характер и ориентирует обучающегося в процессе подготовки к нему на актуализацию знаний, умений и навыков, отражающих наиболее существенные компоненты содержания дисциплин, закрепление в профессиональном сознании комплексного и целостного знания.
Подготовка к промежуточной аттестации является формой самостоятельной работы обучающегося. Ее эффективной организации будут способствовать рекомендованные перечни основной и дополнительной литературы, информационных и электронно-образовательных ресурсов, а также список вопросов, которые составляют основу для итогового анализа профессиональной компетентности обучающегося и оценки ее соответствия требованиям ФГОС по компетенциям, закрепленным за дисциплинами. Ориентируясь в перечнях основной и дополнительной литературы, обучающийся может выбрать из них как основополагающие источники, так и те, которые позволят углубить и расширить знания по актуальным проблемам специальностей, систематизировать их и отразить в комплексе.
В ходе подготовки к промежуточной аттестации рекомендуется составлять развернутый план ответа на вопрос программы экзамена, что обеспечит логическую последовательность изложения материала. Продумывая структуру ответа, необходимо: во-первых, уделить внимание раскрытию теоретической сущности явления или понятий, обозначенных в контрольно-измерительном материале, во-вторых, осветить содержание и закономерности рассматриваемых явлений, отразить состояние их изученности в современной медицине. Обучающийся должен продемонстрировать на промежуточной аттестации владение категориальным аппаратом дисциплин, показать умение использовать знания, полученные при изучении дисциплин для анализа современных тенденций в медицине, применять их для решения профессиональных задач врачей по специальностям.
В ходе подготовки к промежуточной аттестации обучающемуся рекомендуется использовать весь набор методов и средств современных информационных технологий для изучения содержания отечественной и зарубежной литературы по дисциплине, анализа и оценки ее текущего состояния и перспектив развития.

При подготовке к промежуточной аттестации рекомендуется активно применять следующие образовательные и профессионально-ориентированные технологии:
– информационные технологии – компьютерные технологии, в том числе доступ в Интернет (для получения учебной и учебно-методической информации, представленной в научных электронных журналах и на сайтах библиотек);
– информационно-коммуникационные технологии.
Оценка знаний, умений и навыков, характеризующая этапы формирования компетенций в рамках изучения дисциплины осуществляется в ходе текущей и промежуточной аттестаций.
Форма проведения текущей/ промежуточной аттестации определяется рабочей программой дисциплины. Оценивание компетенций, вынесенных на промежуточную аттестацию в форме экзамена, осуществляется по четырехбалльной шкале:
оценка «отлично» - 5 баллов
оценка «хорошо» - 4 балла
оценка «удовлетворительно» - 3 балла
оценка «неудовлетворительно» - 2 балла.
При сдаче промежуточной аттестации в форме зачета:
«зачтено» - 3-5 баллов или «не зачтено» - 2 балла.

6. Методические материалы по самостоятельной работе обучающегося при прохождении производственной(клинической) практики

Производственная (клиническая) практика составлена по модулям – дисциплинам и проводится в форме контактной и самостоятельной работы обучающегося.
Контактная работа предусматривает работу руководителя практики с обучающимся в форме индивидуальных/групповых консультаций.
К самостоятельной работе по практикам относятся следующие виды работ обучающегося:
- ознакомление с нормативно-правовым обеспечением практик, включая программы практик;
- изучение законодательной и нормативно-правовой обеспеченности профессиональной деятельности в сфере обращения лекарственных средств в предметной области практики;
- выполнение заданий, заполнение отчета о прохождении практики;
- подготовка к промежуточной аттестации по итогам практики.
По окончании практики обучающийся оформляет отчёт. Материал для составления отчета собирается и накапливается с первого дня практики. Отчет должен содержать самоанализ выполненной работы обучающимся.
Во время прохождения практики необходимо выполнение следующих условий:
- Явиться на установочное собрание, проводимое руководителем практики и получить пакет документов в учебно-методическом отделе.
- В первый день практики прийти на базу к 8 часам утра, и представиться общему руководителю.
- Быть одетым строго по форме и следить за ее чистотой. Иметь сменную обувь.
- Работать строго по графику. Пропущенные дни, даже по уважительной причине, отрабатываются в дополнительное время.
- Ознакомиться с документацией структурных подразделений (поликлиника, стационар, приемный покой, в отделениях - процедурные кабинеты, пост и т.д.).
- Активно участвовать в общественной жизни структурных подразделений, а также в санитарно-просветительной работе.
- Бережно относиться к имуществу лечебно-профилактических учреждений.
- Быть дисциплинированными, спокойными и вежливыми в обращении с товарищами по работе, с больными и их родственниками, в отделениях соблюдать тишину и порядок.

- Ежедневно и аккуратно вести отчет, заполнять листы обязательных манипуляций. Критерии оценки промежуточной аттестации по производственной (клинической) практике представлены в Таблице 6.

Таблица 6 – Критерии оценки промежуточной аттестации по производственной практике

Критерии оценки	Шкала оценок
Обучающийся предоставил оформленный соответствующим образом, отчет и отзыв с положительной характеристикой руководителя практики; продемонстрировал систематические знания по контролируемым компетенциям; владеет способностью и готовностью применять знания, умения и навыки для решения профессиональных задач на практике; в ответе присутствует четкая структура, логическая последовательность, современная профессиональная терминология; ответ обоснован нормативной документацией и конкретными примерами из производственной практики.	Зачтено
Обучающийся предоставил неполный перечень отчетной документации; демонстрирует полное отсутствие или фрагментарные знания, умения и навыки по контролируемой компетенции и неспособность применять их на практике для решения профессиональных задач; не в состоянии обосновать свой ответ нормативной документацией и примерами из производственной практики; дополнительные и уточняющие вопросы преподавателя не приводят к коррекции ответа	Не зачтено

МИНИСТЕРСТВО НАУКИ И ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
Федеральное государственное бюджетное образовательное
учреждение высшего образования
«ЧЕЧЕНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ УНИВЕРСИТЕТ ИМ. А.А.КАДЫРОВА»

МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ
Кафедра гуманитарных, естественнонаучных и социальных дисциплин

МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ИЗУЧЕНИЮ УЧЕБНОЙ ДИСЦИПЛИНЫ

«Иностранный (английский) язык»

Направление подготовки (специальности)	Лечебное дело
Код направления подготовки (специальности)	31.05.01
Квалификация выпускника	Врач-лечебник
Форма обучения	Очная

Грозный

Межидова М.Р. Методические рекомендации по изучению учебной дисциплины «Иностранный (английский) язык» / Сост. Межидова М.Р., – Грозный: ФГБОУ ВО «Чеченский государственный университет им. А.А. Кадырова».

© Межидова М.Р.

© ФГБОУ ВО «Чеченский государственный университет им. А.А. Кадырова».

СОДЕРЖАНИЕ

1. Общие положения..... 4

2. Методические рекомендации по изучению дисциплины в процессе аудиторных занятий.... 4

2.1. Рекомендации по подготовке к практическим (семинарским) занятиям..... 4

3. Методические рекомендации по выполнению различных форм самостоятельных заданий 4

3.1. Методические рекомендации по работе с литературой 4

1. Общие положения

Методические указания по освоению дисциплины «Иностранный (английский) язык» адресованы студентам очной формы обучения.

Учебным планом по направлениям подготовки предусмотрены следующие виды занятий:

- практические занятия;

2. Методические рекомендации по изучению дисциплины в процессе аудиторных занятий.

2.1. Рекомендации по подготовке к практическим (семинарским) занятиям

Студентам следует:

- ознакомиться с заданием к занятию; определить примерный объем работы по подготовке к ним; выделить вопросы и задачи, ответы на которые или выполнение и решение без предварительной подготовки не представляется возможным;
- иметь в виду и то, что в библиотеке учебного заведения не всегда имеются в наличии все рекомендованные источники, их необходимо найти заранее.
- приносить с собой рекомендованную преподавателем литературу к конкретному занятию;
- до очередного практического занятия по рекомендованным литературным источникам проработать теоретический материал, соответствующей темы занятия;
- пользоваться техническими средствами обучения и дидактическими материалами, которыми располагает учебное заведение.
- при подготовке к практическим занятиям следует обязательно использовать не только лекции, учебную литературу, но и нормативно-правовые акты и материалы правоприменительной практики;
- теоретический материал следует соотносить с правовыми нормами, так как в них могут быть внесены изменения, дополнения, которые не всегда отражены в учебной литературе;
- при ответах на вопросы и решения задач необходимо внимательно прочитать их текст и попытаться дать аргументированное объяснение с обязательной ссылкой на соответствующую правовую норму;
- в начале занятий задать преподавателю вопросы по материалу, вызвавшему затруднения в его понимании и освоении при решении задач, заданных для самостоятельного решения;
- по ходу семинара давать конкретные, четкие ответы по существу вопросов. Структура ответов может быть различной: либо вначале делается вывод, а затем приводятся аргументы, либо дается развернутая аргументация принятого решения, на основании которой предлагается ответ. Возможны и несколько вариантов ответов, которые должны быть обоснованны.
- на занятии доводить каждую задачу до окончательного решения, демонстрировать понимание проведенного анализа проблемной ситуации, в случае затруднений обращаться к преподавателю.

Студентам, пропустившим занятия (независимо от причин), не имеющие письменного решения задач или не подготовившиеся к данному практическому занятию, рекомендуется не позже чем в 2-недельный срок явиться на консультацию к преподавателю и отчитаться по теме, изучавшейся на занятии. Студенты, не отчитавшиеся по каждой не проработанной ими на занятиях теме к началу зачетной сессии, упускают возможность получить положенные баллы за работу в соответствующем семестре.

3. Методические рекомендации по выполнению различных форм самостоятельных заданий

Самостоятельная работа студентов включает в себя выполнение различного рода заданий, которые ориентированы на более глубокое усвоение материала изучаемой дисциплины. По каждой теме учебной дисциплины студентам предлагается перечень заданий для самостоятельной работы.

К выполнению заданий для самостоятельной работы предъявляются следующие требования: задания должны исполняться самостоятельно и представляться в установленный срок, а также соответствовать установленным требованиям по оформлению.

Студентам следует:

- руководствоваться графиком самостоятельной работы, определенным рабочей программой дисциплины;
- выполнять все плановые задания, выдаваемые преподавателем для самостоятельного выполнения, и разбирать на семинарах и консультациях неясные вопросы;
- использовать при подготовке нормативные документы университета.

3.1. Методические рекомендации по работе с литературой.

Любая форма самостоятельной работы студента (подготовка к семинарскому занятию, написание эссе, курсовой работы, доклада и т.п.) начинается с изучения соответствующей литературы.

К каждой теме учебной дисциплины подобрана основная и дополнительная литература, которая указана в соответствующем разделе рабочей программы.

Основная литература - это учебники и учебные пособия.
Дополнительная литература - это монографии, сборники научных трудов, журнальные и газетные статьи, различные справочники, энциклопедии, интернет ресурсы.
Рекомендации студенту:
выбранную монографию или статью целесообразно внимательно просмотреть. В книгах следует ознакомиться с оглавлением и научно-справочным аппаратом, прочитать аннотацию и предисловие. Целесообразно ее пролистать, рассмотреть иллюстрации, таблицы, диаграммы, приложения. Такое поверхностное ознакомление позволит узнать, какие главы следует читать внимательно, а какие прочитать быстро;
- в книге или журнале, принадлежащие самому студенту, ключевые позиции можно выделять маркером или делать пометки на полях. При работе с Интернет -источником целесообразно также выделять важную информацию;
- если книга или журнал не являются собственностью студента, то целесообразно записывать номера страниц, которые привлекли внимание. Позже следует возвратиться к ним, перечитать или переписать нужную информацию. Физическое действие по записыванию помогает прочно заложить данную информацию в «банк памяти».
Выделяются следующие виды записей при работе с литературой:
Конспект - краткая схематическая запись основного содержания научной работы. Целью является не переписывание произведения, а выявление его логики, системы доказательств, основных выводов. Хороший конспект должен сочетать полноту изложения с краткостью.
Цитата - точное воспроизведение текста. Заключается в кавычки. Точно указывается страница источника.
Тезисы - концентрированное изложение основных положений прочитанного материала.
Аннотация - очень краткое изложение содержания прочитанной работы. Резюме - наиболее общие выводы и положения работы, ее концептуальные итоги.
Записи в той или иной форме не только способствуют пониманию и усвоению изучаемого материала, но и помогают вырабатывать навыки ясного изложения в письменной форме тех или иных теоретических вопросов.

МИНИСТЕРСТВО НАУКИ И ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования
«Чеченский государственный университет
имени Ахмата Абдулхамидовича Кадырова»

МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ
Кафедра поликлинической терапии

МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ИЗУЧЕНИЮ УЧЕБНОЙ ДИСЦИПЛИНЫ «Инфекционные болезни»

Код направления подготовки (специальности)	31.05.01
Направление подготовки (специальности)	Лечебное дело
Квалификация выпускника	Врач- лечебник
Форма обучения	Очная

Грозный

СОДЕРЖАНИЕ

1. Методические основы по организации самостоятельной работы обучающихся.
2. Методические рекомендации для организации и проведения практических занятий.
3. Методические рекомендации по выполнению рефератов.
4. Методические рекомендации по подготовке и созданию презентаций.
5. Организация самостоятельной работы обучающихся при подготовке к текущей, промежуточной аттестациям.
6. Методические материалы по самостоятельной работе обучающегося при прохождении производственной практики

1. Методические основы по организации самостоятельной работы обучающихся

Самостоятельная работа по дисциплинам является обязательным элементом федеральных государственных образовательных стандартов по программам высшего образования.

Самостоятельная работа обучающегося – организационная форма обучения - система педагогических условий, обеспечивающих управление учебной деятельностью обучающихся по освоению знаний и умений в учебной и научной деятельности без посторонней помощи.

Самостоятельная работа обучающихся является специфическим педагогическим средством организации и сопровождения самостоятельной деятельности обучающихся в учебном процессе.

Цели

К целям самостоятельной работы относится:

— формирование способностей у обучающегося к саморазвитию, самосовершенствованию и самореализации;

— развитие исследовательских умений.

— фиксирование и систематизирование полученных теоретических познаний и практического опыта; формирование умений использовать научную, правовую, справочную и специальную литературу;

— развитие познавательных способностей и инициативности обучающихся, ответственность, организованность, стремление к саморазвитию; формирование умения правильно пользоваться полученным ранее материалом, собранным в процессе самостоятельного наблюдения, выполнения заданий различного характера.

Формы самостоятельной работы

При обучении используются следующие виды и формы самостоятельной работы:

— подготовка к практическим занятиям;

— подготовка и написание рефератов; - подготовка докладов на заданные темы рефератов, либо выбранные по заданному направлению;

— изучение и систематизация нормативно-правовых документов, регламентирующих деятельность в сфере обращения лекарственных средств в части организационно-управленческих вопросов с использованием информационно-справочных систем «Консультант Плюс», «Консультант врача», компьютерной сети «Интернет»;

— изучение учебной, научной и методической литературы, материалов периодической литературы с использованием электронных библиотечных систем, официальных статистических данных, научной периодики; - создание презентации;

— подготовка к устному опросу, к дискуссии;

— тестирование;

— решение ситуационных задач;

— подготовка к текущей, промежуточной аттестации и т.д.

Контроль результатов внеаудиторной самостоятельной работы преподаватель осуществляет в начале каждого семинарского/практического занятия.

Контроль результатов аудиторной самостоятельной работы осуществляется в пределах времени, отведенного на практические занятия по дисциплине. В зависимости от сложности познавательной деятельности при изучении дисциплин используется три уровня самостоятельной работы:

— репродуктивная самостоятельная работа, которая включает изучение основной и дополнительной рекомендованной литературы, изучение методических рекомендаций к занятию, решение типовых задач, ситуаций;

— реконструктивная самостоятельная работа включает в себя подготовку к презентациям, сообщениям по заданной теме, решение профессиональных задач, моделирование профессиональной деятельности;

— творческая самостоятельная работа включает анализ, обобщение и систематизацию научных и нормативно-правовых документов, самостоятельное составление ситуаций, задач, проектов, составление выступлений по проблемам профессиональной деятельности.
Контроль результатов внеаудиторной самостоятельной работы преподаватель осуществляет на семинарском/практическом занятии.
Самостоятельная работа начинается с изучения рабочей программы дисциплины, отражена в рабочих программах дисциплин.
Для конспектирования лекционного материала, а также выполнения семинарских/практических работ требуются рабочие тетради.
Самостоятельная работа обучающегося подразделяется на аудиторную и внеаудиторную самостоятельную работу
Аудиторная самостоятельная работа по дисциплинам выполняется на учебных занятиях (семинарские или практические) под непосредственным руководством преподавателя и по его заданию.
Основными видами аудиторной самостоятельной работы являются:
— выполнение практических работ;
— работа с нормативно-правовыми документами в области обращения лекарственных средств;
— решение ситуационных/симуляционных задач;
— презентация результатов научно-исследовательской работы по заданным темам
Выполнение практических работ осуществляется на семинарских/практических занятиях в соответствии с графиком учебного процесса и расписанием занятий.
Работа с основной, дополнительной литературой, эмпирическими и статистическими данными, как правило, основана на изучении документов и данных, их обобщении и представлении.
Решение ситуационных задач используется на семинарских/практических занятиях. Проблемная/ситуационная задача должна иметь четкую формулировку, к ней должны быть поставлены вопросы, ответы на которые необходимо найти и обосновать.
Критерии для оценки каждого вида аудиторной самостоятельной работы обучающегося разрабатываются преподавателем для конкретной дисциплины /цикла из предложенного перечня критериев оценки результатов аудиторной самостоятельной работы:
— уровень освоения учебного материала;
— умение использовать теоретические знания при выполнении лабораторных, практических, ситуационных, симуляционных задач;
— сформированность заявленных умений по теме аудиторного занятия;
— обоснованность и четкость изложения ответов;
— оформление материала в соответствии с требованиями, заявленными в задании;
— уровень самостоятельности обучающегося при выполнении аудиторной самостоятельной работы.
Внеаудиторная самостоятельная работа является элементом каждой темы дисциплин.
Планирование времени, необходимого на внеаудиторное самостоятельное изучение дисциплин, обучающие должны осуществлять весь семестр, предусматривая при этом регулярное повторение материала.
Материал, законспектированный на лекциях, необходимо регулярно прорабатывать и дополнять сведениями из других источников литературы, представленных не только в программах дисциплин, но и в периодических профильных научных изданиях, материалах конференций.
При изучении дисциплин сначала необходимо по каждой теме прочитать рекомендованную литературу и составить краткий конспект основных положений, терминов, сведений, требующих запоминания и являющихся основополагающими в этой теме для освоения последующих тем курса. Для расширения знания по дисциплине

рекомендуется использовать Интернет-ресурсы; проводить поиски в различных системах и использовать материалы сайтов, рекомендованных преподавателем.
При выполнении самостоятельной работы по написанию реферата необходимо: прочитать теоретический материал в рекомендованной литературе, периодических изданиях, на Интернет-сайтах; творчески переработать изученный материал и представить его для отчета в форме реферата, проиллюстрировав схемами, диаграммами, фотографиями и рисунками.
Тексты докладов и рефератов должны быть изложены внятно, простым и ясным языком.
Для обеспечения внеаудиторной самостоятельной работы по каждой теме дисциплин/блоку разработаны:
а) перечень основной и дополнительной литературы;
б) вопросы для самоконтроля.
При выполнении внеаудиторной самостоятельной работы обучающийся имеет право обращаться к преподавателю за консультацией с целью уточнения задания, формы контроля выполненного задания.
Контроль результатов внеаудиторной самостоятельной работы отражается в индивидуальном плане после выполнения внеаудиторной самостоятельной работы.
Критерии оценки внеаудиторной работы формируются преподавателем самостоятельно для каждого вида работы. Основными критериями оценки внеаудиторной работы обучающегося выступают:
- уровень освоения материала;
- уровень умения использовать теоретические знания при выполнении заданий, решении ситуационных задач;
- обоснованность и четкость изложения ответов,
- результаты тестирования по шкале оценок;
- уровень умения использовать электронные образовательные ресурсы;
- умение четко формулировать проблему, предложив ее решение, критическая оценка последствий решения;
- уровень умения сформулировать собственную позицию и аргументировать ее.

Качество выполнения внеаудиторной самостоятельной работы оценивается посредством текущего контроля самостоятельной работы обучающегося. Текущий контроль представляет собой форму планомерного контроля качества и объема осваиваемых компетенций в процессе изучения конкретной дисциплины, проводится на семинарских/практических занятиях и во время индивидуальной работы преподавателя с обучающимися.

Шкала оценивания внеаудиторной самостоятельной работы:
Зачтено – задание выполнено полно и правильно, изложено в правильных нормативных формулировках с использованием точного понятийного аппарата, с использованием рекомендованных источников литературы, продемонстрировано умение формулировать проблему, предложены пути ее решения, проведена критическая оценка последствий такого решения, а также умение формулировать собственную позицию и аргументировать ее.
Не зачтено – обучающийся не выполнил задание либо выполнил не в полном объеме, демонстрирует несформированность понятийного аппарата по теме, отсутствие умения формулировать проблему, обобщать материал, не может аргументировать свой ответ.

2. Методические рекомендации для организации и проведения практических занятий

Практическое занятие - вид учебных занятий, при котором в результате предварительной работы над учебным материалом преподавателя и студента, в обстановке их контактной работы в аудитории решаются задачи познавательного и воспитательного характера.
Цель такой формы обучения – углубленное изучение дисциплины, закрепление полученного теоретического материала в форме внеаудиторной самостоятельной работы, овладение методологией научного познания и формирования базовых умений. Немаловажным преимуществом практических занятий является и формирование навыков профессиональной дискуссии.
Задачи практических занятий:
- мотивация к регулярному изучению теоретического учебного материала, основной, дополнительной литературы;
- закрепление теоретических знаний, полученных при прослушивании лекций и во время внеаудиторной самостоятельной работы;
- получение навыков устного и публичного выступления по теоретическим вопросам, включая навыки по свободному оперированию организационными и управленческими понятиями и категориями;
- формирование навыков по универсальным и профессиональным компетенциям;
- возможность преподавателю систематически контролировать как самостоятельную работу студента, так и свою работу.

Практические занятия проводятся по плану.
Каждая тема практического занятия, как правило, включает: цель занятия, перечень основных и дополнительных источников литературы, вопросы к устному обсуждению на занятии, ситуационные задачи и перечень заданий, которые обучающиеся самостоятельно должны решить на практическом занятии.
Каждое практическое занятие посвящено, как правило, изучению нескольких компетенций и включает три основных этапа.
Первый этап - устный опрос по заранее сформулированным вопросам либо представление докладов/презентаций, подготовленных в рамках внеаудиторной самостоятельной работы по заранее сформулированным требованиям. Важнейшей частью этапа, является обсуждение представленных докладов/презентаций. Цель преподавателя – организовать обмен мнениями, дискуссию в группе, скорректировать уровень подготовленности студентов.
Одним из возможных элементов первого этапа является решение ситуационных задач, которые максимально приближены к профессиональной деятельности.
Требования к ответам обучающихся – самостоятельность в подборе фактического материала и аналитическом отношении к нему, умение рассматривать примеры и факты во взаимосвязи и взаимообусловленности, отбирать наиболее существенные из них.
Для оценивания первого (теоретического) этапа занятия используются знания, умения, владения, которые заявлены на каждое занятие:
1) знание учебного материала и владение понятийным аппаратом по теме занятия;
2) умение связывать теорию с практикой;
3) умение иллюстрировать ответ примерами, фактами, данными научных исследований;
4) умение применять теоретические знания при решении ситуационных задач.

Второй этап – аудиторное самостоятельное выполнение семинарских /практических заданий, которые обучающийся выполняет индивидуально либо в группе, если такое предусмотрено заданием.
В процессе выполнения самостоятельной аудиторной работы обучающийся имеет право на получение индивидуальных консультаций у преподавателя.
По окончании выполнения аудиторной самостоятельной работы обучающийся сдает отчет о выполнении самостоятельных лабораторных заданий преподавателю, который оценивается по шкале «зачет/незачет».
Критерии оценивания практического занятия осуществляются по следующим критериям:

1. своевременное выполнение внеаудиторной самостоятельной работы по изучаемой теме;
2. демонстрируемый обучающимся уровень усвоения заявленной к освоению компетенции (знания, умения, навыки);
— хорошее знание и уверенное владение на занятии теоретическим содержанием учебного материала;
— адекватное применение теоретического материала к решению ситуационных задач, заданий для аудиторной самостоятельной работы;
— умение аргументировать свои решения, развернуто отвечать на дополнительные вопросы преподавателя.
3. Соблюдение организационных и дисциплинарных требований, предъявляемых к обучающемуся на семинарских/практических занятиях: аккуратный внешний вид, соблюдение дисциплины на занятиях, полнота и своевременность представления выполненных заданий в полном объеме (не позднее даты окончания занятия и в полном соответствии с предъявляемыми к их содержанию и качеству оформления).
Третий этап – заключительный. Преподаватель дает общую оценку уровня подготовленности обучаемых к практическим занятиям, характеризует активность каждого обучающегося на занятии и озвучивает оценки каждому обучающемуся с их обоснованием.

Шкала оценивания осуществляется по четырехбалльной шкале (таблица 2)

Критерии оценивания лабораторного/практического занятия	Шкала оценок
Полное соответствие работы обучающегося требованиям. Обучающийся демонстрирует уверенные знания, способен творчески решать поставленные задачи, самостоятельно демонстрирует умения, обладает некоторыми навыками. Обучающийся успешно выполнил внеаудиторную самостоятельную работу, демонстрирует глубокое теоретическое знание по изучаемой теме, умение его применять на практике (в установленный срок сдал протоколы занятия/представил и защитил доклады/презентации и др.).	Отлично
Работа обучающегося содержит неполное соответствие требованиям. Обучающийся демонстрирует хорошее знание материала, способен творчески решать поставленные задачи, демонстрирует базовые умения. Обучающийся выполнил внеаудиторную самостоятельную работу, продемонстрировал знание учебного материала, содержатся отдельные пробелы в умении применить полученные теоретические знании к решению ситуационных задач .	Хорошо
Работа обучающегося содержит неполное соответствие требованиям. Обучающийся демонстрирует знание базового материала, способен решать поставленные задачи под руководством преподавателя, освоил базовые умения. Успешно выполнил внеаудиторную самостоятельную работу, продемонстрировал знание учебного материала, но затрудняется интерпретировать его практически.	Удовлетвори тельно
Работа не соответствует требованиям.	Неудовлетво рительно

3. Методические рекомендации по организации и выполнению рефератов
Реферат предусматривает углубленное изучение дисциплины, способствует развитию навыков самостоятельной работы с литературными источниками.
Реферат – краткое изложение в письменном виде содержания научного труда по предоставленной теме. Это самостоятельная научноисследовательская работа, где

обучающийся раскрывает суть исследуемой проблемы с элементами анализа по теме реферата. Приводит различные точки зрения, а также собственные взгляды на проблемы темы реферата.
Содержание реферата должно быть логичным, изложение материала носить проблемно-тематический характер.
Объем реферата может колебаться в пределах 15-20 печатных страниц.
Основные разделы: оглавление (план), введение, основное содержание, заключение, список литературы.
Текст реферата должен содержать следующие разделы:
— титульный лист реферата (приложение 2);
— ведение, актуальность темы.
— основной раздел.
— заключение
— список литературных источников
Список литературных источников- библиографическое описание используемых источников литературы, в том числе и интернет-источников, оформленное по ГОСТ 7.1 – 2003; 7.80 – 2000; должен иметь не менее 10 библиографических названий, включая сетевые ресурсы.
Текстовая часть реферата оформляется на листе следующего формата:
— отступ сверху – 2 см;
— отступ слева – 3 см;
— отступ справа – 1,5 см;
— отступ снизу – 2,5 см;
— шрифт текста: Times New Roman, высота шрифта – 14, пробел – 1,5;
— нумерация страниц – снизу листа. На первой странице номер не ставится.
Реферат должен быть выполнен грамотно с соблюдением культуры изложения. Обязательно должны иметься ссылки на используемую литературу, включая периодическую литературу за последние 5 лет.
Критерии оценки реферата:
— актуальность темы исследования;
— соответствие содержания теме;
— глубина проработки материала;
— правильность и полнота разработки темы;
— значимость выводов для дальнейшей практической деятельности;
— правильность и полнота использования литературы;
— соответствие оформления реферата стандарту;
— качество сообщения и ответов на вопросы при защите реферата.
Практическое занятие по защите рефератов может проводиться в качестве «круглого стола» в форме представления докладов, посвященных теме занятия, по следующим этапам:
Этап 1. Каждый обучающийся представляет собственный доклад (обязательно использование презентации) по выбранной теме. Доклад 5-7 минут. Обсуждение доклада, вопросы – 2-3 минуты.
Этап 2. Оценка докладов и презентаций, представленных в группе (таблица 3).

Таблица 3 - Шкала оценки докладов на практическом занятии

Критерии оценки	Шкала оценок
1. Доклад четко выстроен, сопровождается презентацией, отражающей проблематику доклада, имеет четкие выводы, полностью характеризующие работу. Автор отлично ориентируется в материале и	Отлично

отвечает на все вопросы, владеет специальной терминологией. 2. Обучающийся активно участвует в обсуждении докладов других обучающихся из группы	
1. Доклад структурирован, презентация не отражает в полной мере содержание доклада, допущены неточности, выводы нечеткие. Автор затрудняется ответить на вопросы, слабо использует специальную терминологию. 2. Обучающийся участвует в обсуждении докладов других обучающихся из группы	Хорошо
1. Доклад структурирован, содержание не полностью раскрывает цель доклада, отсутствует презентация. 2. Обучающийся пассивен при обсуждении докладов других обучающихся из группы	Удовлетвори тельно
1. Доклад не структурирован/отсутствует, презентация отсутствует. Автор не владеет материалом. 2. Обучающийся не участвует в обсуждении докладов.	Неудовлетво рительно

4. Методические рекомендации по подготовке и созданию презентаций

Создание материалов-презентаций — это вид самостоятельной работы обучающихся по созданию наглядных информационных пособий, выполненных с помощью мультимедийной компьютерной программы PowerPoint.

Этот вид работы требует координации навыков обучающегося по сбору, систематизации, переработке информации, оформления ее в виде подборки материалов, кратко отражающих основные вопросы изучаемой темы, в электронном виде. Создание презентаций расширяет методы и средства обработки и представления учебной информации, формирует у обучающихся навыки работы на компьютере.

Презентации готовятся обучающимся в виде слайдов с использованием программы Microsoft PowerPoint.

Обучающийся при подготовке презентации должен выполнить следующий комплекс взаимосвязанных видов самостоятельной работы:

— изучить материалы темы, выделяя главное и второстепенное;

— установить логическую связь между элементами темы;

— представить характеристику элементов в краткой форме;

— выбрать опорные сигналы для акцентирования главной информации и отобразить в структуре работы;

— оформить презентацию в соответствии с рекомендациями (таблица 4), разместить ее в электронной образованной среде университета, к установленному сроку либо представить на практическое/лабораторное занятие.

Таблица 4 - Методические рекомендации по оформлению презентации

Критерии оценки	Шкала оценок
1. Стиль	1.1 Соблюдайте единый стиль оформления. 1.2 Избегайте стилей, которые будут отвлекать от самой презентации. 1.3 Вспомогательная информация не должны преобладать над основной информацией (текст, рисунки).
2. Фон	Для фона предпочтительнее использовать более холодные тона (синий или зеленый).
3. Использование цвета	3.1 На одном слайде рекомендуется использовать не более трех цветов: один для фона, один для заголовков, один для текста. для фона и текста используйте контрастные цвета. 3.2. Обратите особое внимание на цвет гиперссылок (до и после

	использования).
4 Текст/ представление информации	4.1 Используйте короткие слова и предложения. 4.2. Минимизируйте количество предлогов, наречий, прилагательных. 4.3.Заголовки должны привлекать внимание аудитории. 4.4 Предпочтительно горизонтальное расположение информации. 4.5 Наиболее важная информация должна располагаться в центре экрана. Если на слайде располагается картинка, надпись должна располагаться под ней. 4.6 Наибольшая эффективность достигается тогда, когда ключевые пункты отображаются по одному на каждом отдельном слайде.
5.Шрифты	5.1 Для заголовков не менее 24 5.2 Для информации- не менее 18. 5.3Шрифты без засечек легче читать с большого расстояния. 5.4.Нельзя смешивать разные типы шрифтов в одном тексте 5.5.Для выделения информации следует использовать жирный шрифт, курсив или подчеркивание. 5.6 Нельзя злоупотреблять прописными буквами (они читаются хуже строчных букв).
6.Анимационные эффекты	Возможности компьютерной анимации для оформления презентации необходимо использовать умерено, они не должны отвлекать внимание от содержания информации на слайде.

Критерии оценивания презентаций:

— соответствие содержания теме;

— правильная структурированность информации;

— наличие логической связи изложенной информации;

— эстетичность оформления, его соответствие требованиям;

— презентация выполнена и представлена в срок.

Шкала оценивания презентаций разрабатывается преподавателем и доводится до сведения обучающихся вместе с заданием.

Оценка «Отлично»:

презентация отличается целостностью, логичностью и оригинальностью. Оформление логично, эстетично, не противоречит содержанию доклада. Информация структурирована. Иллюстрации презентации соответствуют содержанию, дополняют информацию о раскрываемой проблеме. Текст доклада, сопровождающего презентацию, излагается обучающимся самостоятельно, с незначительной опорой на печатный текст. Ответы на вопросы преподавателя и аудитории четкие, аргументированные, сопровождаются ссылкой на факты и примеры.

Оценка «Хорошо»:

презентация характеризуется целостностью, логической завершенностью, с незначительными недочетами в логике изложения материала. Оформление эстетично, логично, структурировано. Текст доклада излагается с преимущественной опорой на текст. Ответы на дополнительные и уточняющие вопросы не вносят ясности, преимущественно повторяют содержание презентации.

Оценка «Удовлетворительно»:

презентация характеризуется отсутствием единого стиля в оформлении, ввиду чего информация тяжело воспринимается аудиторией. Сведения, излагаемые обучающимся разрозненные, плохо структурированы и аргументированы. Текст доклада

преимущественно зачитывается, обучающимся допускаются неточности и ошибки в изложении материала. Ответы на дополнительные вопросы затруднительны.
Оценка «Неудовлетворительно»:
оформление презентации не соответствует заявленным требованиям. Работа характеризуется отсутствием единого стиля. Обучающийся представляет разрозненные сведения, которые слабо коррелируют с заявленной темой исследования, текст доклада зачитывается, обучающимся часто допускаются ошибки в изложении материала, допускаются ошибки в использовании научной и профессиональной терминологии. Ответы на дополнительные вопросы обучающийся не дает.

5. Организация самостоятельной работы обучающего при подготовке к текущей, промежуточной аттестациям

Текущий контроль осуществляется систематически с целью установления уровня овладения заявленными в рабочей программе дисциплины/практики компетенциями при изучении. В течение года в соответствии с программой дисциплины проводятся текущие аттестации. Форма проведения текущей аттестации (письменное / устное собеседование, тестирование, решение ситуационных задач, защита реферата) определяется руководителем курса и доводится до обучающихся. Вопросы по текущей аттестации доводятся до сведения обучающихся не позднее 3 дней до проведения аттестации.
Подготовка к промежуточной аттестации предполагает систематизацию обучающимся усвоенных в ходе обучения по дисциплинам профессиональных знаний и умений. Программа промежуточной аттестации экзамена имеет обобщающий характер и ориентирует обучающегося в процессе подготовки к нему на актуализацию знаний, умений и навыков, отражающих наиболее существенные компоненты содержания дисциплин, закрепление в профессиональном сознании комплексного и целостного знания.
Подготовка к промежуточной аттестации является формой самостоятельной работы обучающегося. Ее эффективной организации будут способствовать рекомендованные перечни основной и дополнительной литературы, информационных и электронно-образовательных ресурсов, а также список вопросов, которые составляют основу для итогового анализа профессиональной компетентности обучающегося и оценки ее соответствия требованиям ФГОС по компетенциям, закрепленным за дисциплинами. Ориентируясь в перечнях основной и дополнительной литературы, обучающийся может выбрать из них как основополагающие источники, так и те, которые позволят углубить и расширить знания по актуальным проблемам специальностей, систематизировать их и отразить в комплексе.
В ходе подготовки к промежуточной аттестации рекомендуется составлять развернутый план ответа на вопрос программы экзамена, что обеспечит логическую последовательность изложения материала. Продумывая структуру ответа, необходимо: во-первых, уделить внимание раскрытию теоретической сущности явления или понятий, обозначенных в контрольно-измерительном материале, во-вторых, осветить содержание и закономерности рассматриваемых явлений, отразить состояние их изученности в современной медицине. Обучающийся должен продемонстрировать на промежуточной аттестации владение категориальным аппаратом дисциплин, показать умение использовать знания, полученные при изучении дисциплин для анализа современных тенденций в медицине, применять их для решения профессиональных задач врачей по специальностям.
В ходе подготовки к промежуточной аттестации обучающемуся рекомендуется использовать весь набор методов и средств современных информационных технологий для изучения содержания отечественной и зарубежной литературы по дисциплине, анализа и оценки ее текущего состояния и перспектив развития.

При подготовке к промежуточной аттестации рекомендуется активно применять следующие образовательные и профессионально-ориентированные технологии:
– информационные технологии – компьютерные технологии, в том числе доступ в Интернет (для получения учебной и учебно-методической информации, представленной в научных электронных журналах и на сайтах библиотек);
– информационно-коммуникационные технологии.
Оценка знаний, умений и навыков, характеризующая этапы формирования компетенций в рамках изучения дисциплины осуществляется в ходе текущей и промежуточной аттестаций.
Форма проведения текущей/ промежуточной аттестации определяется рабочей программой дисциплины. Оценивание компетенций, вынесенных на промежуточную аттестацию в форме экзамена, осуществляется по четырехбалльной шкале:
оценка «отлично» - 5 баллов
оценка «хорошо» - 4 балла
оценка «удовлетворительно» - 3 балла
оценка «неудовлетворительно» - 2 балла.
При сдаче промежуточной аттестации в форме зачета:
«зачтено» - 3-5 баллов или «не зачтено» - 2 балла.

6. Методические материалы по самостоятельной работе обучающегося при прохождении производственной(клинической) практики

Производственная (клиническая) практика составлена по модулям – дисциплинам и проводится в форме контактной и самостоятельной работы обучающегося.
Контактная работа предусматривает работу руководителя практики с обучающимся в форме индивидуальных/групповых консультаций.
К самостоятельной работе по практикам относятся следующие виды работ обучающегося:
- ознакомление с нормативно-правовым обеспечением практик, включая программы практик;
- изучение законодательной и нормативно-правовой обеспеченности профессиональной деятельности в сфере обращения лекарственных средств в предметной области практики;
- выполнение заданий, заполнение отчета о прохождении практики;
- подготовка к промежуточной аттестации по итогам практики.
По окончании практики обучающийся оформляет отчёт. Материал для составления отчета собирается и накапливается с первого дня практики. Отчет должен содержать самоанализ выполненной работы обучающимся.
Во время прохождения практики необходимо выполнение следующих условий:
- Явиться на установочное собрание, проводимое руководителем практики и получить пакет документов в учебно-методическом отделе.
- В первый день практики прийти на базу к 8 часам утра, и представиться общему руководителю.
- Быть одетым строго по форме и следить за ее чистотой. Иметь сменную обувь.
- Работать строго по графику. Пропущенные дни, даже по уважительной причине, отрабатываются в дополнительное время.
- Ознакомиться с документацией структурных подразделений (поликлиника, стационар, приемный покой, в отделениях - процедурные кабинеты, пост и т.д.).
- Активно участвовать в общественной жизни структурных подразделений, а также в санитарно-просветительной работе.
- Бережно относиться к имуществу лечебно-профилактических учреждений.
- Быть дисциплинированными, спокойными и вежливыми в обращении с товарищами по работе, с больными и их родственниками, в отделениях соблюдать тишину и порядок.

- Ежедневно и аккуратно вести отчет, заполнять листы обязательных манипуляций. Критерии оценки промежуточной аттестации по производственной (клинической) практике представлены в Таблице 6.

Таблица 6 – Критерии оценки промежуточной аттестации по производственной практике

Критерии оценки	Шкала оценок
Обучающийся предоставил оформленный соответствующим образом, отчет и отзыв с положительной характеристикой руководителя практики; продемонстрировал систематические знания по контролируемым компетенциям; владеет способностью и готовностью применять знания, умения и навыки для решения профессиональных задач на практике; в ответе присутствует четкая структура, логическая последовательность, современная профессиональная терминология; ответ обоснован нормативной документацией и конкретными примерами из производственной практики.	Зачтено
Обучающийся предоставил неполный перечень отчетной документации; демонстрирует полное отсутствие или фрагментарные знания, умения и навыки по контролируемой компетенции и неспособность применять их на практике для решения профессиональных задач; не в состоянии обосновать свой ответ нормативной документацией и примерами из производственной практики; дополнительные и уточняющие вопросы преподавателя не приводят к коррекции ответа	Не зачтено

МИНИСТЕРСТВО НАУКИ И ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования
**«ЧЕЧЕНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ УНИВЕРСИТЕТ
ИМЕНИ АХМАТА АБДУЛХАМИДОВИЧА КАДЫРОВА»**

МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ

Кафедра общественного здоровья и здравоохранения

МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ИЗУЧЕНИЮ УЧЕБНОЙ ДИСЦИПЛИНЫ

«История медицины»

Специальность	Лечебное дело
Код специальности	31.05.01
Квалификация выпускника	Врач - лечебник
Форма обучения	Очная

Грозный 2025 г

Бадаева Л.А.Методические рекомендации по изучению учебной дисциплины «История медицины» / Сост. Бадаева Л.А.– Грозный: ФГБОУ ВО «Чеченский государственный университет имени А.А.Кадырова».

Методические рекомендации по изучению учебной дисциплины «История медицины» рассмотрены и одобрены на заседании кафедры «общественное здоровье и здравоохранение», рекомендованы к использованию в учебном процессе (протокол № 9 от 26 мая 2025 г.), составлены в соответствии с требованиями ФГОС ВО по специальности 31.05.01 Лечебное дело (специалитет), утвержденного приказом Минобрнауки России от 27.03.2018 № 219.

© Бадаева Л.А.

© ФГБОУ ВО «Чеченский государственный университет имени А.А.Кадырова».

СОДЕРЖАНИЕ

1. Общие положения....4
2. Методические рекомендации по изучению дисциплины в процессе аудиторных занятий....4
2.1. Рекомендации по подготовке к лекционным занятиям (теоретический курс)....4
2.2. Рекомендации по подготовке к практическим (семинарским) занятиям....4
3. Методические рекомендации по выполнению различных форм самостоятельных заданий....5
3.1. Методические рекомендации по работе с литературой....5
3.2. Методические рекомендации по подготовке научного доклада....6
3.3. Методические рекомендации по подготовке реферата....7

1. Общие положения

Методические указания по освоению дисциплины «История медицины» адресованы студентам очной формы обучения.

Учебным планом по направлению подготовки 31.05.01 «Лечебное дело» предусмотрены следующие виды занятий:

- лекции;
- практические занятия;

2. Методические рекомендации по изучению дисциплины в процессе аудиторных занятий.

2.1. Рекомендации по подготовке к лекционным занятиям (теоретический курс)

Изучение дисциплины требует систематического и последовательного накопления знаний. Студентам необходимо вести конспект прослушанных лекций. Перед очередной лекцией необходимо просмотреть по конспекту материал предыдущей лекции. При затруднениях в восприятии материала следует обратиться к основным литературным источникам. Если разобраться в материале не удалось, то следует обратиться к лектору (по графику его консультаций) или к преподавателю на практических занятиях.

2.2. Рекомендации по подготовке к практическим (семинарским) занятиям

Студентам следует:

- ознакомиться с заданием к занятию; определить примерный объем работы по подготовке к ним; выделить вопросы и задачи, ответы на которые или выполнение и решение без предварительной подготовки не представляется возможным;
- иметь в виду и то, что в библиотеке учебного заведения не всегда имеются в наличии все рекомендованные источники, их необходимо найти заранее.
- приносить с собой рекомендованную преподавателем литературу к конкретному занятию;
- до очередного практического занятия по рекомендованным литературным источникам проработать теоретический материал, соответствующей темы занятия;
- пользоваться техническими средствами обучения и дидактическими материалами, которыми располагает учебное заведение.
- при подготовке к практическим занятиям следует обязательно использовать не только лекции, учебную литературу, но и нормативно-правовые акты и материалы правоприменительной практики;
- теоретический материал следует соотносить с правовыми нормами, так как в них могут быть внесены изменения, дополнения, которые не всегда отражены в учебной литературе;
- при ответах на вопросы и решения задач необходимо внимательно прочитать их текст и попытаться дать аргументированное объяснение с обязательной ссылкой на соответствующую правовую норму;
- в начале занятий задать преподавателю вопросы по материалу, вызвавшему затруднения в его понимании и освоении при решении задач, заданных для самостоятельного решения;
- по ходу семинара давать конкретные, четкие ответы по существу вопросов. Структура ответов может быть различной: либо вначале делается вывод, а затем приводятся аргументы, либо дается развернутая аргументация принятого решения, на основании которой предлагается ответ. Возможны и несколько вариантов ответов, которые должны быть обоснованны.
- на занятии доводить каждую задачу до окончательного решения, демонстрировать понимание проведенного анализа проблемной ситуации, в случае затруднений обращаться к преподавателю.

Студентам, пропустившим занятия (независимо от причин), не имеющие письменного решения задач или не подготовившиеся к данному практическому занятию, рекомендуется не позже, чем в 2-недельный срок явиться на консультацию к преподавателю и отчитаться по теме, изучавшейся на занятии. Студенты, не отчитавшиеся по каждой не проработанной ими на занятиях теме к началу зачетной сессии, упускают возможность получить положенные баллы за работу в соответствующем семестре.

3. Методические рекомендации по выполнению различных форм самостоятельных заданий

Самостоятельная работа студентов включает в себя выполнение различного рода заданий, которые ориентированы на более глубокое усвоение материала изучаемой дисциплины. По каждой теме учебной дисциплины студентам предлагается перечень заданий для самостоятельной работы.

К выполнению заданий для самостоятельной работы предъявляются следующие требования: задания должны исполняться самостоятельно и представляться в установленный срок, а также соответствовать установленным требованиям по оформлению.

Студентам следует:

- руководствоваться графиком самостоятельной работы, определенным рабочей программой дисциплины;
- выполнять все плановые задания, выдаваемые преподавателем для самостоятельного выполнения, и разбирать на семинарах и консультациях неясные вопросы;
- использовать при подготовке нормативные документы университета.

3.1. Методические рекомендации по работе с литературой.

Любая форма самостоятельной работы студента (подготовка к семинарскому занятию, написание эссе, курсовой работы, доклада и т.п.) начинается с изучения соответствующей литературы.

К каждой теме учебной дисциплины подобрана основная и дополнительная литература, которая указана в соответствующем разделе рабочей программы.

Основная литература - это учебники и учебные пособия.

Дополнительная литература - это монографии, сборники научных трудов, журнальные и газетные статьи, различные справочники, энциклопедии, интернет ресурсы.

Рекомендации студенту:

выбранную монографию или статью целесообразно внимательно просмотреть. В книгах следует ознакомиться с оглавлением и научно-справочным аппаратом, прочитать аннотацию и предисловие. Целесообразно ее пролистать, рассмотреть иллюстрации, таблицы, диаграммы, приложения. Такое поверхностное ознакомление позволит узнать, какие главы следует читать внимательно, а какие прочитать быстро;

- в книге или журнале, принадлежащие самому студенту, ключевые позиции можно выделять маркером или делать пометки на полях. При работе с Интернет -источником целесообразно также выделять важную информацию;
- если книга или журнал не являются собственностью студента, то целесообразно записывать номера страниц, которые привлекли внимание. Позже следует возвратиться к ним, перечитать или переписать нужную информацию. Физическое действие по записыванию помогает прочно заложить данную информацию в «банк памяти».

Выделяются следующие виды записей при работе с литературой:

Конспект - краткая схематическая запись основного содержания научной работы. Целью является не переписывание произведения, а выявление его логики, системы доказательств, основных выводов. Хороший конспект должен сочетать полноту изложения с краткостью.

Цитата - точное воспроизведение текста. Заключается в кавычки. Точно указывается страница источника.

Тезисы - концентрированное изложение основных положений прочитанного материала.

Аннотация - очень краткое изложение содержания прочитанной работы. Резюме - наиболее общие выводы и положения работы, ее концептуальные итоги.

Записи в той или иной форме не только способствуют пониманию и усвоению изучаемого материала, но и помогают вырабатывать навыки ясного изложения в письменной форме тех или иных теоретических вопросов.

3.2. Методические рекомендации по подготовке научного доклада

Одной из форм самостоятельной работы студента является подготовка научного доклада, для обсуждения его на практическом (семинарском) занятии.

Цель научного доклада - развитие у студентов навыков аналитической работы с научной литературой, анализа дискуссионных научных позиций, аргументации собственных взглядов. Подготовка научных докладов также развивает творческий потенциал студентов. Научный доклад готовится под руководством преподавателя, который ведет практические (семинарские) занятия.

Рекомендации студенту:

- перед началом работы по написанию научного доклада согласовать с преподавателем тему, структуру, литературу, а также обсудить ключевые вопросы, которые следует раскрыть в докладе;
- представить доклад научному руководителю в письменной форме;
- выступить на семинарском занятии с 5-7-минутной презентацией своего научного доклада, ответить на вопросы студентов группы.

Требования:

- к оформлению научного доклада: шрифт - Times New Roman, размер шрифта -14, межстрочный интервал -1, размер полей – 2 см, отступ в начале абзаца - 1 см, форматирование по ширине); листы доклада скреплены скоросшивателем. На титульном листе указывается наименование учебного заведения, название кафедры, наименование дисциплины, тема доклада, ФИО студента;
- к структуре доклада - введение (указывается актуальность, цель и задачи), основная часть, выводы автора, список литературы (не менее 5 позиций источников научной литературы (научные статьи и монографии). Объем согласовывается с преподавателем. В конце работы ставится дата ее выполнения и подпись студента, выполнившего работу.

Общая оценка за доклад учитывает содержание доклада, его презентацию, а также ответы на вопросы.

3.3. Методические рекомендации по подготовке реферата

Целью написания рефератов является:

- привитие студентам навыков библиографического поиска необходимой литературы (на бумажных носителях, в электронном виде);
- привитие студентам навыков компактного изложения мнения авторов и своего суждения по выбранному вопросу в письменной форме, научно грамотным языком и в хорошем стиле;
- приобретение навыка грамотного оформления ссылок на используемые источники, правильного цитирования авторского текста;
- выявление и развитие у студента интереса к определенной научной и практической проблематике с тем, чтобы исследование ее в дальнейшем продолжалось в подготовке и написании курсовых и дипломной работы и дальнейших научных трудах.

Основные задачи студента при написании реферата:

- с максимальной полнотой использовать литературу по выбранной теме (как рекомендуемую, так и самостоятельно подобранную) для правильного понимания авторской позиции;
- верно (без искажения смысла) передать авторскую позицию в своей работе;
- уяснить для себя и изложить причины своего согласия (несогласия) с тем или иным автором по данной проблеме.

Требования к содержанию:

- материал, использованный в реферате, должен относится строго к выбранной теме;
- необходимо изложить основные аспекты проблемы не только грамотно, но и в соответствии с той или иной логикой (хронологической, тематической, событийной и др.)
- при изложении следует сгруппировать идеи разных авторов по общности точек зрения или по научным школам;

- реферат должен заканчиваться подведением итогов проведенной исследовательской работы: содержать краткий анализ-обоснование преимуществ той точки зрения по рассматриваемому вопросу, с которой Вы солидарны.

Структура реферата.

1. Титульный лист.

На титульном листе указывается наименование учебного заведения, название кафедры, наименование дисциплины, тема реферата, ФИО студента, ФИО и должность проверившего преподавателя;

2. Оглавление.

Оглавление - это план реферата, в котором каждому разделу должен соответствовать номер страницы, на которой он находится.

3. Текст реферата.

Текст реферата делится на три части: введение, основная часть и заключение.

а) Введение - раздел реферата, посвященный постановке проблемы, которая будет рассматриваться и обоснованию выбора темы.

б) Основная часть - это звено работы, в котором последовательно раскрывается выбранная тема. Основная часть может быть представлена как цельным текстом, так и разделена на главы. При необходимости текст реферата может дополняться иллюстрациями, таблицами, графиками, но ими не следует "перегружать" текст.

в) Заключение - данный раздел реферата должен быть представлен в виде выводов, которые готовятся на основе подготовленного текста. Выводы должны быть краткими и четкими. Также в заключении можно обозначить проблемы, которые "высветились" в ходе работы над рефератом, но не были раскрыты в работе.

4. Список источников и литературы.

В данном списке называются как те источники, на которые ссылается студент при подготовке реферата, так и все иные, изученные им в связи с его подготовкой. В работе должно быть использовано не менее 7 разных источников. Работа, выполненная с использованием материала, содержащегося в одном научном источнике, является явным плагиатом и не принимается. Оформление Списка источников и литературы должно соответствовать требованиям, принятым в университете.

Объем и технические требования, предъявляемые к выполнению реферата.

Объем работы должен быть, как правило, не менее 15 и не более 20 страниц. Работа должна выполняться через одинарный интервал 14 шрифтом, размеры оставляемых полей - 2 см. Страницы должны быть пронумерованы.

При цитировании необходимо соблюдать следующие правила:

- текст цитаты заключается в кавычки и приводится без изменений, без произвольного сокращения цитируемого фрагмента (пропуск слов, предложений или абзацев допускается, если не влечет искажения всего фрагмента, и обозначается многоточием, которое ставится на месте пропуска) и без искажения смысла;
- каждая цитата должна сопровождаться ссылкой на источник, библиографическое описание которого должно приводиться в соответствии с предъявляемыми требованиями.

МИНИСТЕРСТВО НАУКИ И ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования
«Чеченский государственный университет

имени Ахмата Абдулхамидовича Кадырова»

МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ

Кафедра гуманитарных, естественнонаучных и социальных дисциплин

МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ИЗУЧЕНИЮ УЧЕБНОЙ ДИСЦИПЛИНЫ «ИСТОРИЯ РОССИИ»

Специальность	Лечебное дело
Код специальности	31.05.01
Квалификация выпускника	Врач-лечебник
Форма обучения	Очная

Грозный

Гантамиров Т.Т. Методические рекомендации по изучению учебной дисциплины «История России» / Сост. Гантамиров Т.Т. – Грозный: ФГБОУ ВО «Чеченский государственный университет имени А.А.Кадырова».

Методические рекомендации по изучению учебной дисциплины «История России» рассмотрены и одобрены на заседании кафедры гуманитарных, естественнонаучных и социальных дисциплин, рекомендованы к использованию в учебном процессе (протокол № 9 от «23» мая 2025 г.), составлены в соответствии с требованиями ФГОС ВО по специальности 31.05.01 Лечебное дело (специалитет), утвержденного приказом Минобрнауки России от 27.03.2018 № 219.

© Гантамиров Т.Т.

© ФГБОУ ВО «Чеченский государственный университет имени А.А.Кадырова»

СОДЕРЖАНИЕ

1. Общие положения 4

2. Методические рекомендации по изучению дисциплины в процессе аудиторных занятий.... 4

2.1. Рекомендации по подготовке к лекционным занятиям (теоретический курс)..... 4

2.2. Рекомендации по подготовке к практическим (семинарским) занятиям..... 4

3. Методические рекомендации по выполнению различных форм самостоятельных заданий 4

3.1. Методические рекомендации по работе с литературой..... 5

3.2. Методические рекомендации по подготовке научного доклада..... 5

3.3. Методические рекомендации по подготовке реферата 6

1. Общие положения

Методические указания по освоению дисциплины «История России» адресованы студентам очной формы обучения.

Учебным планом по направлению подготовки 31.05.01 «Лечебное дело» предусмотрены следующие виды занятий:

- лекции;
- практические занятия;

2. Методические рекомендации по изучению дисциплины в процессе аудиторных занятий.

2.1. Рекомендации по подготовке к лекционным занятиям (теоретический курс)

Изучение дисциплины требует систематического и последовательного накопления знаний.

Студентам необходимо вести конспект прослушанных лекций. Перед очередной лекцией необходимо просмотреть по конспекту материал предыдущей лекции. При затруднениях в восприятии материала следует обратиться к основным литературным источникам. Если разобраться в материале не удалось, то следует обратиться к лектору (по графику его консультаций) или к преподавателю на практических занятиях.

2.2. Рекомендации по подготовке к практическим (семинарским) занятиям

Студентам следует:

- ознакомиться с заданием к занятию; определить примерный объем работы по подготовке к ним; выделить вопросы и задачи, ответы на которые или выполнение и решение без предварительной подготовки не представляется возможным;
- иметь в виду и то, что в библиотеке учебного заведения не всегда имеются в наличии все рекомендованные источники, их необходимо найти заранее.
- приносить с собой рекомендованную преподавателем литературу к конкретному занятию;
- до очередного практического занятия по рекомендованным литературным источникам проработать теоретический материал, соответствующей темы занятия;
- пользоваться техническими средствами обучения и дидактическими материалами, которыми располагает учебное заведение.
- при подготовке к практическим занятиям следует обязательно использовать не только лекции, учебную литературу, но и нормативно-правовые акты и материалы правоприменительной практики;
- теоретический материал следует соотносить с правовыми нормами, так как в них могут быть внесены изменения, дополнения, которые не всегда отражены в учебной литературе;
- при ответах на вопросы и решения задач необходимо внимательно прочитать их текст и попытаться дать аргументированное объяснение с обязательной ссылкой на соответствующую правовую норму;
- в начале занятий задать преподавателю вопросы по материалу, вызвавшему затруднения в его понимании и освоении при решении задач, заданных для самостоятельного решения;
- по ходу семинара давать конкретные, четкие ответы по существу вопросов. Структура ответов может быть различной: либо вначале делается вывод, а затем приводятся аргументы, либо дается развернутая аргументация принятого решения, на основании которой предлагается ответ. Возможны и несколько вариантов ответов, которые должны быть обоснованны.
- на занятии доводить каждую задачу до окончательного решения, демонстрировать понимание проведенного анализа проблемной ситуации, в случае затруднений обращаться к преподавателю.

Студентам, пропустившим занятия (независимо от причин), не имеющие письменного решения задач или не подготовившиеся к данному практическому занятию, рекомендуется не позже чем в 2-недельный срок явиться на консультацию к преподавателю и отчитаться по теме, изучавшейся на занятии. Студенты, не отчитавшиеся по каждой не проработанной ими на занятиях теме к началу зачетной сессии, упускают возможность получить положенные баллы за работу в соответствующем семестре.

3. Методические рекомендации по выполнению различных форм самостоятельных заданий

Самостоятельная работа студентов включает в себя выполнение различного рода заданий, которые ориентированы на более глубокое усвоение материала изучаемой дисциплины. По каждой теме учебной дисциплины студентам предлагается перечень заданий для самостоятельной работы.

К выполнению заданий для самостоятельной работы предъявляются следующие требования: задания должны исполняться самостоятельно и представляться в установленный срок, а также соответствовать установленным требованиям по оформлению.

Студентам следует:
- руководствоваться графиком самостоятельной работы, определенным рабочей программой дисциплины;
- выполнять все плановые задания, выдаваемые преподавателем для самостоятельного выполнения, и разбирать на семинарах и консультациях неясные вопросы;
- использовать при подготовке нормативные документы университета.

3.1. Методические рекомендации по работе с литературой.

Любая форма самостоятельной работы студента (подготовка к семинарскому занятию, написание эссе, курсовой работы, доклада и т.п.) начинается с изучения соответствующей литературы.

К каждой теме учебной дисциплины подобрана основная и дополнительная литература, которая указана в соответствующем разделе рабочей программы.

Основная литература - это учебники и учебные пособия.

Дополнительная литература - это монографии, сборники научных трудов, журнальные и газетные статьи, различные справочники, энциклопедии, интернет ресурсы.

Рекомендации студенту:

выбранную монографию или статью целесообразно внимательно просмотреть. В книгах следует ознакомиться с оглавлением и научно-справочным аппаратом, прочитать аннотацию и предисловие. Целесообразно ее пролистать, рассмотреть иллюстрации, таблицы, диаграммы, приложения. Такое поверхностное ознакомление позволит узнать, какие главы следует читать внимательно, а какие прочитать быстро;

- в книге или журнале, принадлежащие самому студенту, ключевые позиции можно выделять маркером или делать пометки на полях. При работе с Интернет -источником целесообразно также выделять важную информацию;
- если книга или журнал не являются собственностью студента, то целесообразно записывать номера страниц, которые привлекли внимание. Позже следует возвратиться к ним, перечитать или переписать нужную информацию. Физическое действие по записыванию помогает прочно заложить данную информацию в «банк памяти».

Выделяются следующие виды записей при работе с литературой:

Конспект - краткая схематическая запись основного содержания научной работы. Целью является не переписывание произведения, а выявление его логики, системы доказательств, основных выводов. Хороший конспект должен сочетать полноту изложения с краткостью.

Цитата - точное воспроизведение текста. Заключается в кавычки. Точно указывается страница источника.

Тезисы - концентрированное изложение основных положений прочитанного материала.

Аннотация - очень краткое изложение содержания прочитанной работы. Резюме - наиболее общие выводы и положения работы, ее концептуальные итоги.

Записи в той или иной форме не только способствуют пониманию и усвоению изучаемого материала, но и помогают вырабатывать навыки ясного изложения в письменной форме тех или иных теоретических вопросов.

3.2. Методические рекомендации по подготовке научного доклада

Одной из форм самостоятельной работы студента является подготовка научного доклада, для обсуждения его на практическом (семинарском) занятии.

Цель научного доклада - развитие у студентов навыков аналитической работы с научной литературой, анализа дискуссионных научных позиций, аргументации собственных взглядов. Подготовка научных докладов также развивает творческий потенциал студентов.

Научный доклад готовится под руководством преподавателя, который ведет практические (семинарские) занятия.

Рекомендации студенту:

- перед началом работы по написанию научного доклада согласовать с преподавателем тему, структуру, литературу, а также обсудить ключевые вопросы, которые следует раскрыть в докладе;
- представить доклад научному руководителю в письменной форме;
- выступить на семинарском занятии с 5-7-минутной презентацией своего научного доклада, ответить на вопросы студентов группы.

Требования:

- к оформлению научного доклада: шрифт - Times New Roman, размер шрифта -14, межстрочный интервал -1, размер полей – 2 см, отступ в начале абзаца - 1 см, форматирование по ширине);

листы доклада скреплены скоросшивателем. На титульном листе указывается наименование учебного заведения, название кафедры, наименование дисциплины, тема доклада, ФИО студента;
- к структуре доклада - введение (указывается актуальность, цель и задачи), основная часть, выводы автора, список литературы (не менее 5 позиций источников научной литературы (научные статьи и монографии). Объем согласовывается с преподавателем. В конце работы ставится дата ее выполнения и подпись студента, выполнившего работу.
Общая оценка за доклад учитывает содержание доклада, его презентацию, а также ответы на вопросы.

3.3. Методические рекомендации по подготовке реферата

Целью написания рефератов является:
- привитие студентам навыков библиографического поиска необходимой литературы (на бумажных носителях, в электронном виде);
привитие студентам навыков компактного изложения мнения авторов и своего суждения по выбранному вопросу в письменной форме, научно грамотным языком и в хорошем стиле;
- приобретение навыка грамотного оформления ссылок на используемые источники, правильного цитирования авторского текста;
- выявление и развитие у студента интереса к определенной научной и практической проблематике с тем, чтобы исследование ее в дальнейшем продолжалось в подготовке и написании курсовых и дипломной работы и дальнейших научных трудах.
Основные задачи студента при написании реферата:
- с максимальной полнотой использовать литературу по выбранной теме (как рекомендуемую, так и самостоятельно подобранную) для правильного понимания авторской позиции;
- верно (без искажения смысла) передать авторскую позицию в своей работе;
- уяснить для себя и изложить причины своего согласия (несогласия) с тем или иным автором по данной проблеме.
Требования к содержанию:
- материал, использованный в реферате, должен относится строго к выбранной теме;
- необходимо изложить основные аспекты проблемы не только грамотно, но и в соответствии с той или иной логикой (хронологической, тематической, событийной и др.)
- при изложении следует сгруппировать идеи разных авторов по общности точек зрения или по научным школам;
- реферат должен заканчиваться подведением итогов проведенной исследовательской работы: содержать краткий анализ-обоснование преимуществ той точки зрения по рассматриваемому вопросу, с которой Вы солидарны.

Структура реферата.
1. Титульный лист.
На титульном листе указывается наименование учебного заведения, название кафедры, наименование дисциплины, тема реферата, ФИО студента, ФИО и должность проверившего преподавателя;
2. Оглавление.
Оглавление - это план реферата, в котором каждому разделу должен соответствовать номер страницы, на которой он находится.
3. Текст реферата.
Текст реферата делится на три части: введение, основная часть и заключение.
а) Введение - раздел реферата, посвященный постановке проблемы, которая будет рассматриваться и обоснованию выбора темы.
б) Основная часть - это звено работы, в котором последовательно раскрывается выбранная тема. Основная часть может быть представлена как цельным текстом, так и разделена на главы. При необходимости текст реферата может дополняться иллюстрациями, таблицами, графиками, но ими не следует "перегружать" текст.
в) Заключение - данный раздел реферата должен быть представлен в виде выводов, которые готовятся на основе подготовленного текста. Выводы должны быть краткими и четкими. Также в заключении можно обозначить проблемы, которые "высветились" в ходе работы над рефератом, но не были раскрыты в работе.
4. Список источников и литературы.
В данном списке называются как те источники, на которые ссылается студент при подготовке реферата, так и все иные, изученные им в связи с его подготовкой. В работе должно быть

использовано не менее 7 разных источников. Работа, выполненная с использованием материала, содержащегося в одном научном источнике, является явным плагиатом и не принимается. Оформление Списка источников и литературы должно соответствовать требованиям, принятым в университете.

Объем и технические требования, предъявляемые к выполнению реферата.

Объем работы должен быть, как правило, не менее 15 и не более 20 страниц. Работа должна выполняться через одинарный интервал 14 шрифтом, размеры оставляемых полей - 2 см. Страницы должны быть пронумерованы.

При цитировании необходимо соблюдать следующие правила:

- текст цитаты заключается в кавычки и приводится без изменений, без произвольного сокращения цитируемого фрагмента (пропуск слов, предложений или абзацев допускается, если не влечет искажения всего фрагмента, и обозначается многоточием, которое ставится на месте пропуска) и без искажения смысла;
- каждая цитата должна сопровождаться ссылкой на источник, библиографическое описание которого должно приводиться в соответствии с предъявляемыми требованиями.

МИНИСТЕРСТВО НАУКИ И ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
Федеральное государственное бюджетное образовательное
учреждение высшего образования
«ЧЕЧЕНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ УНИВЕРСИТЕТ ИМ. А.А.КАДЫРОВА»

МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ
Кафедра гуманитарных, естественнонаучных и социальных дисциплин

МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ИЗУЧЕНИЮ УЧЕБНОЙ ДИСЦИПЛИНЫ

«История Чеченской республики»

Специальность	Лечебное дело
Код специальности	31.05.01
Квалификация выпускника	Врач-лечебник
Форма обучения	Очная

Грозный, 2025

Гантамиров Т.Т. Методические рекомендации по изучению учебной дисциплины «История ЧР» / Сост. Т.Т. Гантамиров. – Грозный: ФГБОУ ВО «Чеченский государственный университет им. А.А. Кадырова», 2025.

Методические рекомендации по изучению учебной дисциплины «История ЧР» рассмотрены и одобрены на заседании кафедры гуманитарных, естественнонаучных и социальных дисциплин, рекомендованы к использованию в учебном процессе (протокол № 9 от «23» мая 2025 г.), составлены в соответствии с требованиями ФГОС ВО по специальности 31.05.01 Лечебное дело (специалитет), утвержденного приказом Минобрнауки России от 15.06.2017 г. № 552.

© Гантамиров Т.Т., 2025
© ФГБОУ ВО «Чеченский государственный университет им. А.А. Кадырова», 2025

СОДЕРЖАНИЕ

1. Общие положения..... 4

2. Методические рекомендации по изучению дисциплины в процессе аудиторных занятий.... 4

2.1. Рекомендации по подготовке к лекционным занятиям 4

2.2. Рекомендации по подготовке к практическим (семинарским) занятиям..... 4

3. Методические рекомендации по выполнению различных форм самостоятельных заданий 6

3.1. Методические рекомендации по работе с литературой..... 6

1. Общие положения

Методические указания по освоению дисциплины «История ЧР» адресованы студентам очной формы обучения.

Учебным планом по направлению подготовки 31.05.01 Лечебное дело предусмотрены следующие виды занятий:

- лекционные занятия;
- практические занятия;
- самостоятельная работа.

2. Методические рекомендации по изучению дисциплины в процессе аудиторных занятий.

2.1. Рекомендации по подготовке к лекционным занятиям

Лекция (от лат. *lectio* - чтение) - систематическое, последовательное, монологическое изложение учителем (преподавателем, лектором) учебного материала, как правило, теоретического характера. Традиционна для высшей школы, где на ее основе формируются учебные курсы. *Виды лекций*: вводная, обзорная, проблемная, лекция-информация, лекция-конференция, лекция-консультация и др.

Вузовская лекция – главное звено дидактического цикла обучения. Её цель – формирование у студентов ориентировочной основы для последующего усвоения материала методом самостоятельной работы. Содержание лекции должно отвечать следующим дидактическим требованиям:

- изложение материала от простого к сложному, от известного к неизвестному;
- логичность, четкость и ясность в изложении материала;
- возможность проблемного изложения, дискуссии, диалога с целью активизации деятельности обучающихся;
- опора смысловой части лекции на подлинные факты, события, явления, статистические данные;
- тесная связь теоретических положений и выводов с практикой и будущей профессиональной деятельностью обучающихся.

Преподаватель, читающий лекционные курсы в вузе, должен знать существующие в педагогической науке и используемые на практике варианты лекций, их дидактические и воспитывающие возможности, а также их методическое место в структуре процесса обучения.

Лекции относятся к словесным методам обучения, поскольку они, как следует из их определения, предполагают монологическое изложение материала преподавателем. Однако вряд ли этим можно ограничиться. Уже в самом определении подчеркивается, что лекция может быть чисто информационной, но может быть и проблемной, а также - и эвристической. Лекция может использоваться при введении нового материала и отражать объяснительно-иллюстративный, проблемный или частично поисковый метод, а может быть обзорной, т.е. заключать в себе обобщение ранее пройденного, или, напротив, знакомить слушателей с большим объемом материала по одной или нескольким темам и т.д.

2.2. Рекомендации по подготовке к практическим (семинарским) занятиям

Главная цель семинарских занятий - организация учебной и научно-исследовательской работы по важнейшим проблемам изучаемой дисциплины, освоение методики, научно-методических принципов и ознакомление студентов с основными элементами дисциплины. Важнейшее значение отведено осмыслению основных приемов выявления использования источников, информации из различных отраслей знания. При этом на семинарских занятиях намечается непосредственное знакомство с объектами изучения. Планы семинарских занятий составлены в соответствии с лекционным курсом и определяют основные темы для обсуждения, помогают студентам выделить основные проблемы, указывают возможные пути решения этих проблем. При составлении планов особый акцент делался на наиболее значимые вопросы, которые требуют пристального изучения и практического усвоения.

Семинарские занятия призваны посредством анализа наиболее репрезентативных текстов, углубить и расширить материалы лекций, способствовать формированию высокопрофессиональных специалистов - историков

Студенты могут использовать различные формы подготовки к семинарским занятиям: подготовка рефератов, докладов, сообщений.

Студентам следует:

- ознакомиться с заданием к занятию; определить примерный объем работы по подготовке к ним; выделить вопросы и задачи, ответы на которые или выполнение и решение без предварительной подготовки не представляется возможным;
- иметь в виду и то, что в библиотеке учебного заведения не всегда имеются в наличии все рекомендованные источники, их необходимо найти заранее.
- приносить с собой рекомендованную преподавателем литературу к конкретному занятию;
- до очередного практического занятия по рекомендованным литературным источникам проработать теоретический материал, соответствующей темы занятия;
- пользоваться техническими средствами обучения и дидактическими материалами, которыми располагает учебное заведение.
- при подготовке к практическим занятиям следует обязательно использовать не только лекции, учебную литературу, но и нормативно-правовые акты и материалы правоприменительной практики;
- теоретический материал следует соотносить с правовыми нормами, так как в них могут быть внесены изменения, дополнения, которые не всегда отражены в учебной литературе;
- при ответах на вопросы и решения задач необходимо внимательно прочитать их текст и попытаться дать аргументированное объяснение с обязательной ссылкой на соответствующую правовую норму;
- в начале занятий задать преподавателю вопросы по материалу, вызвавшему затруднения в его понимании и освоении при решении задач, заданных для самостоятельного решения;
- по ходу семинара давать конкретные, четкие ответы по существу вопросов. Структура ответов может быть различной: либо вначале делается вывод, а затем приводятся аргументы, либо дается развернутая аргументация принятого решения, на основании которой предлагается ответ. Возможны и несколько вариантов ответов, которые должны быть обоснованны.
- на занятии доводить каждую задачу до окончательного решения, демонстрировать понимание проведенного анализа проблемной ситуации, в случае затруднений обращаться к преподавателю.
Студентам, пропустившим занятия (независимо от причин), не имеющие письменного решения задач или не подготовившиеся к данному практическому занятию, рекомендуется не позже чем в 2-недельный срок явиться на консультацию к преподавателю и отчитаться по теме, изучавшейся на занятии. Студенты, не отчитавшиеся по каждой не проработанной ими на занятиях теме к началу зачетной сессии, упускают возможность получить положенные баллы за работу в соответствующем семестре.

В процессе подготовки и проведения практических занятий обучающиеся закрепляют полученные ранее теоретические знания, приобретают навыки их практического применения, опыт рациональной организации учебной работы.

В начале семестра обучающиеся получают сводную информацию о формах проведения занятий и формах контроля знаний. Тогда же обучающимся предоставляется список тем лекционных и практических заданий, а также тематика реферативных сообщений.

При подготовке к занятию обучающиеся в первую очередь должны использовать материал лекций и предложенных литературных источников. Самоконтроль качества подготовки к каждому занятию обучающиеся осуществляют, проверяя свои знания и отвечая на вопросы для самопроверки по соответствующей теме.

Входной контроль осуществляется преподавателем в виде проверки и актуализации знаний обучающиеся по соответствующей теме в основном в интерактивной форме.

Выходной контроль осуществляется преподавателем проверкой качества и полноты выполнения задания.

Типовой план практических занятий:

1. Изложение преподавателем темы занятия, его целей и задач.

2. Выдача преподавателем задания обучающимся, необходимые пояснения.

3. Выполнение задания обучающимися под наблюдением преподавателя. Обсуждение результатов. Резюме преподавателя.

4. Общее подведение итогов занятия преподавателем и выдача домашнего задания.

Собеседование – специальная беседа преподавателя с обучающимся на темы, связанные с изучаемой дисциплиной, рассчитанная на выяснение объема знаний обучающегося по определенному разделу, теме, проблеме и т.п.

При подготовке к занятию и устным опросам обучающиеся в первую очередь должны использовать материал лекций и предложенных литературных источников. Самоконтроль

качества подготовки к каждому занятию обучающиеся осуществляют, проверяя свои знания и отвечая на вопросы для самопроверки по соответствующей теме.

Разбор и обсуждение конкретных ситуаций, дискуссии. Задачи:

- формирование у обучающихся представлений о философских проблемах
- повышение интереса к философским проблемам современности, формирование гражданской позиции
- развитие навыков дискуссии и умения формировать жизненную позицию, отстаивать свою точку зрения.

В практике обучения используются различные виды практических занятий:

- семинар-конференция, где обучающиеся выступают с докладами, которые здесь же и обсуждаются всеми участниками под руководством преподавателя. Это самая распространенная форма семинара. В профессиональном обучении семинар целесообразно строить в контексте изучаемой специальности, связывая теоретические вопросы с практикой работы специалиста. Тогда теоретические знания станут понятными для обучающихся и войдут в арсенал их профессионального багажа;
- семинар-дискуссия, проблемный семинар. Он проходит в форме научной дискуссии. Упор здесь делается на инициативе обучающихся в поиске материалов к семинару и активности их в ходе дискуссии. Важно, чтобы источники информации были разнообразными, представляли различные точки зрения на проблему, а дискуссия всегда направлялась преподавателем;
- вопрос-ответная форма используется для обобщения пройденного материала. Здесь используется простая процедура. Преподаватель задает аудитории вопросы, отвечают желающие, а преподаватель комментирует. Таким образом, материал актуализируется обучающимися и контролируется преподавателем;
- развернутая беседа на основе плана. Беседа используется при освоении трудного материала. Здесь инициатива принадлежит преподавателю. В ходе беседы предоставляется право обучающимся высказывать собственное мнение, выступать с подготовленными сообщениями, но придерживаться принятого плана.

На практическом занятии:

- происходит снятие психологического барьера у обучающихся (стеснительность, неловкость, неуверенность при непосредственном общении с преподавателем);
- обучающиеся становятся более активными. Они закрепляют знания, формируют умение доносить мысль до слушателя, навыки дискуссии и публичного выступления, делового общения и лучше запоминают материал;
- преподаватель имеет возможность детальнее и глубже донести учебный материал до обучающихся, пополнить его новой информацией;

преподаватель получает возможность лучше узнать обучающихся, их типичные ошибки и свои недочеты, что дает ему возможность своевременно внести изменения в читаемый курс.

3. Методические рекомендации по выполнению различных форм самостоятельных заданий

Самостоятельная работа студентов включает в себя выполнение различного рода заданий, которые ориентированы на более глубокое усвоение материала изучаемой дисциплины. По каждой теме учебной дисциплины студентам предлагается перечень заданий для самостоятельной работы.

К выполнению заданий для самостоятельной работы предъявляются следующие требования: задания должны исполняться самостоятельно и представляться в установленный срок, а также соответствовать установленным требованиям по оформлению.

Студентам следует:

- руководствоваться графиком самостоятельной работы, определенным рабочей программой дисциплины;
- выполнять все плановые задания, выдаваемые преподавателем для самостоятельного выполнения, и разбирать на семинарах и консультациях неясные вопросы;
- использовать при подготовке нормативные документы университета.

3.1. Методические рекомендации по работе с литературой.

Любая форма самостоятельной работы студента (подготовка к семинарскому занятию, написание эссе, курсовой работы, доклада и т.п.) начинается с изучения соответствующей литературы.

К каждой теме учебной дисциплины подобрана основная и дополнительная литература, которая указана в соответствующем разделе рабочей программы.

Основная литература - это учебники и учебные пособия.

Дополнительная литература - это монографии, сборники научных трудов, журнальные и газетные статьи, различные справочники, энциклопедии, интернет ресурсы.

Рекомендации студенту:

выбранную монографию или статью целесообразно внимательно просмотреть. В книгах следует ознакомиться с оглавлением и научно-справочным аппаратом, прочитать аннотацию и предисловие. Целесообразно ее пролистать, рассмотреть иллюстрации, таблицы, диаграммы, приложения. Такое поверхностное ознакомление позволит узнать, какие главы следует читать внимательно, а какие прочитать быстро;

- в книге или журнале, принадлежащие самому студенту, ключевые позиции можно выделять маркером или делать пометки на полях. При работе с Интернет -источником целесообразно также выделять важную информацию;

- если книга или журнал не являются собственностью студента, то целесообразно записывать номера страниц, которые привлекли внимание. Позже следует возвратиться к ним, перечитать или переписать нужную информацию. Физическое действие по записыванию помогает прочно заложить данную информацию в «банк памяти».

Выделяются следующие виды записей при работе с литературой:

Конспект - краткая схематическая запись основного содержания научной работы. Целью является не переписывание произведения, а выявление его логики, системы доказательств, основных выводов. Хороший конспект должен сочетать полноту изложения с краткостью.

Цитата - точное воспроизведение текста. Заключается в кавычки. Точно указывается страница источника.

Тезисы - концентрированное изложение основных положений прочитанного материала.

Аннотация - очень краткое изложение содержания прочитанной работы. Резюме - наиболее общие выводы и положения работы, ее концептуальные итоги.

Записи в той или иной форме не только способствуют пониманию и усвоению изучаемого материала, но и помогают вырабатывать навыки ясного изложения в письменной форме тех или иных теоретических вопросов.

МИНИСТЕРСТВО НАУКИ И ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
Федеральное государственное бюджетное образовательное
учреждение высшего образования
«Чеченский государственный университет
имени Ахмата Абдулхамидовича Кадырова»

МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ
Кафедра факультетской терапии

Методические рекомендации по изучению дисциплины «Клиническая фармакология»

Направление подготовки(специальности)	Лечебное дело
Код направленияподготовки (специальности)	31.05.01
Квалификация выпускника	Врач- лечебник
Форма обучения	Очная

Грозный, 2025 г.

СОДЕРЖАНИЕ

1. Общие положения 3
2. Методические рекомендации по изучению дисциплины в процессе аудиторных занятий..... 3
2.1. Рекомендации по подготовке к лекционным занятиям (теоретический курс) 3
2.2. Рекомендации по подготовке к практическим (семинарским) занятиям 3
3. Методические рекомендации по выполнению различных форм самостоятельных заданий 4
3.1. Методические рекомендации по работе с литературой 4
3.2. Методические рекомендации по подготовке научного доклада 4
3.3. Методические рекомендации по подготовке реферата 5

1. Общие положения

Методические указания по освоению дисциплины **«Клиническая фармакология»** адресованы студентам очной формы обучения. Учебным планом по направлению подготовки 31.05.01 «Лечебное дело», предусмотрены следующие виды занятий: лекции; практические занятия;

2. Методические рекомендации по изучению дисциплины в процессе аудиторных занятий.

2.1 Рекомендации по подготовке к лекционным занятиям (теоретический курс)

Изучение дисциплины требует систематического и последовательного накопления знаний. Студентам необходимо вести конспект прослушанных лекций. Перед очередной лекцией необходимо просмотреть по конспекту материал предыдущей лекции. При затруднениях в восприятии материала следует обратиться к основным литературным источникам. Если разобраться в материале не удалось, то следует обратиться к лектору (по графику его консультаций) или к преподавателю на практических занятиях.

2.2 Рекомендации по подготовке к практическим (семинарским) занятиям

Студентам следует:

- ознакомиться с заданием к занятию; определить примерный объем работы по подготовке к ним; выделить вопросы и задачи, ответы на которые или выполнение и решение без предварительной подготовки не представляется возможным;
- иметь в виду и то, что в библиотеке учебного заведения не всегда имеются в наличии все рекомендованные источники, их необходимо найти заранее.
- приносить с собой рекомендованную преподавателем литературу к конкретному занятию;
- до очередного практического занятия по рекомендованным литературным источникам проработать теоретический материал, соответствующей темы занятия;
- пользоваться техническими средствами обучения и дидактическими материалами, которыми располагает учебное заведение.
- при подготовке к практическим занятиям следует обязательно использовать не только лекции, учебную литературу, но и нормативно-правовые акты и материалы правоприменительной практики;
- теоретический материал следует соотносить с правовыми нормами, так как в них могут быть внесены изменения, дополнения, которые не всегда отражены в учебной литературе;
- при ответах на вопросы и решения задач необходимо внимательно прочитать их текст и попытаться дать аргументированное объяснение с обязательной ссылкой на соответствующую правовую норму;
- в начале занятий задать преподавателю вопросы по материалу, вызвавшему затруднения в его понимании и освоении при решении задач, заданных для самостоятельного решения;
- по ходу семинара давать конкретные, четкие ответы по существу вопросов. Структура ответов может быть различной: либо вначале делается вывод, а затем приводятся аргументы, либо дается развернутая аргументация принятого решения, на основании которой предлагается ответ. Возможны и несколько вариантов ответов, которые должны быть обоснованны.
- на занятии доводить каждую задачу до окончательного решения, демонстрировать понимание проведенного анализа проблемной ситуации, в случае затруднений обращаться к преподавателю.

Студентам, пропустившим занятия (независимо от причин), не имеющие письменного решения задач или не подготовившиеся к данному практическому занятию, рекомендуется не позже чем в 2-недельный срок явиться на консультацию к преподавателю и отчитаться по теме, изучавшейся на занятии. Студенты, не отчитавшиеся по каждой не проработанной ими на занятиях теме к началу зачетной сессии, упускают возможность получить положенные баллы за работу в соответствующем семестре.

3. Методические рекомендации по выполнению различных форм самостоятельных заданий

Самостоятельная работа студентов включает в себя выполнение различного рода заданий, которые ориентированы на более глубокое усвоение материала изучаемой дисциплины. По каждой теме учебной дисциплины Студентам предлагается перечень заданий для самостоятельной работы. К выполнению заданий для самостоятельной работы предъявляются следующие требования: задания должны исполняться самостоятельно и представляться в установленный срок, а также соответствовать установленным требованиям по оформлению.

Студентам следует:

- руководствоваться графиком самостоятельной работы, определенным рабочей программой дисциплины;
- выполнять все плановые задания, выдаваемые преподавателем для самостоятельного выполнения, и разбирать на семинарах и консультациях неясные вопросы;
- использовать при подготовке нормативные документы университета, а именно, положение о написании письменных работ.

3.1 Методические рекомендации по работе с литературой.

Любая форма самостоятельной работы студента (подготовка к семинарскому занятию, написание эссе, курсовой работы, доклада и т.п.) начинается с изучения соответствующей литературы.

К каждой теме учебной дисциплины подобрана основная и дополнительная литература, которая указана в соответствующем разделе рабочей программы.

Основная литература - это учебники и учебные пособия.

Дополнительная литература - это монографии, сборники научных трудов, журнальные и газетные статьи, различные справочники, энциклопедии, интернет ресурсы.

Рекомендации студенту:

выбранную монографию или статью целесообразно внимательно просмотреть. В книгах следует ознакомиться с оглавлением и научно-справочным аппаратом, прочитать аннотацию и предисловие. Целесообразно ее пролистать, рассмотреть иллюстрации, таблицы, диаграммы, приложения. Такое поверхностное ознакомление позволит узнать, какие главы следует читать внимательно, а какие прочитать быстро;

- в книге или журнале, принадлежащие самому студенту, ключевые позиции можно выделять маркером или делать пометки на полях. При работе с Интернет -источником целесообразно также выделять важную информацию;
- если книга или журнал не являются собственностью студента, то целесообразно записывать номера страниц, которые привлекли внимание. Позже следует возвратиться к ним, перечитать или переписать нужную информацию. Физическое действие по записыванию помогает прочно заложить данную информацию в «банк памяти».

Выделяются следующие виды записей при работе с литературой:

Конспект - краткая схематическая запись основного содержания научной работы. Целью является не переписывание произведения, а выявление его логики, системы доказательств, основных выводов. Хороший конспект должен сочетать полноту изложения с краткостью.

Цитата - точное воспроизведение текста. Заключается в кавычки. Точно указывается страница источника.

Тезисы - концентрированное изложение основных положений прочитанного материала.

Аннотация - очень краткое изложение содержания прочитанной работы. Резюме - наиболее общие выводы и положения работы, ее концептуальные итоги.

Записи в той или иной форме не только способствуют пониманию и усвоению изучаемого материала, но и помогают вырабатывать навыки ясного изложения в письменной форме тех или иных теоретических вопросов.

3.2 Методические рекомендации по подготовке научного доклада

Одной из форм самостоятельной работы студента является подготовка научного доклада, для обсуждения его на практическом (семинарском) занятии.

Цель научного доклада - развитие у студентов навыков аналитической работы с научной литературой, анализа дискуссионных научных позиций, аргументации собственных взглядов. Подготовка научных докладов также развивает творческий потенциал студентов.

Научный доклад готовится под руководством преподавателя, который ведет практические (семинарские) занятия.

Рекомендации студенту:

- перед началом работы по написанию научного доклада согласовать с преподавателем тему, структуру, литературу, а также обсудить ключевые вопросы, которые следует раскрыть в докладе;
- представить доклад научному руководителю в письменной форме;
- выступить на семинарском занятии с 5-7-минутной презентацией своего научного доклада, ответить на вопросы студентов группы.

Требования:

- к оформлению научного доклада: шрифт - Times New Roman, размер шрифта -14, межстрочный интервал -1, размер полей - 2 см, отступ в начале абзаца - 1 см, форматирование по ширине); листы доклада скреплены скоросшивателем. На титульном листе указывается наименование учебного заведения, название кафедры, наименование дисциплины, тема доклада, ФИО студента;
- к структуре доклада - введение (указывается актуальность, цель и задачи), основная часть, выводы автора, список литературы (не менее 5 позиций источников научной литературы (научные статьи и монографии). Объем согласовывается с преподавателем. В конце работы ставится дата ее выполнения и подпись студента, выполнившего работу.

Общая оценка за доклад учитывает содержание доклада, его презентацию, а также ответы на вопросы.

3.3 Методические рекомендации по подготовке реферата

Целью написания рефератов является:

- привитие студентам навыков библиографического поиска необходимой литературы (на бумажных носителях, в электронном виде);

привитие студентам навыков компактного изложения мнения авторов и своего суждения по выбранному вопросу в письменной форме, научно грамотным языком и в хорошем стиле;

- приобретение навыка грамотного оформления ссылок на используемые источники, правильного цитирования авторского текста;
- выявление и развитие у студента интереса к определенной научной и практической проблематике с тем, чтобы исследование ее в дальнейшем продолжалось в подготовке и написании курсовых и дипломной работы и дальнейших научных трудах.

Основные задачи студента при написании реферата:

- с максимальной полнотой использовать литературу по выбранной теме (как рекомендуемую, так и самостоятельно подобранную) для правильного понимания авторской позиции;
- верно (без искажения смысла) передать авторскую позицию в своей работе;
- уяснить для себя и изложить причины своего согласия (несогласия) с тем или иным автором по данной проблеме.

Требования к содержанию:

- материал, использованный в реферате, должен относится строго к выбранной теме;
- необходимо изложить основные аспекты проблемы не только грамотно, но и в соответствии с той или иной логикой (хронологической, тематической, событийной и др.)
- при изложении следует сгруппировать идеи разных авторов по общности точек зрения или по научным школам;
- реферат должен заканчиваться подведением итогов проведенной исследовательской работы: содержать краткий анализ-обоснование преимуществ той точки зрения по рассматриваемому вопросу, с которой Вы солидарны.

Структура реферата.

1. Титульный лист.

На титульном листе указывается наименование учебного заведения, название кафедры, наименование дисциплины, тема реферата, ФИО студента, ФИО и должность проверившего преподавателя;

2. Оглавление.

Оглавление - это план реферата, в котором каждому разделу должен соответствовать номер страницы, на которой он находится.

3. Текст реферата.

Текст реферата делится на три части: введение, основная часть и заключение.

а) Введение - раздел реферата, посвященный постановке проблемы, которая будет

рассматриваться и обоснованию выбора темы.

б) Основная часть - это звено работы, в котором последовательно раскрывается выбранная тема. Основная часть может быть представлена как цельным текстом, так и разделена на главы. При необходимости текст реферата может дополняться иллюстрациями, таблицами, графиками, но ими не следует "перегружать" текст.

в) Заключение - данный раздел реферата должен быть представлен в виде выводов, которые готовятся на основе подготовленного текста. Выводы должны быть краткими и четкими. Также в заключении можно обозначить проблемы, которые "высветились" в ходе работы над рефератом, но не были раскрыты в работе.

4. Список источников и литературы.

В данном списке называются как те источники, на которые ссылается студент при подготовке реферата, так и все иные, изученные им в связи с его подготовкой. В работе должно быть использовано не менее 7 разных источников. Работа, выполненная с использованием материала, содержащегося в одном научном источнике, является явным плагиатом и не принимается. Оформление Списка источников и литературы должно соответствовать требованиям, принятым в университете.

Объем и технические требования, предъявляемые к выполнению реферата.

Объем работы должен быть, как правило, не менее 15 и не более 20 страниц. Работа должна выполняться через одинарный интервал 14 шрифтом, размеры оставляемых полей - 2 см. Страницы должны быть пронумерованы.

При цитировании необходимо соблюдать следующие правила:

- текст цитаты заключается в кавычки и приводится без изменений, без произвольного сокращения цитируемого фрагмента (пропуск слов, предложений или абзацев допускается, если не влечет искажения всего фрагмента, и обозначается многоточием, которое ставится на месте пропуска) и без искажения смысла;
- каждая цитата должна сопровождаться ссылкой на источник, библиографическое описание которого должно приводиться в соответствии с предъявляемыми требованиями.

Методические материалы, определяющие процедуры оценивания знаний, умений, навыков и (или) опыта деятельности

Устный ответ

Оценка знаний предполагает дифференцированный подход к обучающемуся, учет его индивидуальных способностей, степень усвоения и систематизации основных понятий и категорий по дисциплине. Кроме того, оценивается не только глубина знаний поставленных вопросов, но и умение использовать в ответе практический материал. Оценивается культура речи, владение навыками ораторского искусства.

Критерии оценивания: последовательность, полнота, логичность изложения, анализ различных точек зрения, самостоятельное обобщение материала, использование профессиональных терминов, культура речи, навыки ораторского искусства. Изложение материала без фактических ошибок.

Оценка *«отлично»* ставится в случае, когда материал излагается исчерпывающе, последовательно, грамотно и логически стройно, при этом раскрываются не только основные понятия, но и анализируются точки зрения различных авторов. Обучающийся не затрудняется с ответом, соблюдает культуру речи.

Оценка *«хорошо»* ставится, если обучающийся твердо знает материал, грамотно и по существу излагает его, знает практическую базу, но при ответе на вопрос допускает несущественные погрешности.

Оценка *«удовлетворительно»* ставится, если обучающийся освоил только основной материал, но не знает отдельных деталей, допускает неточности, недостаточно правильные формулировки, нарушает последовательность в изложении материала, затрудняется с ответами, показывает отсутствие должной связи между анализом, аргументацией и выводами.

Оценка *«неудовлетворительно»* ставится, если обучающийся не отвечает на поставленные вопросы.

Творческое задание

Эссе - это небольшая по объему письменная работа, сочетающая свободные, субъективные

рассуждения по определенной теме с элементами научного анализа. Текст должен быть легко читаем, но необходимо избегать нарочито разговорного стиля, сленга, шаблонных фраз. Объем эссе составляет примерно 2 - 2,5 стр. 12 шрифтом с одинарным интервалом (без учета титульного листа).

Критерии оценивания - оценка учитывает соблюдение жанровой специфики эссе, наличие логической структуры построения текста, наличие авторской позиции, ее научность и связь с современным пониманием вопроса, адекватность аргументов, стиль изложения, оформление работы. Следует помнить, что прямое заимствование (без оформления цитат) текста из Интернета или электронной библиотеки недопустимо.

Оценка *«отлично»* ставится в случае, когда определяется: наличие логической структуры построения текста (вступление с постановкой проблемы; основная часть, разделенная по основным идеям; заключение с выводами, полученными в результате рассуждения); наличие четко определенной личной позиции по теме эссе; адекватность аргументов при обосновании личной позиции, стиль изложения.

Оценка *«хорошо»* ставится, когда в целом определяется: наличие логической структуры построения текста (вступление с постановкой проблемы; основная часть, разделенная по основным идеям; заключение с выводами, полученными в результате рассуждения); но не прослеживается наличие четко определенной личной позиции по теме эссе; не достаточно аргументов при обосновании личной позиции

Оценка *«удовлетворительно»* ставится, когда в целом определяется: наличие логической структуры построения текста (вступление с постановкой проблемы; основная часть, разделенная по основным идеям; заключение). Но не прослеживаются четкие выводы, нарушается стиль изложения

Оценка *«неудовлетворительно»* ставится, если не выполнены никакие требования

Кейсы (ситуации и задачи с заданными условиями)

Обучающийся должен уметь выделить основные положения из текста задачи, которые требуют анализа и служат условиями решения. Исходя из поставленного вопроса в задаче, попытаться максимально точно определить проблему и соответственно решить ее.

Задачи могут решаться устно и/или письменно. При решении задач также важно правильно сформулировать и записать вопросы, начиная с более общих и, кончая частными.

Критерии оценивания - оценка учитывает методы и средства, использованные при решении ситуационной, проблемной задачи.

Оценка *«отлично»* ставится в случае, когда обучающийся выполнил задание (решил задачу), используя в полном объеме теоретические знания и практические навыки, полученные в процессе обучения.

Оценка *«хорошо»* ставится, если обучающийся в целом выполнил все требования, но не совсем четко определяется опора на теоретические положения, изложенные в научной литературе по данному вопросу.

Оценка *«удовлетворительно»* ставится, если обучающийся показал положительные результаты в процессе решения задачи.

Оценка *«неудовлетворительно»* ставится, если обучающийся не выполнил все требования.

Деловая игра

Необходимо разбиться на несколько команд, которые должны поочередно высказать свое мнение по каждому из заданных вопросов. Мнение высказывающейся команды засчитывается, если противоположная команда не опровергнет его контраргументами. Команда, чье мнение засчитано как верное (не получило убедительных контраргументов от противоположных команд), получает один балл. Команда, опровергнувшая мнение противоположной команды своими контраргументами, также получает один балл. Побеждает команда, получившая максимальное количество баллов.

Ролевая игра как правило имеет фабулу (ситуацию, казус), распределяются роли, подготовка осуществляется за 2-3 недели до проведения игры.

Критерии оценивания - оцениваются действия всех участников группы. Понимание проблемы, высказывания и действия полностью соответствуют заданным целям. Соответствие реальной действительности решений, выработанных в ходе игры. Владение терминологией, демонстрация владения учебным материалом по теме игры, владение методами аргументации,

умение работать в группе (умение слушать, конструктивно вести беседу, убеждать, управлять временем, бесконфликтно общаться), достижение игровых целей, (соответствие роли - при ролевой игре). Ясность и стиль изложения.

Оценка *«отлично»* ставится в случае, выполнения всех критериев.

Оценка *««хорошо»* ставится, если обучающиеся в целом демонстрируют понимание проблемы, высказывания и действия полностью соответствуют заданным целям. Решения, выработанные в ходе игры, полностью соответствуют реальной действительности. Но некоторые объяснения не совсем аргументированы, нарушены нормы общения, нарушены временные рамки, нарушен стиль изложения.

Оценка *«удовлетворительно»* ставится, если обучающиеся в целом демонстрируют понимание проблемы, высказывания и действия в целом соответствуют заданным целям. Однако, решения, выработанные в ходе игры, не совсем соответствуют реальной действительности. Некоторые объяснения не совсем аргументированы, нарушены временные рамки, нарушен стиль изложения.

Оценка *«неудовлетворительно»* ставится, если обучающиеся не понимают проблему, их высказывания не соответствуют заданным целям.

Информационный проект (доклад с презентацией)

Информационный проект - проект, направленный на стимулирование учебно - познавательной деятельности студента с выраженной эвристической направленностью (поиск, отбор и систематизация информации об объекте, оформление ее для презентации).

Информационный проект отличается от исследовательского проекта, поскольку представляет собой такую форму учебно-познавательной деятельности, которая отличается ярко выраженной эвристической направленностью.

Критерии оценивания - при выставлении оценки учитывается самостоятельный поиск, отбор и систематизация информации, раскрытие вопроса (проблемы), ознакомление обучающихся с этой информацией (представление информации), ее анализ и обобщение, оформление, полные ответы на вопросы аудитории с примерами.

Оценка *«отличн*о» ставится в случае, когда обучающийся полностью раскрывает вопрос (проблему), представляет информацию систематизировано, последовательно, логично, взаимосвязано, использует более 5 профессиональных терминов, широко использует информационные технологии, ошибки в информации отсутствуют, дает полные ответы на вопросы аудитории с примерами.

Оценка *«хорошо»* ставится, если обучающийся раскрывает вопрос (проблему), представляет информацию систематизировано, последовательно, логично, взаимосвязано, использует более 2 профессиональных терминов, достаточно использует информационные технологии, допускает не более 2 ошибок в изложении материала, дает полные или частично полные ответы на вопросы аудитории.

Оценка *«удовлетворительно»* ставится, если обучающийся, раскрывает вопрос (проблему) не полностью, представляет информацию не систематизировано и не совсем последовательно, использует 1 -2 профессиональных термина, использует информационные технологии, допускает 3-4 ошибки в изложении материала, отвечает только на элементарные вопросы аудитории без пояснений.

Оценка *«неудовлетворительно»* ставится, если вопрос не раскрыт, представленная информация логически не связана, не используются профессиональные термины, допускает более 4 ошибок в изложении материала, не отвечает на вопросы аудитории.

Дискуссионные процедуры

Круглый стол, дискуссия, полемика, диспут, дебаты, мини-конференции являются средствами, позволяющими включить обучающихся в процесс обсуждения спорного вопроса, проблемы и оценить их умение аргументировать собственную точку зрения. Задание дается заранее, определяется круг вопросов для обсуждения, группы участников этого обсуждения.

Дискуссионные процедуры могут быть использованы для того, чтобы студенты:

-лучше поняли усвояемый материал на фоне разнообразных позиций и мнений, не обязательно достигая общего мнения;

- смогли постичь смысл изучаемого материала, который иногда чувствуют интуитивно, но не могут высказать вербально, четко и ясно, или конструировать новый смысл, новую позицию;

- смогли согласовать свою позицию или действия относительно обсуждаемой проблемы.

Критерии оценивания - оцениваются действия всех участников группы. Понимание проблемы, высказывания и действия полностью соответствуют заданным целям. Соответствие реальной действительности решений, выработанных в ходе игры. Владение терминологией, демонстрация владения учебным материалом по теме игры, владение методами аргументации, умение работать в группе (умение слушать, конструктивно вести беседу, убеждать, управлять временем, бесконфликтно общаться), достижение игровых целей, (соответствие роли - при ролевой игре). Ясность и стиль изложения.

Оценка *«отлично»* ставится в случае, когда все требования выполнены в полном объеме.

Оценка *««хорошо»* ставится, если обучающиеся в целом демонстрируют понимание проблемы, высказывания и действия полностью соответствуют заданным целям. Решения, выработанные в ходе игры, полностью соответствуют реальной действительности. Но некоторые объяснения не совсем аргументированы, нарушены нормы общения, нарушены временные рамки, нарушен стиль изложения.

Оценка *«удовлетворительно»* ставится, если обучающиеся в целом демонстрируют понимание проблемы, высказывания и действия в целом соответствуют заданным целям. Однако, решения, выработанные в ходе игры, не совсем соответствуют реальной действительности. Некоторые объяснения не совсем аргументированы, нарушены временные рамки, нарушен стиль изложения.

Оценка *«неудовлетворительно»* ставится, если обучающиеся не понимают проблему, их высказывания не соответствуют заданным целям.

Тестирование

Является одним из средств контроля знаний, обучающихся по дисциплине.

Критерии оценивания - правильный ответ на вопрос

Оценка *«отлично»* ставится в случае, если правильно выполнено 90-100% заданий

Оценка *«хорошо»* ставится, если правильно выполнено 70-89% заданий

Оценка *«удовлетворительно»* ставится в случае, если правильно выполнено 50-69% заданий

Оценка *«неудовлетворительно»* ставится, если правильно выполнено менее 50% заданий

Контрольная работа

Оценивается не только глубина знаний поставленных вопросов, но и умение изложить письменно.

Критерии оценивания: последовательность, полнота, логичность изложения, анализ различных точек зрения, самостоятельное обобщение материала. Изложение материала без фактических ошибок.

Оценка *«отлично»* ставится в случае, когда соблюдены все критерии.

Оценка *«хорошо»* ставится, если обучающийся твердо знает материал, грамотно и по существу излагает его, знает практическую базу, но допускает несущественные погрешности.

Оценка *«удовлетворительно»* ставится, если обучающийся освоил только основной материал, но не знает отдельных деталей, допускает неточности, недостаточно правильные формулировки, нарушает последовательность в изложении материала, затрудняется с ответами, показывает отсутствие должной связи между анализом, аргументацией и выводами.

Оценка *«неудовлетворительно»* ставится, если обучающийся не отвечает на поставленные вопросы.

МИНИСТЕРСТВО НАУКИ И ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
Федеральное государственное бюджетное образовательное
учреждение высшего образования
«ЧЕЧЕНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ УНИВЕРСИТЕТ ИМ. А.А.КАДЫРОВА»
МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ
Кафедра гуманитарных, естественнонаучных и социальных дисциплин

МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ИЗУЧЕНИЮ УЧЕБНОЙ ДИСЦИПЛИНЫ

«Латинский язык»

Грозный

Сатуева Е.А. Методические рекомендации по изучению учебной дисциплины «Латинский язык» / Сост. Сатуева Е.А., – Грозный: ФГБОУ ВО «Чеченский государственный университет им. А.А. Кадырова».

© Сатуева Е.А.

© ФГБОУ ВО «Чеченский государственный университет им. А.А. Кадырова».

СОДЕРЖАНИЕ

1. Общие положения 4
2. Методические рекомендации по изучению дисциплины в процессе аудиторных занятий. 4
2.1. Рекомендации по подготовке к практическим занятиям 4
3. Методические рекомендации по выполнению различных форм самостоятельных заданий 4
3.1. Методические рекомендации по работе с литературой. 5

1. Общие положения

Методические указания по освоению дисциплины «Латинский язык» адресованы студентам очной формы обучения.

Учебным планом по направлениям подготовки предусмотрены следующие виды занятий:

- практические занятия;

2. Методические рекомендации по изучению дисциплины в процессе аудиторных занятий.

2.1. Рекомендации по подготовке к практическим занятиям

Студентам следует:

- ознакомиться с заданием к занятию; определить примерный объем работы по подготовке к ним; выделить вопросы и задачи, ответы на которые или выполнение и решение без предварительной подготовки не представляется возможным;
- иметь в виду и то, что в библиотеке учебного заведения не всегда имеются в наличии все рекомендованные источники, их необходимо найти заранее.
- приносить с собой рекомендованную преподавателем литературу к конкретному занятию;
- до очередного практического занятия по рекомендованным литературным источникам проработать теоретический материал, соответствующей темы занятия;
- пользоваться техническими средствами обучения и дидактическими материалами, которыми располагает учебное заведение.
- в начале занятий задать преподавателю вопросы по материалу, вызвавшему затруднения в его понимании и освоении при решении задач, заданных для самостоятельного решения;
- по ходу занятия давать конкретные, четкие ответы по существу вопросов.

Возможны и несколько вариантов ответов, которые должны быть обоснованны.

- на занятии доводить каждую задачу до окончательного решения, демонстрировать понимание проведенного анализа проблемной ситуации, в случае затруднений обращаться к преподавателю.

Студентам, пропустившим занятия (независимо от причин), не имеющие письменного решения заданий или не подготовившиеся к данному практическому занятию, рекомендуется не позже чем в 2-недельный срок явиться на консультацию к преподавателю и отчитаться по теме, изучавшейся на занятии. Студенты, не отчитавшиеся по каждой не проработанной ими на занятиях теме к началу зачетной сессии, упускают возможность получить положенные баллы за работу в соответствующем семестре.

3. Методические рекомендации по выполнению различных форм самостоятельных заданий

Самостоятельная работа студентов включает в себя выполнение различного рода заданий, которые ориентированы на более глубокое усвоение материала изучаемой дисциплины. По каждой теме учебной дисциплины студентам предлагается перечень заданий для самостоятельной работы.

К выполнению заданий для самостоятельной работы предъявляются следующие требования: задания должны исполняться самостоятельно и представляться в установленный срок, а также соответствовать установленным требованиям по оформлению.

Студентам следует:

- руководствоваться графиком самостоятельной работы, определенным рабочей программой дисциплины;
- выполнять все плановые задания, выдаваемые преподавателем для самостоятельного выполнения, и разбирать на семинарах и консультациях неясные вопросы;
- использовать при подготовке нормативные документы университета.

3.1. Методические рекомендации по работе с литературой.

Любая форма самостоятельной работы студента начинается с изучения соответствующей литературы.

К каждой теме учебной дисциплины подобрана основная и дополнительная литература, которая указана в соответствующем разделе рабочей программы.

Основная литература - это учебники и учебные пособия.

Дополнительная литература - это различные справочники, энциклопедии, интернет ресурсы.

Рекомендации студенту:

В книгах следует ознакомиться с оглавлением и научно-справочным аппаратом.

Целесообразно ее пролистать, рассмотреть иллюстрации, таблицы, диаграммы, приложения.

Такое поверхностное ознакомление позволит узнать, какие главы следует читать внимательно, а какие прочитать быстро;

- в книге, принадлежащем самому студенту, ключевые позиции можно выделять маркером или делать пометки на полях.

При работе с Интернет -источником целесообразно также выделять важную информацию;
- если книга не является собственностью студента, то целесообразно записывать номера страниц, которые привлекли внимание. Позже следует возвратиться к ним, перечитать или переписать нужную информацию.

МИНИСТЕРСТВО НАУКИ И ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования
«Чеченский государственный университет
имени Ахмата Абдулхамидовича Кадырова»

МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ
Кафедра поликлинической терапии

МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ИЗУЧЕНИЮ УЧЕБНОЙ ДИСЦИПЛИНЫ «Медицинская реабилитация»

Код направления подготовки (специальности)	31.05.01
Направление подготовки (специальности)	Лечебное дело
Квалификация выпускника	Врач- лечебник
Форма обучения	Очная

Грозный

СОДЕРЖАНИЕ

1. Методические основы по организации самостоятельной работы обучающихся.
2. Методические рекомендации для организации и проведения практических занятий.
3. Методические рекомендации по выполнению рефератов.
4. Методические рекомендации по подготовке и созданию презентаций.
5. Организация самостоятельной работы обучающихся при подготовке к текущей, промежуточной аттестациям.
6. Методические материалы по самостоятельной работе обучающегося при прохождении производственной практики

1. Методические основы по организации самостоятельной работы обучающихся

Самостоятельная работа по дисциплинам является обязательным элементом федеральных государственных образовательных стандартов по программам высшего образования.

Самостоятельная работа обучающегося – организационная форма обучения - система педагогических условий, обеспечивающих управление учебной деятельностью обучающихся по освоению знаний и умений в учебной и научной деятельности без посторонней помощи.

Самостоятельная работа обучающихся является специфическим педагогическим средством организации и сопровождения самостоятельной деятельности обучающихся в учебном процессе.

Цели

К целям самостоятельной работы относится:

— формирование способностей у обучающегося к саморазвитию, самосовершенствованию и самореализации;

— развитие исследовательских умений.

— фиксирование и систематизирование полученных теоретических познаний и практического опыта; формирование умений использовать научную, правовую, справочную и специальную литературу;

— развитие познавательных способностей и инициативности обучающихся, ответственность, организованность, стремление к саморазвитию; формирование умения правильно пользоваться полученным ранее материалом, собранным в процессе самостоятельного наблюдения, выполнения заданий различного характера.

Формы самостоятельной работы

При обучении используются следующие виды и формы самостоятельной работы:

— подготовка к практическим занятиям;

— подготовка и написание рефератов; - подготовка докладов на заданные темы рефератов, либо выбранные по заданному направлению;

— изучение и систематизация нормативно-правовых документов, регламентирующих деятельность в сфере обращения лекарственных средств в части организационно-управленческих вопросов с использованием информационно-справочных систем «Консультант Плюс», «Консультант врача», компьютерной сети «Интернет»;

— изучение учебной, научной и методической литературы, материалов периодической литературы с использованием электронных библиотечных систем, официальных статистических данных, научной периодики; - создание презентации;

— подготовка к устному опросу, к дискуссии;

— тестирование;

— решение ситуационных задач;

— подготовка к текущей, промежуточной аттестации и т.д.

Контроль результатов внеаудиторной самостоятельной работы преподаватель осуществляет в начале каждого семинарского/практического занятия.

Контроль результатов аудиторной самостоятельной работы осуществляется в пределах времени, отведенного на практические занятия по дисциплине. В зависимости от сложности познавательной деятельности при изучении дисциплин используется три уровня самостоятельной работы:

— репродуктивная самостоятельная работа, которая включает изучение основной и дополнительной рекомендованной литературы, изучение методических рекомендаций к занятию, решение типовых задач, ситуаций;

— реконструктивная самостоятельная работа включает в себя подготовку к презентациям, сообщениям по заданной теме, решение профессиональных задач, моделирование профессиональной деятельности;

— творческая самостоятельная работа включает анализ, обобщение и систематизацию научных и нормативно-правовых документов, самостоятельное составление ситуаций, задач, проектов, составление выступлений по проблемам профессиональной деятельности.
Контроль результатов внеаудиторной самостоятельной работы преподаватель осуществляет на семинарском/практическом занятии.
Самостоятельная работа начинается с изучения рабочей программы дисциплины, отражена в рабочих программах дисциплин.
Для конспектирования лекционного материала, а также выполнения семинарских/практических работ требуются рабочие тетради.
Самостоятельная работа обучающегося подразделяется на аудиторную и внеаудиторную самостоятельную работу
Аудиторная самостоятельная работа по дисциплинам выполняется на учебных занятиях (семинарские или практические) под непосредственным руководством преподавателя и по его заданию.
Основными видами аудиторной самостоятельной работы являются:
— выполнение практических работ;
— работа с нормативно-правовыми документами в области обращения лекарственных средств;
— решение ситуационных/симуляционных задач;
— презентация результатов научно-исследовательской работы по заданным темам
Выполнение практических работ осуществляется на семинарских/практических занятиях в соответствии с графиком учебного процесса и расписанием занятий.
Работа с основной, дополнительной литературой, эмпирическими и статистическими данными, как правило, основана на изучении документов и данных, их обобщении и представлении.
Решение ситуационных задач используется на семинарских/практических занятиях. Проблемная/ситуационная задача должна иметь четкую формулировку, к ней должны быть поставлены вопросы, ответы на которые необходимо найти и обосновать.
Критерии для оценки каждого вида аудиторной самостоятельной работы обучающегося разрабатываются преподавателем для конкретной дисциплины /цикла из предложенного перечня критериев оценки результатов аудиторной самостоятельной работы:
— уровень освоения учебного материала;
— умение использовать теоретические знания при выполнении лабораторных, практических, ситуационных, симуляционных задач;
— сформированность заявленных умений по теме аудиторного занятия;
— обоснованность и четкость изложения ответов;
— оформление материала в соответствии с требованиями, заявленными в задании;
— уровень самостоятельности обучающегося при выполнении аудиторной самостоятельной работы.
Внеаудиторная самостоятельная работа является элементом каждой темы дисциплин.
Планирование времени, необходимого на внеаудиторное самостоятельное изучение дисциплин, обучающие должны осуществлять весь семестр, предусматривая при этом регулярное повторение материала.
Материал, законспектированный на лекциях, необходимо регулярно прорабатывать и дополнять сведениями из других источников литературы, представленных не только в программах дисциплин, но и в периодических профильных научных изданиях, материалах конференций.
При изучении дисциплин сначала необходимо по каждой теме прочитать рекомендованную литературу и составить краткий конспект основных положений, терминов, сведений, требующих запоминания и являющихся основополагающими в этой теме для освоения последующих тем курса. Для расширения знания по дисциплине

рекомендуется использовать Интернет-ресурсы; проводить поиски в различных системах и использовать материалы сайтов, рекомендованных преподавателем.
При выполнении самостоятельной работы по написанию реферата необходимо: прочитать теоретический материал в рекомендованной литературе, периодических изданиях, на Интернет-сайтах; творчески переработать изученный материал и представить его для отчета в форме реферата, проиллюстрировав схемами, диаграммами, фотографиями и рисунками.
Тексты докладов и рефератов должны быть изложены внятно, простым и ясным языком.
Для обеспечения внеаудиторной самостоятельной работы по каждой теме дисциплин/блоку разработаны:
а) перечень основной и дополнительной литературы;
б) вопросы для самоконтроля.
При выполнении внеаудиторной самостоятельной работы обучающийся имеет право обращаться к преподавателю за консультацией с целью уточнения задания, формы контроля выполненного задания.
Контроль результатов внеаудиторной самостоятельной работы отражается в индивидуальном плане после выполнения внеаудиторной самостоятельной работы.
Критерии оценки внеаудиторной работы формируются преподавателем самостоятельно для каждого вида работы. Основными критериями оценки внеаудиторной работы обучающегося выступают:
- уровень освоения материала;
- уровень умения использовать теоретические знания при выполнении заданий, решении ситуационных задач;
- обоснованность и четкость изложения ответов,
- результаты тестирования по шкале оценок;
- уровень умения использовать электронные образовательные ресурсы;
- умение четко формулировать проблему, предложив ее решение, критическая оценка последствий решения;
- уровень умения сформулировать собственную позицию и аргументировать ее.

Качество выполнения внеаудиторной самостоятельной работы оценивается посредством текущего контроля самостоятельной работы обучающегося. Текущий контроль представляет собой форму планомерного контроля качества и объема осваиваемых компетенций в процессе изучения конкретной дисциплины, проводится на семинарских/практических занятиях и во время индивидуальной работы преподавателя с обучающимися.

Шкала оценивания внеаудиторной самостоятельной работы:
Зачтено – задание выполнено полно и правильно, изложено в правильных нормативных формулировках с использованием точного понятийного аппарата, с использованием рекомендованных источников литературы, продемонстрировано умение формулировать проблему, предложены пути ее решения, проведена критическая оценка последствий такого решения, а также умение формулировать собственную позицию и аргументировать ее.
Не зачтено – обучающийся не выполнил задание либо выполнил не в полном объеме, демонстрирует несформированность понятийного аппарата по теме, отсутствие умения формулировать проблему, обобщать материал, не может аргументировать свой ответ.

2. Методические рекомендации для организации и проведения практических занятий

Практическое занятие - вид учебных занятий, при котором в результате предварительной работы над учебным материалом преподавателя и студента, в обстановке их контактной работы в аудитории решаются задачи познавательного и воспитательного характера.
Цель такой формы обучения – углубленное изучение дисциплины, закрепление полученного теоретического материала в форме внеаудиторной самостоятельной работы, овладение методологией научного познания и формирования базовых умений. Немаловажным преимуществом практических занятий является и формирование навыков профессиональной дискуссии.
Задачи практических занятий:
- мотивация к регулярному изучению теоретического учебного материала, основной, дополнительной литературы;
- закрепление теоретических знаний, полученных при прослушивании лекций и во время внеаудиторной самостоятельной работы;
- получение навыков устного и публичного выступления по теоретическим вопросам, включая навыки по свободному оперированию организационными и управленческими понятиями и категориями;
- формирование навыков по универсальным и профессиональным компетенциям;
- возможность преподавателю систематически контролировать как самостоятельную работу студента, так и свою работу.

Практические занятия проводятся по плану.
Каждая тема практического занятия, как правило, включает: цель занятия, перечень основных и дополнительных источников литературы, вопросы к устному обсуждению на занятии, ситуационные задачи и перечень заданий, которые обучающиеся самостоятельно должны решить на практическом занятии.
Каждое практическое занятие посвящено, как правило, изучению нескольких компетенций и включает три основных этапа.
Первый этап - устный опрос по заранее сформулированным вопросам либо представление докладов/презентаций, подготовленных в рамках внеаудиторной самостоятельной работы по заранее сформулированным требованиям. Важнейшей частью этапа, является обсуждение представленных докладов/презентаций. Цель преподавателя – организовать обмен мнениями, дискуссию в группе, скорректировать уровень подготовленности студентов.
Одним из возможных элементов первого этапа является решение ситуационных задач, которые максимально приближены к профессиональной деятельности.
Требования к ответам обучающихся – самостоятельность в подборе фактического материала и аналитическом отношении к нему, умение рассматривать примеры и факты во взаимосвязи и взаимообусловленности, отбирать наиболее существенные из них.
Для оценивания первого (теоретического) этапа занятия используются знания, умения, владения, которые заявлены на каждое занятие:
1) знание учебного материала и владение понятийным аппаратом по теме занятия;
2) умение связывать теорию с практикой;
3) умение иллюстрировать ответ примерами, фактами, данными научных исследований;
4) умение применять теоретические знания при решении ситуационных задач.

Второй этап – аудиторное самостоятельное выполнение семинарских /практических заданий, которые обучающийся выполняет индивидуально либо в группе, если такое предусмотрено заданием.
В процессе выполнения самостоятельной аудиторной работы обучающийся имеет право на получение индивидуальных консультаций у преподавателя.
По окончании выполнения аудиторной самостоятельной работы обучающийся сдает отчет о выполнении самостоятельных лабораторных заданий преподавателю, который оценивается по шкале «зачет/незачет».
Критерии оценивания практического занятия осуществляются по следующим критериям:

1. своевременное выполнение внеаудиторной самостоятельной работы по изучаемой теме;
2. демонстрируемый обучающимся уровень усвоения заявленной к освоению компетенции (знания, умения, навыки);
— хорошее знание и уверенное владение на занятии теоретическим содержанием учебного материала;
— адекватное применение теоретического материала к решению ситуационных задач, заданий для аудиторной самостоятельной работы;
— умение аргументировать свои решения, развернуто отвечать на дополнительные вопросы преподавателя.
3. Соблюдение организационных и дисциплинарных требований, предъявляемых к обучающемуся на семинарских/практических занятиях: аккуратный внешний вид, соблюдение дисциплины на занятиях, полнота и своевременность представления выполненных заданий в полном объеме (не позднее даты окончания занятия и в полном соответствии с предъявляемыми к их содержанию и качеству оформления).
Третий этап – заключительный. Преподаватель дает общую оценку уровня подготовленности обучаемых к практическим занятиям, характеризует активность каждого обучающегося на занятии и озвучивает оценки каждому обучающемуся с их обоснованием.

Шкала оценивания осуществляется по четырехбалльной шкале (таблица 2)

Критерии оценивания лабораторного/практического занятия	Шкала оценок
Полное соответствие работы обучающегося требованиям. Обучающийся демонстрирует уверенные знания, способен творчески решать поставленные задачи, самостоятельно демонстрирует умения, обладает некоторыми навыками. Обучающийся успешно выполнил внеаудиторную самостоятельную работу, демонстрирует глубокое теоретическое знание по изучаемой теме, умение его применять на практике (в установленный срок сдал протоколы занятия/представил и защитил доклады/презентации и др.).	Отлично
Работа обучающегося содержит неполное соответствие требованиям. Обучающийся демонстрирует хорошее знание материала, способен творчески решать поставленные задачи, демонстрирует базовые умения. Обучающийся выполнил внеаудиторную самостоятельную работу, продемонстрировал знание учебного материала, содержатся отдельные пробелы в умении применить полученные теоретические знании к решению ситуационных задач .	Хорошо
Работа обучающегося содержит неполное соответствие требованиям. Обучающийся демонстрирует знание базового материала, способен решать поставленные задачи под руководством преподавателя, освоил базовые умения. Успешно выполнил внеаудиторную самостоятельную работу, продемонстрировал знание учебного материала, но затрудняется интерпретировать его практически.	Удовлетвори тельно
Работа не соответствует требованиям.	Неудовлетво рительно

3. Методические рекомендации по организации и выполнению рефератов
Реферат предусматривает углубленное изучение дисциплины, способствует развитию навыков самостоятельной работы с литературными источниками.
Реферат – краткое изложение в письменном виде содержания научного труда по предоставленной теме. Это самостоятельная научноисследовательская работа, где

обучающийся раскрывает суть исследуемой проблемы с элементами анализа по теме реферата. Приводит различные точки зрения, а также собственные взгляды на проблемы темы реферата.
Содержание реферата должно быть логичным, изложение материала носить проблемно-тематический характер.
Объем реферата может колебаться в пределах 15-20 печатных страниц.
Основные разделы: оглавление (план), введение, основное содержание, заключение, список литературы.
Текст реферата должен содержать следующие разделы:
— титульный лист реферата (приложение 2);
— ведение, актуальность темы.
— основной раздел.
— заключение
— список литературных источников
Список литературных источников- библиографическое описание используемых источников литературы, в том числе и интернет-источников, оформленное по ГОСТ 7.1 – 2003; 7.80 – 2000; должен иметь не менее 10 библиографических названий, включая сетевые ресурсы.
Текстовая часть реферата оформляется на листе следующего формата:
— отступ сверху – 2 см;
— отступ слева – 3 см;
— отступ справа – 1,5 см;
— отступ снизу – 2,5 см;
— шрифт текста: Times New Roman, высота шрифта – 14, пробел – 1,5;
— нумерация страниц – снизу листа. На первой странице номер не ставится.
Реферат должен быть выполнен грамотно с соблюдением культуры изложения. Обязательно должны иметься ссылки на используемую литературу, включая периодическую литературу за последние 5 лет.
Критерии оценки реферата:
— актуальность темы исследования;
— соответствие содержания теме;
— глубина проработки материала;
— правильность и полнота разработки темы;
— значимость выводов для дальнейшей практической деятельности;
— правильность и полнота использования литературы;
— соответствие оформления реферата стандарту;
— качество сообщения и ответов на вопросы при защите реферата.
Практическое занятие по защите рефератов может проводиться в качестве «круглого стола» в форме представления докладов, посвященных теме занятия, по следующим этапам:
Этап 1. Каждый обучающийся представляет собственный доклад (обязательно использование презентации) по выбранной теме. Доклад 5-7 минут. Обсуждение доклада, вопросы – 2-3 минуты.
Этап 2. Оценка докладов и презентаций, представленных в группе (таблица 3).

Таблица 3 - Шкала оценки докладов на практическом занятии

Критерии оценки	Шкала оценок
1. Доклад четко выстроен, сопровождается презентацией, отражающей проблематику доклада, имеет четкие выводы, полностью характеризующие работу. Автор отлично ориентируется в материале и	Отлично

отвечает на все вопросы, владеет специальной терминологией. 2. Обучающийся активно участвует в обсуждении докладов других обучающихся из группы	
1. Доклад структурирован, презентация не отражает в полной мере содержание доклада, допущены неточности, выводы нечеткие. Автор затрудняется ответить на вопросы, слабо использует специальную терминологию. 2. Обучающийся участвует в обсуждении докладов других обучающихся из группы	Хорошо
1. Доклад структурирован, содержание не полностью раскрывает цель доклада, отсутствует презентация. 2. Обучающийся пассивен при обсуждении докладов других обучающихся из группы	Удовлетвори тельно
1. Доклад не структурирован/отсутствует, презентация отсутствует. Автор не владеет материалом. 2. Обучающийся не участвует в обсуждении докладов.	Неудовлетво рительно

4. Методические рекомендации по подготовке и созданию презентаций

Создание материалов-презентаций — это вид самостоятельной работы обучающихся по созданию наглядных информационных пособий, выполненных с помощью мультимедийной компьютерной программы PowerPoint.

Этот вид работы требует координации навыков обучающегося по сбору, систематизации, переработке информации, оформления ее в виде подборки материалов, кратко отражающих основные вопросы изучаемой темы, в электронном виде. Создание презентаций расширяет методы и средства обработки и представления учебной информации, формирует у обучающихся навыки работы на компьютере.

Презентации готовятся обучающимся в виде слайдов с использованием программы Microsoft PowerPoint.

Обучающийся при подготовке презентации должен выполнить следующий комплекс взаимосвязанных видов самостоятельной работы:

— изучить материалы темы, выделяя главное и второстепенное;

— установить логическую связь между элементами темы;

— представить характеристику элементов в краткой форме;

— выбрать опорные сигналы для акцентирования главной информации и отобразить в структуре работы;

— оформить презентацию в соответствии с рекомендациями (таблица 4), разместить ее в электронной образованной среде университета, к установленному сроку либо представить на практическое/лабораторное занятие.

Таблица 4 - Методические рекомендации по оформлению презентации

Критерии оценки	Шкала оценок
1. Стиль	1.1 Соблюдайте единый стиль оформления. 1.2 Избегайте стилей, которые будут отвлекать от самой презентации. 1.3 Вспомогательная информация не должны преобладать над основной информацией (текст, рисунки).
2. Фон	Для фона предпочтительнее использовать более холодные тона (синий или зеленый).
3. Использование цвета	3.1 На одном слайде рекомендуется использовать не более трех цветов: один для фона, один для заголовков, один для текста. для фона и текста используйте контрастные цвета. 3.2. Обратите особое внимание на цвет гиперссылок (до и после

	использования).
4 Текст/ представление информации	4.1 Используйте короткие слова и предложения. 4.2. Минимизируйте количество предлогов, наречий, прилагательных. 4.3.Заголовки должны привлекать внимание аудитории. 4.4 Предпочтительно горизонтальное расположение информации. 4.5 Наиболее важная информация должна располагаться в центре экрана. Если на слайде располагается картинка, надпись должна располагаться под ней. 4.6 Наибольшая эффективность достигается тогда, когда ключевые пункты отображаются по одному на каждом отдельном слайде.
5.Шрифты	5.1 Для заголовков не менее 24 5.2 Для информации- не менее 18. 5.3Шрифты без засечек легче читать с большого расстояния. 5.4.Нельзя смешивать разные типы шрифтов в одном тексте 5.5.Для выделения информации следует использовать жирный шрифт, курсив или подчеркивание. 5.6 Нельзя злоупотреблять прописными буквами (они читаются хуже строчных букв).
6.Анимационные эффекты	Возможности компьютерной анимации для оформления презентации необходимо использовать умерено, они не должны отвлекать внимание от содержания информации на слайде.

Критерии оценивания презентаций:

— соответствие содержания теме;

— правильная структурированность информации;

— наличие логической связи изложенной информации;

— эстетичность оформления, его соответствие требованиям;

— презентация выполнена и представлена в срок.

Шкала оценивания презентаций разрабатывается преподавателем и доводится до сведения обучающихся вместе с заданием.

Оценка «Отлично»:

презентация отличается целостностью, логичностью и оригинальностью. Оформление логично, эстетично, не противоречит содержанию доклада. Информация структурирована. Иллюстрации презентации соответствуют содержанию, дополняют информацию о раскрываемой проблеме. Текст доклада, сопровождающего презентацию, излагается обучающимся самостоятельно, с незначительной опорой на печатный текст. Ответы на вопросы преподавателя и аудитории четкие, аргументированные, сопровождаются ссылкой на факты и примеры.

Оценка «Хорошо»:

презентация характеризуется целостностью, логической завершенностью, с незначительными недочетами в логике изложения материала. Оформление эстетично, логично, структурировано. Текст доклада излагается с преимущественной опорой на текст. Ответы на дополнительные и уточняющие вопросы не вносят ясности, преимущественно повторяют содержание презентации.

Оценка «Удовлетворительно»:

презентация характеризуется отсутствием единого стиля в оформлении, ввиду чего информация тяжело воспринимается аудиторией. Сведения, излагаемые обучающимся разрозненные, плохо структурированы и аргументированы. Текст доклада

преимущественно зачитывается, обучающимся допускаются неточности и ошибки в изложении материала. Ответы на дополнительные вопросы затруднительны.
Оценка «Неудовлетворительно»:
оформление презентации не соответствует заявленным требованиям. Работа характеризуется отсутствием единого стиля. Обучающийся представляет разрозненные сведения, которые слабо коррелируют с заявленной темой исследования, текст доклада зачитывается, обучающимся часто допускаются ошибки в изложении материала, допускаются ошибки в использовании научной и профессиональной терминологии. Ответы на дополнительные вопросы обучающийся не дает.

5. Организация самостоятельной работы обучающего при подготовке к текущей, промежуточной аттестациям

Текущий контроль осуществляется систематически с целью установления уровня овладения заявленными в рабочей программе дисциплины/практики компетенциями при изучении. В течение года в соответствии с программой дисциплины проводятся текущие аттестации. Форма проведения текущей аттестации (письменное / устное собеседование, тестирование, решение ситуационных задач, защита реферата) определяется руководителем курса и доводится до обучающихся. Вопросы по текущей аттестации доводятся до сведения обучающихся не позднее 3 дней до проведения аттестации.
Подготовка к промежуточной аттестации предполагает систематизацию обучающимся усвоенных в ходе обучения по дисциплинам профессиональных знаний и умений. Программа промежуточной аттестации экзамена имеет обобщающий характер и ориентирует обучающегося в процессе подготовки к нему на актуализацию знаний, умений и навыков, отражающих наиболее существенные компоненты содержания дисциплин, закрепление в профессиональном сознании комплексного и целостного знания.
Подготовка к промежуточной аттестации является формой самостоятельной работы обучающегося. Ее эффективной организации будут способствовать рекомендованные перечни основной и дополнительной литературы, информационных и электронно-образовательных ресурсов, а также список вопросов, которые составляют основу для итогового анализа профессиональной компетентности обучающегося и оценки ее соответствия требованиям ФГОС по компетенциям, закрепленным за дисциплинами. Ориентируясь в перечнях основной и дополнительной литературы, обучающийся может выбрать из них как основополагающие источники, так и те, которые позволят углубить и расширить знания по актуальным проблемам специальностей, систематизировать их и отразить в комплексе.
В ходе подготовки к промежуточной аттестации рекомендуется составлять развернутый план ответа на вопрос программы экзамена, что обеспечит логическую последовательность изложения материала. Продумывая структуру ответа, необходимо: во-первых, уделить внимание раскрытию теоретической сущности явления или понятий, обозначенных в контрольно-измерительном материале, во-вторых, осветить содержание и закономерности рассматриваемых явлений, отразить состояние их изученности в современной медицине. Обучающийся должен продемонстрировать на промежуточной аттестации владение категориальным аппаратом дисциплин, показать умение использовать знания, полученные при изучении дисциплин для анализа современных тенденций в медицине, применять их для решения профессиональных задач врачей по специальностям.
В ходе подготовки к промежуточной аттестации обучающемуся рекомендуется использовать весь набор методов и средств современных информационных технологий для изучения содержания отечественной и зарубежной литературы по дисциплине, анализа и оценки ее текущего состояния и перспектив развития.

При подготовке к промежуточной аттестации рекомендуется активно применять следующие образовательные и профессионально-ориентированные технологии:
– информационные технологии – компьютерные технологии, в том числе доступ в Интернет (для получения учебной и учебно-методической информации, представленной в научных электронных журналах и на сайтах библиотек);
– информационно-коммуникационные технологии.
Оценка знаний, умений и навыков, характеризующая этапы формирования компетенций в рамках изучения дисциплины осуществляется в ходе текущей и промежуточной аттестаций.
Форма проведения текущей/ промежуточной аттестации определяется рабочей программой дисциплины. Оценивание компетенций, вынесенных на промежуточную аттестацию в форме экзамена, осуществляется по четырехбалльной шкале:
оценка «отлично» - 5 баллов
оценка «хорошо» - 4 балла
оценка «удовлетворительно» - 3 балла
оценка «неудовлетворительно» - 2 балла.
При сдаче промежуточной аттестации в форме зачета:
«зачтено» - 3-5 баллов или «не зачтено» - 2 балла.

6. Методические материалы по самостоятельной работе обучающегося при прохождении производственной(клинической) практики

Производственная (клиническая) практика составлена по модулям – дисциплинам и проводится в форме контактной и самостоятельной работы обучающегося.
Контактная работа предусматривает работу руководителя практики с обучающимся в форме индивидуальных/групповых консультаций.
К самостоятельной работе по практикам относятся следующие виды работ обучающегося:
- ознакомление с нормативно-правовым обеспечением практик, включая программы практик;
- изучение законодательной и нормативно-правовой обеспеченности профессиональной деятельности в сфере обращения лекарственных средств в предметной области практики;
- выполнение заданий, заполнение отчета о прохождении практики;
- подготовка к промежуточной аттестации по итогам практики.
По окончании практики обучающийся оформляет отчёт. Материал для составления отчета собирается и накапливается с первого дня практики. Отчет должен содержать самоанализ выполненной работы обучающимся.
Во время прохождения практики необходимо выполнение следующих условий:
- Явиться на установочное собрание, проводимое руководителем практики и получить пакет документов в учебно-методическом отделе.
- В первый день практики прийти на базу к 8 часам утра, и представиться общему руководителю.
- Быть одетым строго по форме и следить за ее чистотой. Иметь сменную обувь.
- Работать строго по графику. Пропущенные дни, даже по уважительной причине, отрабатываются в дополнительное время.
- Ознакомиться с документацией структурных подразделений (поликлиника, стационар, приемный покой, в отделениях - процедурные кабинеты, пост и т.д.).
- Активно участвовать в общественной жизни структурных подразделений, а также в санитарно-просветительной работе.
- Бережно относиться к имуществу лечебно-профилактических учреждений.
- Быть дисциплинированными, спокойными и вежливыми в обращении с товарищами по работе, с больными и их родственниками, в отделениях соблюдать тишину и порядок.

- Ежедневно и аккуратно вести отчет, заполнять листы обязательных манипуляций. Критерии оценки промежуточной аттестации по производственной (клинической) практике представлены в Таблице 6.

Таблица 6 – Критерии оценки промежуточной аттестации по производственной практике

Критерии оценки	Шкала оценок
Обучающийся предоставил оформленный соответствующим образом, отчет и отзыв с положительной характеристикой руководителя практики; продемонстрировал систематические знания по контролируемым компетенциям; владеет способностью и готовностью применять знания, умения и навыки для решения профессиональных задач на практике; в ответе присутствует четкая структура, логическая последовательность, современная профессиональная терминология; ответ обоснован нормативной документацией и конкретными примерами из производственной практики.	Зачтено
Обучающийся предоставил неполный перечень отчетной документации; демонстрирует полное отсутствие или фрагментарные знания, умения и навыки по контролируемой компетенции и неспособность применять их на практике для решения профессиональных задач; не в состоянии обосновать свой ответ нормативной документацией и примерами из производственной практики; дополнительные и уточняющие вопросы преподавателя не приводят к коррекции ответа	Не зачтено

МИНИСТЕРСТВО НАУКИ И ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования
«Чеченский государственный университет
имени Ахмата Абдулхамидовича Кадырова»
Медицинский институт
Кафедра акушерства и гинекологии

МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ИЗУЧЕНИЮ УЧЕБНОЙ ДИСЦИПЛИНЫ «Акушерство и гинекология»

Код направления подготовки (специальности)	31.05.01
Направление подготовки (специальности)	Лечебное дело
Квалификация выпускника	Врач- лечебник
Форма обучения	Очная

Грозный

СОДЕРЖАНИЕ

1. Методические основы по организации самостоятельной работы обучающихся.
2. Методические рекомендации для организации и проведения практических занятий.
3. Методические рекомендации по выполнению рефератов.
4. Методические рекомендации по подготовке и созданию презентаций.
5. Организация самостоятельной работы обучающихся при подготовке к текущей, промежуточной аттестациям.
6. Методические материалы по самостоятельной работе обучающегося при прохождении производственной практики

1. Методические основы по организации самостоятельной работы обучающихся

Самостоятельная работа по дисциплинам является обязательным элементом федеральных государственных образовательных стандартов по программам высшего образования.

Самостоятельная работа обучающегося – организационная форма обучения - система педагогических условий, обеспечивающих управление учебной деятельностью обучающихся по освоению знаний и умений в учебной и научной деятельности без посторонней помощи.

Самостоятельная работа обучающихся является специфическим педагогическим средством организации и сопровождения самостоятельной деятельности обучающихся в учебном процессе.

Цели

К целям самостоятельной работы относится:

— формирование способностей у обучающегося к саморазвитию, самосовершенствованию и самореализации;

— развитие исследовательских умений.

— фиксирование и систематизирование полученных теоретических познаний и практического опыта; формирование умений использовать научную, правовую, справочную и специальную литературу;

— развитие познавательных способностей и инициативности обучающихся, ответственность, организованность, стремление к саморазвитию; формирование умения правильно пользоваться полученным ранее материалом, собранным в процессе самостоятельного наблюдения, выполнения заданий различного характера.

Формы самостоятельной работы

При обучении используются следующие виды и формы самостоятельной работы:

— подготовка к практическим занятиям;

— подготовка и написание рефератов; - подготовка докладов на заданные темы рефератов, либо выбранные по заданному направлению;

— изучение и систематизация нормативно-правовых документов, регламентирующих деятельность в сфере обращения лекарственных средств в части организационно-управленческих вопросов с использованием информационно-справочных систем «Консультант Плюс», «Консультант врача», компьютерной сети «Интернет»;

— изучение учебной, научной и методической литературы, материалов периодической литературы с использованием электронных библиотечных систем, официальных статистических данных, научной периодики; - создание презентации;

— подготовка к устному опросу, к дискуссии;

— тестирование;

— решение ситуационных задач;

— подготовка к текущей, промежуточной аттестации и т.д.

Контроль результатов внеаудиторной самостоятельной работы преподаватель осуществляет в начале каждого семинарского/практического занятия.

Контроль результатов аудиторной самостоятельной работы осуществляется в пределах времени, отведенного на практические занятия по дисциплине. В зависимости от сложности познавательной деятельности при изучении дисциплин используется три уровня самостоятельной работы:

— репродуктивная самостоятельная работа, которая включает изучение основной и дополнительной рекомендованной литературы, изучение методических рекомендаций к занятию, решение типовых задач, ситуаций;

— реконструктивная самостоятельная работа включает в себя подготовку к презентациям, сообщениям по заданной теме, решение профессиональных задач, моделирование профессиональной деятельности;

— творческая самостоятельная работа включает анализ, обобщение и систематизацию научных и нормативно-правовых документов, самостоятельное составление ситуаций, задач, проектов, составление выступлений по проблемам профессиональной деятельности. Контроль результатов внеаудиторной самостоятельной работы преподаватель осуществляет на семинарском/практическом занятии.

Самостоятельная работа начинается с изучения рабочей программы дисциплины, отражена в рабочих программах дисциплин.

Для конспектирования лекционного материала, а также выполнения семинарских/практических работ требуются рабочие тетради.

Самостоятельная работа обучающегося подразделяется на аудиторную и внеаудиторную самостоятельную работу

Аудиторная самостоятельная работа по дисциплинам выполняется на учебных занятиях (семинарские или практические) под непосредственным руководством преподавателя и по его заданию.

Основными видами аудиторной самостоятельной работы являются:

— выполнение практических работ;

— работа с нормативно-правовыми документами в области обращения лекарственных средств;

— решение ситуационных/симуляционных задач;

— презентация результатов научно-исследовательской работы по заданным темам

Выполнение практических работ осуществляется на семинарских/практических занятиях в соответствии с графиком учебного процесса и расписанием занятий.

Работа с основной, дополнительной литературой, эмпирическими и статистическими данными, как правило, основана на изучении документов и данных, их обобщении и представлении.

Решение ситуационных задач используется на семинарских/практических занятиях. Проблемная/ситуационная задача должна иметь четкую формулировку, к ней должны быть поставлены вопросы, ответы на которые необходимо найти и обосновать.

Критерии для оценки каждого вида аудиторной самостоятельной работы обучающегося разрабатываются преподавателем для конкретной дисциплины /цикла из предложенного перечня критериев оценки результатов аудиторной самостоятельной работы:

— уровень освоения учебного материала;

— умение использовать теоретические знания при выполнении лабораторных, практических, ситуационных, симуляционных задач;

— сформированность заявленных умений по теме аудиторного занятия;

— обоснованность и четкость изложения ответов;

— оформление материала в соответствии с требованиями, заявленными в задании;

— уровень самостоятельности обучающегося при выполнении аудиторной самостоятельной работы.

Внеаудиторная самостоятельная работа является элементом каждой темы дисциплин.

Планирование времени, необходимого на внеаудиторное самостоятельное изучение дисциплин, обучающие должны осуществлять весь семестр, предусматривая при этом регулярное повторение материала.

Материал, законспектированный на лекциях, необходимо регулярно прорабатывать и дополнять сведениями из других источников литературы, представленных не только в программах дисциплин, но и в периодических профильных научных изданиях, материалах конференций.

При изучении дисциплин сначала необходимо по каждой теме прочитать рекомендованную литературу и составить краткий конспект основных положений, терминов, сведений, требующих запоминания и являющихся основополагающими в этой теме для освоения последующих тем курса. Для расширения знания по дисциплине

рекомендуется использовать Интернет-ресурсы; проводить поиски в различных системах и использовать материалы сайтов, рекомендованных преподавателем.
При выполнении самостоятельной работы по написанию реферата необходимо: прочитать теоретический материал в рекомендованной литературе, периодических изданиях, на Интернет-сайтах; творчески переработать изученный материал и представить его для отчета в форме реферата, проиллюстрировав схемами, диаграммами, фотографиями и рисунками.
Тексты докладов и рефератов должны быть изложены внятно, простым и ясным языком.
Для обеспечения внеаудиторной самостоятельной работы по каждой теме дисциплин/блоку разработаны:
а) перечень основной и дополнительной литературы;
б) вопросы для самоконтроля.
При выполнении внеаудиторной самостоятельной работы обучающийся имеет право обращаться к преподавателю за консультацией с целью уточнения задания, формы контроля выполненного задания.
Контроль результатов внеаудиторной самостоятельной работы отражается в индивидуальном плане после выполнения внеаудиторной самостоятельной работы.
Критерии оценки внеаудиторной работы формируются преподавателем самостоятельно для каждого вида работы. Основными критериями оценки внеаудиторной работы обучающегося выступают:
- уровень освоения материала;
- уровень умения использовать теоретические знания при выполнении заданий, решении ситуационных задач;
- обоснованность и четкость изложения ответов,
- результаты тестирования по шкале оценок;
- уровень умения использовать электронные образовательные ресурсы;
- умение четко формулировать проблему, предложив ее решение, критическая оценка последствий решения;
- уровень умения сформулировать собственную позицию и аргументировать ее.

Качество выполнения внеаудиторной самостоятельной работы оценивается посредством текущего контроля самостоятельной работы обучающегося. Текущий контроль представляет собой форму планомерного контроля качества и объема осваиваемых компетенций в процессе изучения конкретной дисциплины, проводится на семинарских/практических занятиях и во время индивидуальной работы преподавателя с обучающимися.

Шкала оценивания внеаудиторной самостоятельной работы:
Зачтено – задание выполнено полно и правильно, изложено в правильных нормативных формулировках с использованием точного понятийного аппарата, с использованием рекомендованных источников литературы, продемонстрировано умение формулировать проблему, предложены пути ее решения, проведена критическая оценка последствий такого решения, а также умение формулировать собственную позицию и аргументировать ее.
Не зачтено – обучающийся не выполнил задание либо выполнил не в полном объеме, демонстрирует несформированность понятийного аппарата по теме, отсутствие умения формулировать проблему, обобщать материал, не может аргументировать свой ответ.

2. Методические рекомендации для организации и проведения практических занятий

Практическое занятие - вид учебных занятий, при котором в результате предварительной работы над учебным материалом преподавателя и студента, в обстановке их контактной работы в аудитории решаются задачи познавательного и воспитательного характера.
Цель такой формы обучения – углубленное изучение дисциплины, закрепление полученного теоретического материала в форме внеаудиторной самостоятельной работы, овладение методологией научного познания и формирования базовых умений. Немаловажным преимуществом практических занятий является и формирование навыков профессиональной дискуссии.
Задачи практических занятий:

- мотивация к регулярному изучению теоретического учебного материала, основной, дополнительной литературы;
- закрепление теоретических знаний, полученных при прослушивании лекций и во время внеаудиторной самостоятельной работы;
- получение навыков устного и публичного выступления по теоретическим вопросам, включая навыки по свободному оперированию организационными и управленческими понятиями и категориями;
- формирование навыков по универсальным и профессиональным компетенциям;
- возможность преподавателю систематически контролировать как самостоятельную работу студента, так и свою работу.

Практические занятия проводятся по плану.
Каждая тема практического занятия, как правило, включает: цель занятия, перечень основных и дополнительных источников литературы, вопросы к устному обсуждению на занятии, ситуационные задачи и перечень заданий, которые обучающиеся самостоятельно должны решить на практическом занятии.
Каждое практическое занятие посвящено, как правило, изучению нескольких компетенций и включает три основных этапа.
Первый этап - устный опрос по заранее сформулированным вопросам либо представление докладов/презентаций, подготовленных в рамках внеаудиторной самостоятельной работы по заранее сформулированным требованиям. Важнейшей частью этапа, является обсуждение представленных докладов/презентаций. Цель преподавателя – организовать обмен мнениями, дискуссию в группе, скорректировать уровень подготовленности студентов.
Одним из возможных элементов первого этапа является решение ситуационных задач, которые максимально приближены к профессиональной деятельности.
Требования к ответам обучающихся – самостоятельность в подборе фактического материала и аналитическом отношении к нему, умение рассматривать примеры и факты во взаимосвязи и взаимообусловленности, отбирать наиболее существенные из них.
Для оценивания первого (теоретического) этапа занятия используются знания, умения, владения, которые заявлены на каждое занятие:
1) знание учебного материала и владение понятийным аппаратом по теме занятия;
2) умение связывать теорию с практикой;
3) умение иллюстрировать ответ примерами, фактами, данными научных исследований;
4) умение применять теоретические знания при решении ситуационных задач.
Второй этап – аудиторное самостоятельное выполнение семинарских /практических заданий, которые обучающийся выполняет индивидуально либо в группе, если такое предусмотрено заданием.
В процессе выполнения самостоятельной аудиторной работы обучающийся имеет право на получение индивидуальных консультаций у преподавателя.
По окончании выполнения аудиторной самостоятельной работы обучающийся сдает отчет о выполнении самостоятельных лабораторных заданий преподавателю, который оценивается по шкале «зачет/незачет».
Критерии оценивания практического занятия осуществляются по следующим критериям:

1. своевременное выполнение внеаудиторной самостоятельной работы по изучаемой теме;
2. демонстрируемый обучающимся уровень усвоения заявленной к освоению компетенции (знания, умения, навыки);
— хорошее знание и уверенное владение на занятии теоретическим содержанием учебного материала;
— адекватное применение теоретического материала к решению ситуационных задач, заданий для аудиторной самостоятельной работы;
— умение аргументировать свои решения, развернуто отвечать на дополнительные вопросы преподавателя.
3. Соблюдение организационных и дисциплинарных требований, предъявляемых к обучающемуся на семинарских/практических занятиях: аккуратный внешний вид, соблюдение дисциплины на занятиях, полнота и своевременность представления выполненных заданий в полном объеме (не позднее даты окончания занятия и в полном соответствии с предъявляемыми к их содержанию и качеству оформления).
Третий этап – заключительный. Преподаватель дает общую оценку уровня подготовленности обучаемых к практическим занятиям, характеризует активность каждого обучающегося на занятии и озвучивает оценки каждому обучающемуся с их обоснованием.

Шкала оценивания осуществляется по четырехбалльной шкале (таблица 2)

Критерии оценивания лабораторного/практического занятия	Шкала оценок
Полное соответствие работы обучающегося требованиям. Обучающийся демонстрирует уверенные знания, способен творчески решать поставленные задачи, самостоятельно демонстрирует умения, обладает некоторыми навыками. Обучающийся успешно выполнил внеаудиторную самостоятельную работу, демонстрирует глубокое теоретическое знание по изучаемой теме, умение его применять на практике (в установленный срок сдал протоколы занятия/представил и защитил доклады/презентации и др.).	Отлично
Работа обучающегося содержит неполное соответствие требованиям. Обучающийся демонстрирует хорошее знание материала, способен творчески решать поставленные задачи, демонстрирует базовые умения. Обучающийся выполнил внеаудиторную самостоятельную работу, продемонстрировал знание учебного материала, содержатся отдельные пробелы в умении применить полученные теоретические знании к решению ситуационных задач .	Хорошо
Работа обучающегося содержит неполное соответствие требованиям. Обучающийся демонстрирует знание базового материала, способен решать поставленные задачи под руководством преподавателя, освоил базовые умения. Успешно выполнил внеаудиторную самостоятельную работу, продемонстрировал знание учебного материала, но затрудняется интерпретировать его практически.	Удовлетвори тельно
Работа не соответствует требованиям.	Неудовлетво рительно

3. Методические рекомендации по организации и выполнению рефератов
Реферат предусматривает углубленное изучение дисциплины, способствует развитию навыков самостоятельной работы с литературными источниками.
Реферат – краткое изложение в письменном виде содержания научного труда по предоставленной теме. Это самостоятельная научноисследовательская работа, где

обучающийся раскрывает суть исследуемой проблемы с элементами анализа по теме реферата. Приводит различные точки зрения, а также собственные взгляды на проблемы темы реферата.
Содержание реферата должно быть логичным, изложение материала носить проблемно-тематический характер.
Объем реферата может колебаться в пределах 15-20 печатных страниц.
Основные разделы: оглавление (план), введение, основное содержание, заключение, список литературы.
Текст реферата должен содержать следующие разделы:
— титульный лист реферата (приложение 2);
— ведение, актуальность темы.
— основной раздел.
— заключение
— список литературных источников
Список литературных источников- библиографическое описание используемых источников литературы, в том числе и интернет-источников, оформленное по ГОСТ 7.1 – 2003; 7.80 – 2000; должен иметь не менее 10 библиографических названий, включая сетевые ресурсы.
Текстовая часть реферата оформляется на листе следующего формата:
— отступ сверху – 2 см;
— отступ слева – 3 см;
— отступ справа – 1,5 см;
— отступ снизу – 2,5 см;
— шрифт текста: Times New Roman, высота шрифта – 14, пробел – 1,5;
— нумерация страниц – снизу листа. На первой странице номер не ставится.
Реферат должен быть выполнен грамотно с соблюдением культуры изложения. Обязательно должны иметься ссылки на используемую литературу, включая периодическую литературу за последние 5 лет.
Критерии оценки реферата:
— актуальность темы исследования;
— соответствие содержания теме;
— глубина проработки материала;
— правильность и полнота разработки темы;
— значимость выводов для дальнейшей практической деятельности;
— правильность и полнота использования литературы;
— соответствие оформления реферата стандарту;
— качество сообщения и ответов на вопросы при защите реферата.
Практическое занятие по защите рефератов может проводиться в качестве «круглого стола» в форме представления докладов, посвященных теме занятия, по следующим этапам:
Этап 1. Каждый обучающийся представляет собственный доклад (обязательно использование презентации) по выбранной теме. Доклад 5-7 минут. Обсуждение доклада, вопросы – 2-3 минуты.
Этап 2. Оценка докладов и презентаций, представленных в группе (таблица 3).

Таблица 3 - Шкала оценки докладов на практическом занятии

Критерии оценки	Шкала оценок
1. Доклад четко выстроен, сопровождается презентацией, отражающей проблематику доклада, имеет четкие выводы, полностью характеризующие работу. Автор отлично ориентируется в материале и	Отлично

отвечает на все вопросы, владеет специальной терминологией. 2. Обучающийся активно участвует в обсуждении докладов других обучающихся из группы	
1. Доклад структурирован, презентация не отражает в полной мере содержание доклада, допущены неточности, выводы нечеткие. Автор затрудняется ответить на вопросы, слабо использует специальную терминологию. 2. Обучающийся участвует в обсуждении докладов других обучающихся из группы	Хорошо
1. Доклад структурирован, содержание не полностью раскрывает цель доклада, отсутствует презентация. 2. Обучающийся пассивен при обсуждении докладов других обучающихся из группы	Удовлетвори тельно
1. Доклад не структурирован/отсутствует, презентация отсутствует. Автор не владеет материалом. 2. Обучающийся не участвует в обсуждении докладов.	Неудовлетво рительно

4. Методические рекомендации по подготовке и созданию презентаций

Создание материалов-презентаций — это вид самостоятельной работы обучающихся по созданию наглядных информационных пособий, выполненных с помощью мультимедийной компьютерной программы PowerPoint.

Этот вид работы требует координации навыков обучающегося по сбору, систематизации, переработке информации, оформления ее в виде подборки материалов, кратко отражающих основные вопросы изучаемой темы, в электронном виде. Создание презентаций расширяет методы и средства обработки и представления учебной информации, формирует у обучающихся навыки работы на компьютере.

Презентации готовятся обучающимся в виде слайдов с использованием программы Microsoft PowerPoint.

Обучающийся при подготовке презентации должен выполнить следующий комплекс взаимосвязанных видов самостоятельной работы:

— изучить материалы темы, выделяя главное и второстепенное;

— установить логическую связь между элементами темы;

— представить характеристику элементов в краткой форме;

— выбрать опорные сигналы для акцентирования главной информации и отобразить в структуре работы;

— оформить презентацию в соответствии с рекомендациями (таблица 4), разместить ее в электронной образованной среде университета, к установленному сроку либо представить на практическое/лабораторное занятие.

Таблица 4 - Методические рекомендации по оформлению презентации

Критерии оценки	Шкала оценок
1. Стиль	1.1 Соблюдайте единый стиль оформления. 1.2 Избегайте стилей, которые будут отвлекать от самой презентации. 1.3 Вспомогательная информация не должны преобладать над основной информацией (текст, рисунки).
2. Фон	Для фона предпочтительнее использовать более холодные тона (синий или зеленый).
3. Использование цвета	3.1 На одном слайде рекомендуется использовать не более трех цветов: один для фона, один для заголовков, один для текста. для фона и текста используйте контрастные цвета. 3.2. Обратите особое внимание на цвет гиперссылок (до и после

	использования).
4 Текст/ представление информации	4.1 Используйте короткие слова и предложения. 4.2. Минимизируйте количество предлогов, наречий, прилагательных. 4.3.Заголовки должны привлекать внимание аудитории. 4.4 Предпочтительно горизонтальное расположение информации. 4.5 Наиболее важная информация должна располагаться в центре экрана. Если на слайде располагается картинка, надпись должна располагаться под ней. 4.6 Наибольшая эффективность достигается тогда, когда ключевые пункты отображаются по одному на каждом отдельном слайде.
5.Шрифты	5.1 Для заголовков не менее 24 5.2 Для информации- не менее 18. 5.3Шрифты без засечек легче читать с большого расстояния. 5.4.Нельзя смешивать разные типы шрифтов в одном тексте 5.5.Для выделения информации следует использовать жирный шрифт, курсив или подчеркивание. 5.6 Нельзя злоупотреблять прописными буквами (они читаются хуже строчных букв).
6.Анимационные эффекты	Возможности компьютерной анимации для оформления презентации необходимо использовать умерено, они не должны отвлекать внимание от содержания информации на слайде.

Критерии оценивания презентаций:

— соответствие содержания теме;

— правильная структурированность информации;

— наличие логической связи изложенной информации;

— эстетичность оформления, его соответствие требованиям;

— презентация выполнена и представлена в срок.

Шкала оценивания презентаций разрабатывается преподавателем и доводится до сведения обучающихся вместе с заданием.

Оценка «Отлично»:

презентация отличается целостностью, логичностью и оригинальностью. Оформление логично, эстетично, не противоречит содержанию доклада. Информация структурирована. Иллюстрации презентации соответствуют содержанию, дополняют информацию о раскрываемой проблеме. Текст доклада, сопровождающего презентацию, излагается обучающимся самостоятельно, с незначительной опорой на печатный текст. Ответы на вопросы преподавателя и аудитории четкие, аргументированные, сопровождаются ссылкой на факты и примеры.

Оценка «Хорошо»:

презентация характеризуется целостностью, логической завершенностью, с незначительными недочетами в логике изложения материала. Оформление эстетично, логично, структурировано. Текст доклада излагается с преимущественной опорой на текст. Ответы на дополнительные и уточняющие вопросы не вносят ясности, преимущественно повторяют содержание презентации.

Оценка «Удовлетворительно»:

презентация характеризуется отсутствием единого стиля в оформлении, ввиду чего информация тяжело воспринимается аудиторией. Сведения, излагаемые обучающимся разрозненные, плохо структурированы и аргументированы. Текст доклада

преимущественно зачитывается, обучающимся допускаются неточности и ошибки в изложении материала. Ответы на дополнительные вопросы затруднительны.
Оценка «Неудовлетворительно»:
оформление презентации не соответствует заявленным требованиям. Работа характеризуется отсутствием единого стиля. Обучающийся представляет разрозненные сведения, которые слабо коррелируют с заявленной темой исследования, текст доклада зачитывается, обучающимся часто допускаются ошибки в изложении материала, допускаются ошибки в использовании научной и профессиональной терминологии. Ответы на дополнительные вопросы обучающийся не дает.

5. Организация самостоятельной работы обучающего при подготовке к текущей, промежуточной аттестациям

Текущий контроль осуществляется систематически с целью установления уровня овладения заявленными в рабочей программе дисциплины/практики компетенциями при изучении. В течение года в соответствии с программой дисциплины проводятся текущие аттестации. Форма проведения текущей аттестации (письменное / устное собеседование, тестирование, решение ситуационных задач, защита реферата) определяется руководителем курса и доводится до обучающихся. Вопросы по текущей аттестации доводятся до сведения обучающихся не позднее 3 дней до проведения аттестации.
Подготовка к промежуточной аттестации предполагает систематизацию обучающимся усвоенных в ходе обучения по дисциплинам профессиональных знаний и умений. Программа промежуточной аттестации экзамена имеет обобщающий характер и ориентирует обучающегося в процессе подготовки к нему на актуализацию знаний, умений и навыков, отражающих наиболее существенные компоненты содержания дисциплин, закрепление в профессиональном сознании комплексного и целостного знания.
Подготовка к промежуточной аттестации является формой самостоятельной работы обучающегося. Ее эффективной организации будут способствовать рекомендованные перечни основной и дополнительной литературы, информационных и электронно-образовательных ресурсов, а также список вопросов, которые составляют основу для итогового анализа профессиональной компетентности обучающегося и оценки ее соответствия требованиям ФГОС по компетенциям, закрепленным за дисциплинами. Ориентируясь в перечнях основной и дополнительной литературы, обучающийся может выбрать из них как основополагающие источники, так и те, которые позволят углубить и расширить знания по актуальным проблемам специальностей, систематизировать их и отразить в комплексе.
В ходе подготовки к промежуточной аттестации рекомендуется составлять развернутый план ответа на вопрос программы экзамена, что обеспечит логическую последовательность изложения материала. Продумывая структуру ответа, необходимо: во-первых, уделить внимание раскрытию теоретической сущности явления или понятий, обозначенных в контрольно-измерительном материале, во-вторых, осветить содержание и закономерности рассматриваемых явлений, отразить состояние их изученности в современной медицине. Обучающийся должен продемонстрировать на промежуточной аттестации владение категориальным аппаратом дисциплин, показать умение использовать знания, полученные при изучении дисциплин для анализа современных тенденций в медицине, применять их для решения профессиональных задач врачей по специальностям.
В ходе подготовки к промежуточной аттестации обучающемуся рекомендуется использовать весь набор методов и средств современных информационных технологий для изучения содержания отечественной и зарубежной литературы по дисциплине, анализа и оценки ее текущего состояния и перспектив развития.

При подготовке к промежуточной аттестации рекомендуется активно применять следующие образовательные и профессионально-ориентированные технологии:
– информационные технологии – компьютерные технологии, в том числе доступ в Интернет (для получения учебной и учебно-методической информации, представленной в научных электронных журналах и на сайтах библиотек);
– информационно-коммуникационные технологии.
Оценка знаний, умений и навыков, характеризующая этапы формирования компетенций в рамках изучения дисциплины осуществляется в ходе текущей и промежуточной аттестаций.
Форма проведения текущей/ промежуточной аттестации определяется рабочей программой дисциплины. Оценивание компетенций, вынесенных на промежуточную аттестацию в форме экзамена, осуществляется по четырехбалльной шкале:
оценка «отлично» - 5 баллов
оценка «хорошо» - 4 балла
оценка «удовлетворительно» - 3 балла
оценка «неудовлетворительно» - 2 балла.
При сдаче промежуточной аттестации в форме зачета:
«зачтено» - 3-5 баллов или «не зачтено» - 2 балла.

6. Методические материалы по самостоятельной работе обучающегося при прохождении производственной(клинической) практики

Производственная (клиническая) практика составлена по модулям – дисциплинам и проводится в форме контактной и самостоятельной работы обучающегося.
Контактная работа предусматривает работу руководителя практики с обучающимся в форме индивидуальных/групповых консультаций.
К самостоятельной работе по практикам относятся следующие виды работ обучающегося:
- ознакомление с нормативно-правовым обеспечением практик, включая программы практик;
- изучение законодательной и нормативно-правовой обеспеченности профессиональной деятельности в сфере обращения лекарственных средств в предметной области практики;
- выполнение заданий, заполнение отчета о прохождении практики;
- подготовка к промежуточной аттестации по итогам практики.
По окончании практики обучающийся оформляет отчёт. Материал для составления отчета собирается и накапливается с первого дня практики. Отчет должен содержать самоанализ выполненной работы обучающимся.
Во время прохождения практики необходимо выполнение следующих условий:
- Явиться на установочное собрание, проводимое руководителем практики и получить пакет документов в учебно-методическом отделе.
- В первый день практики прийти на базу к 8 часам утра, и представиться общему руководителю.
- Быть одетым строго по форме и следить за ее чистотой. Иметь сменную обувь.
- Работать строго по графику. Пропущенные дни, даже по уважительной причине, отрабатываются в дополнительное время.
- Ознакомиться с документацией структурных подразделений (поликлиника, стационар, приемный покой, в отделениях - процедурные кабинеты, пост и т.д.).
- Активно участвовать в общественной жизни структурных подразделений, а также в санитарно-просветительной работе.
- Бережно относиться к имуществу лечебно-профилактических учреждений.
- Быть дисциплинированными, спокойными и вежливыми в обращении с товарищами по работе, с больными и их родственниками, в отделениях соблюдать тишину и порядок.

- Ежедневно и аккуратно вести отчет, заполнять листы обязательных манипуляций. Критерии оценки промежуточной аттестации по производственной (клинической) практике представлены в Таблице 6.

Таблица 6 – Критерии оценки промежуточной аттестации по производственной практике

Критерии оценки	Шкала оценок
Обучающийся предоставил оформленный соответствующим образом, отчет и отзыв с положительной характеристикой руководителя практики; продемонстрировал систематические знания по контролируемым компетенциям; владеет способностью и готовностью применять знания, умения и навыки для решения профессиональных задач на практике; в ответе присутствует четкая структура, логическая последовательность, современная профессиональная терминология; ответ обоснован нормативной документацией и конкретными примерами из производственной практики.	Зачтено
Обучающийся предоставил неполный перечень отчетной документации; демонстрирует полное отсутствие или фрагментарные знания, умения и навыки по контролируемой компетенции и неспособность применять их на практике для решения профессиональных задач; не в состоянии обосновать свой ответ нормативной документацией и примерами из производственной практики; дополнительные и уточняющие вопросы преподавателя не приводят к коррекции ответа	Не зачтено

МИНИСТЕРСТВО НАУКИ И ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования
«Чеченский государственный университет имени А. А. Кадырова»

МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ
Кафедра акушерства и гинекологии

ВЕДЕНИЕ БЕРЕМЕННЫХ В ГРУППАХ ВЫСОКОГО РИСКА

МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ДЛЯ СТУДЕНТОВ

Грозный

СОДЕРЖАНИЕ

Введение……..

Группа беременных с риском возникновения перинатальной патологии……..

Группа беременных с риском возникновения акушерской патологии……

- Группа риска возникновения ранних токсикозов и гестоза…….
- Группа риска невынашивания беременности……..
- Особенности ведения беременности после ЭКО…….....
- Группа риска возникновения плацентарной недостаточности.....

Группа риска возникновения изоимунного конфликта между организмом матери и плодом……

Группа риска возникновения антифосфолипидного синдрома…….

Группа риска кровотечения во II и III триместрах……

Группа риска развития коагулопатой…….

Группа риска возникновения слабости родовой деятельности……

Беременные с тазовым предлежанием и неправильным положением плода…….

Беременные, перенесшие операцию на матке……..……

Группа риска возникновения гнойно-септических осложнений……

Группа беременных с отягощенной наследственностью…….....

Группа женщин с отягощенным акушерским анамнезом……

Группа возникновения и развития экстрагенитальной патологии……

- Беременность и роды при сердечно-сосудистых заболеваниях
  - *Пороки сердца*……
    - Врожденные пороки сердца без цианоза
      - Дефект межпредсердной перегородки

- Неполная атриовентрикулярная коммуникация
- Дефект межжелудочковой перегородки
- Открытый артериальный проток
- Стеноз легочной артерии
- Аортальный стеноз
- Коортация аорты
- Трехпредсердное сердце

❖ Врожденные пороки сердца с цианозом

- Тетрада и триада Фалло
- Аномалия Эбштейна
- Транспозиция магистральных сосудов
- Единственный желудочек сердца
- Синдром Эйзенменгера

❖ Приобретенные пороки сердца

- Митральный стеноз
- Недостаточность митрального клапана
- Стеноз устья аорты
- Недостаточность аортального клапана
- Сочетанные и комбинированные пороки сердца

➢ *Сосудистые дистонии у беременных*

- Беременность и роды при заболеваниях почек
  - ➢ *Пиелонефрит*
  - ➢ *Гломерулонефрит*
  - ➢ *Мочекаменная болезнь*.
  - ➢ *Беременность с одной почкой*
  - ➢ *Хроническая почечная недостаточность и беременность*.
- Беременность и заболевания желудочно-кишечного тракта:
  - ➢ *Газоэзофагеальная рефлюксная болезнь*.
  - ➢ *Язвенная болезнь*.
  - ➢ *Желчнокаменная болезнь*

- Эндокринные заболевания и беременность
  - *Гипотериоз*
  - *Тиреотоксикоз*
  - *Сахарный диабет*
- Беременность и заболевания органов дыхания:
  - *Инфекционные заболевания.*
  - *Бронхиальная астма*

Группа риска возникновения анемизирующего синдрома и анемии

Эпилепсия и беременность

Миопия и беременность

Список сокращений

Список литературы

ВВЕДЕНИЕ

Стратегия риска в акушерстве предусматривает выделение групп женщин, у которых беременность и роды могут осложниться нарушением жизнедеятельности плода, акушерской или экстрагенитальной патологией.

Среди беременных, состоящих на учете в женской консультации, выявляют принадлежность к следующим группам риска с:

а) перинатальной патологией со стороны плода;
б) акушерской патологией;
в) экстрагенитальной патологией.

В ведении беременных следует придерживаться следующих принципов: беременные из группы со средней и высокой степенями риска должны быть осмотрены врачом совместно с заведующим женской консультацией для выработки индивидуального плана ведения беременности до 36 недель, определения объема дополнительных исследований, сроков госпитализации для обследования и профилактических курсов лечения.

Все профилактические мероприятия следует выполнять тщательно и в 2 раза чаще, чем в группах с низкой степенью риска. При выявлении минимальных признаков угрозы прерывания беременности, токсикоза, анемии женщину необходимо немедленно направить в отделение патологии беременных.

В 32 и 38 недели беременности проводят повторный балльный скрининг, поскольку в эти сроки появляются новые факторы риска. Данные исследований свидетельствуют о росте группы беременных с высокой степенью перинатального риска (с 20 до 70%) к концу беременности. После повторного определения степени риска уточняют план ведения беременности.

В 36 недель беременности женщин из группы среднего и высокого риска повторно осматривает заведующий женской консультацией и заведующий акушерским отделением, в которое беременная будет госпитализирована до родов. Этот осмотр является важным моментом в ведении беременных из групп риска.

В тех районах, где нет родильных отделений, беременных госпитализируют для профилактического лечения в определенные акушерские стационары области и городов по графикам отделов здравоохранения.

Поскольку дородовая госпитализация для обследования и комплексной подготовки к родам для женщин из групп риска является обязательной, то срок госпитализации, предположительный план ведения последних недель беременности и родов должны вырабатываться совместно с заведующим акушерским отделением.

Дородовая госпитализация в срок, определенный совместно врачами консультации и стационара, — последняя, но очень важная задача женской консультации. Врач женской консультации может считать свою функцию выполненной, только своевременно госпитализировав беременную из групп среднего или высокого риска.

ГРУППА БЕРЕМЕННЫХ С РИСКОМ ВОЗНИКНОВЕНИЯ ПЕРИНАТАЛЬНОЙ ПАТОЛОГИИ

Установлено, что $^{2}/_{3}$ всех случаев перинатальной смертности новорожденных встречается у женщин из группы высокого риска, составляющих не более 7% из общего числа беременных.

Все факторы риска делят на две большие группы:
пренатальные и интранатальные.

Пренатальные факторы подразделяются на 5 подгрупп (52 фактора риска):

1. социально-биологические;
2. акушерско-гинекологического анамнеза;
3. экстрагениталыной патологии;
4. осложнений настоящей беременности;
5. оценки состояния внутриутробного плода.

Интранатальные факторы подразделяются на 3 подгруппы (20 факторов):

1. материнские факторы;
2. факторы со стороны плаценты и пуповины;
3. плодовые факторы.

Таким образом, всего выделено 72 фактора риска.

Для количественной оценки факторов применяется бальная система, дающая возможность не только оценить вероятность неблагоприятного исхода родов при действии каждого фактора, но и получить суммарное выражение вероятности всех факторов.

Исходя из расчетов оценки каждого фактора в баллах, выделяют следующие степени риска:

- *низкая степень риска — до 15 баллов;*
- *средняя степень риска — 15—25 баллов;*
- *высокий риск — более 25 баллов.*

Выделение группы беременных с высокой степенью риска позволяет организовать интенсивное наблюдение за развитием плода от начала беременности (таблица 1).

Таблица 1

Шкала оценки факторов риска перинатальной патологии

Анамнестические факторы	**Баллы**
Социально-биологические факторы риска	
Возраст матери:	
✓ до 20 лет	2
✓ 30-34 года	2
✓ 35-39 лет	3
✓ 40 лет и более.	4
Возраст отца — 40 лет и более.	2
Профессиональные вредности у:	
✓ матери	3
✓ отца.	3
Вредные привычки у:	
✓ матери:	
▪ курение 1 пачки сигарет в день	1
▪ злоупотребление алкоголем	2
✓ отца: злоупотребление алкоголем	2
Рост и весовые показатели матери:	
✓ рост 158 см и менее	2
✓ масса тела на 25% выше нормы	2
Акушерско-гинекологический анамнез	
Раннее начало половой жизни (до 18 лет)	2
Паритет:	
✓ 4-7	1
✓ 8 и более	2
Аборты перед первыми предстоящими родами:	
✓ 1	2
✓ 2	3
✓ 3 и более.	4
Аборты перед повторными или после последних родов:	
✓ 3 и более	2
Внутриматочные вмешательства	2
Преждевременные роды:	
✓ 1	2
✓ 2 и более.	3

Мертворождение: привычное невынашивание, неразвивающаяся беременность:	
✓ 1	3
✓ 2 и более.	8
Смерть в неонатальном периоде:	
✓ 1	2
✓ 2 и более.	7
Аномалии развития у детей	3
Неврологические нарушения	2
Масса доношенных детей до 2500 и более 4000 г	2
Бесплодие:	
✓ 2-4 года	2
✓ 5 лет и более.	4
Рубец на матке после операции	3
Опухоли матки и/или яичников	3
Истмико-цервикальная недостаточность, доброкачественные заболевания, деформация, перенесенная деструкция шейки матки	2
Пороки развития матки	3
Хронические воспалительные процессы матки и придатков, осложнения после абортов и родов, ВМК	3
Экстрагенитальные заболевания матери	
Сердечно-сосудистые:	
✓ пороки сердца без нарушения кровообращения	3
✓ пороки сердца с нарушением кровообращения	10
✓ хроническая артериальная гипертензия	8
✓ варикозная болезнь	2
✓ гипотензивный синдром	2
✓ заболевания почек.	3
Эндокринопатии:	
✓ заболевания надпочечников, НОЭС	7
✓ диабет	10
✓ отягощенная наследственность по сахарному диабету	1
✓ заболевания щитовидной железы	7
Анемия: НЬ 90-100-110 г/л	4-2-1
Коагулопатии	2
Миопия и другие заболевания	2
Хронические специфические инфекции (туберкулез, бруцеллез, токсоплазмоз)	3
Факторы беременности	
Осложнения беременности	

Выраженный ранний токсикоз, рецидивирующая угроза прерывания	2
Гестоз:	
✓ водянка	2
✓ гестоз I-II-III ст.	3-5-10
✓ преэклампсия	11
✓ эклампсия.	12
Обострение заболевания почек	4
Острые инфекции при беременности, в т.ч. ОРВИ	2
Резус- и АВО сенсибилизация	3-5
Многоводие	4
Маловодие	3
Тазовое предлежание плода, крупный плод, узкий таз	3
Многоплодие	3
Перенашивание беременности	5
Неправильное положение плода	3
Гипотрофия плода	10
Гипоксия плода, ХПН	4
Изменение цвета вод (амниоскопия, дородовое излитие)	8
Патологический прелиминарный период, дородовое излитие вод	4
Хорионамнионит	4

В настоящее время имеется много возможностей для определения состояния плода. Биохимические и эндокринологические исследования у матери, дающие сведения о развитии плода и функции плаценты; электрокардиография плода; ультразвуковое исследование; амниоскопия; амниоцентез с исследованием биохимических компонентов околоплодных вод позволяют определить особенности метаболизма и степень зрелости плода, а также выявить ряд хромосомных нарушений даже в первой половине беременности.

УЗИ — основной прямой неинвазивный метод пренатальной диагностики. Оно высокоэффективно выявляет врожденные пороки развития плода, задержку роста плода, безвреден для плода и матери. Ультразвуковых исследований должно быть «ровно столько, сколько необходимо» (принцип ALAR— aslowasreasonablyachievable). Необходимо отметить, что ограничения в числе исследований продиктованы в основном экономическими причинами.

В настоящее время внедрена программа обязательного ультразвукового скрининга при сроках беременности 10—14, 18—22 и 32—34 недели. Соответственно каждому сроку разработаны четкие указания объема УЗИ, цели, задачи, рекомендации по дальнейшему ведению беременности при наличии отклонений от нормального развития.

При исследовании в 10—14 недель определяется число плодов в матке, жизнеспособность, уточняется срок беременности, измеряется величина воротникового пространства, состояние назальных косточек, определяются грубые анатомические пороки и т.д.

При УЗИ в 18—22 недель беременности основное внимание обращается на анатомические особенности строения плода, его размеры, соответствие фетометрических параметров сроку беременности, наличие ВПР, особенно эхографических маркеров хромосомных болезней, количество околоплодных вод, аномалии плаценты и пуповины.

УЗИ в III триместре (30—34 неделя беременности) направлено на уточнение анатомических и функциональных особенностей плода, анализ состояния систем его жизнеобеспечения (сердце, пуповина, плацента, оболочки), решение вопроса о возможной оперативной коррекции некоторых пороков, выработку тактики и стратегии родов.

В последние годы растет актуальность биохимического скрининга при беременности. Скрининг сывороточных белков обычно проводится на 15—18 неделе беременности. В последнее время появляется все больше данных об эффективности биохимического скрининга и в I триместре.

К маркерным сывороточным белкам (МСБ) в крови матери, которые определяются во II триместре, относятся альфафетопротеин (АФП), хорионический гонадотропин человека (ХГЧ), свободный (неконъюгированный) эстриол (НЭ) и некоторые другие.

Все эти белки являются эмбрионспецифичными, т.е. продуцируются клетками самого плода или плаценты, а затем поступают в кровоток матери. Их концентрация в сыворотке крови меняется в зависимости от срока беременности и состояния плода.

АФП на ранних сроках беременности является основным компонентом фетальной сыворотки. Он вырабатывается желточным мешком и печенью эмбриона, экскретируется с мочой эмбриона в амниотическую жидкость, откуда проникает в кровь матери через плаценту или через плодные оболочки. Белок выявляется в крови матери с 5—6 недели беременности. Его концентрация существенно меняется в течение беременности.

Значительное повышение (в 5—10 раз) уровня АФП в материнской сыворотке во II триместре беременности с высокой степенью вероятности указывает на наличие дефектов заращения невральной трубки (ДЗНТ) — анэнцефалия, открытая spina bifida. Повышение уровня ЛФП регистрируется и при других патологических состояниях плода (гастрошизис, омфалоцеле, аномалии почек), а также при угрозе прерывания беременности и пр. В то же время в 30% случаев хромосомных нарушений (болезнь Дауна) уровень АФП с 15 по 18 неделю беременности оказывается сниженным.

ХГЧ — гликопротеин, секретируемый клетками трофобласта. Он выявляется в кровотоке беременной, начиная с 10—12 дня после

оплодотворения, т.е. на 3—5 день после имплантации. Его концентрация быстро нарастает, достигая максимальных значений в 8—10 недели беременности. Доказано повышение уровня ХГЧ при трисомии 21 хромосомы (болезнь Дауна) и снижение — при трисомии XVIII хромосомы (болезнь Эдвардса).

НЭ — стероидный гормон, который продуцируется плацентарным комплексом, печенью плода и надпочечниками, проникает в материнский кровоток. Выявлено, что неконъюгированная форма лучше характеризует состояние фетоплацентарного комплекса, чем общий эстриол. По концентрации НЭ в сыворотке крови беременной можно судить о функциональном состоянии плаценты и плода. В норме уровень НЭ нарастает от 4 нмоль/лв 15 недель беременности до 40 нмоль/л к родам. Сниженный уровень НЭ наблюдается при врожденной гиперплазии коры надпочечников, при дефиците плацентарной сульфатазы, анэнцефалии, болезни Дауна, синдроме Эдвардса, внутриутробной инфекции, при угрозе прерывания беременности.

В условиях женских консультаций возможно выполнение следующих исследований, отражающих состояние плода: КТГ и допплерометрия — методы, одновременное использование которых дает информацию о состоянии сердечной деятельности плода; функциональные пробы, кольпоцитологическое исследование.

Кольпоцитологическое исследование при беременности

Высокая чувствительность эпителия влагалища к эндогенным и экзогенным гормональным влияниям позволяет отнести метод кольпоцитологии к числу эффективных способов гормональной диагностики, а простая техника получения и обработки материала делает его доступным для широкой практики. В процессе нормально протекающей беременности продуцируется большое количество прогестерона и эстрогенов. На ранних сроках беременности прогестерон вырабатывается желтым телом, а с 12-14 недели беременности — плацентой. Эстрогены в основном вырабатываются плацентой и плодом. В связи с гормональными влияниями во время беременности эпителий влагалища утолщается за счет гипертрофии парабазального и заметной пролиферации промежуточного слоев.

Цитологическое исследование содержимого влагалища имеет определенное значение для диагностики угрозы прерывания беременности и гибели плодного яйца.

В 1 триместре беременности в мазке преобладают промежуточные и поверхностные клетки, ладьевидные клетки встречаются в единичных случаях. Кариопикнотический индекс колеблется от 0 до 15-18%. При угрозе самопроизвольного аборта вначале отмечается уменьшение числа ладьевидных клеток, а затем возрастает количество поверхностных клеток. Кариопикнотический индекс может увеличиваться до 20% и выше.

Во II триместре беременности в мазке преобладают ладьевидные и промежуточные клетки, а поверхностные клетки почти не встречаются. Кариопикнотический индекс: 0—10%.

В III триместре беременности в мазке отмечается довольно равномерная цитологическая картина с преобладанием ладьевидных и промежуточных клеток. Кариопикнотический индекс приближается к нулю.

Непосредственно перед родами в мазках полностью отсутствуют ладьевидные, а преобладают поверхностные и промежуточные клетки. В мазках обнаруживаются слизь и лейкоциты. Кариопикнотический индекс составляет 15—40%.

При переношенной беременности, наряду с промежуточными и единичными поверхностными клетками, встречаются парабазальные и базальные клетки, расположенные преимущественно изолированно.

ГРУППА БЕРЕМЕННЫХ С РИСКОМ ВОЗНИКНОВЕНИЯ АКУШЕРСКОЙ ПАТОЛОГИИ

❖ *Группа риска возникновения ранних токсикозов и гестоза*

Ранние токсикозы беременных.

Ранний токсикоз возникает, как правило, в первые 12—16 недель беременности. К ранним токсикозам относятся часто встречающиеся рвота беременных, слюнотечение, а также редкие формы токсикоза: хорея беременных, остеомаляция, бронхиальная астма беременных, дерматозы, тетания, острая желтая дистрофия печени и др.

Рвота беременных.

Легкая рвота наблюдается до 4—5 раз в день, сопровождается постоянным ощущением тошноты. Массы тела снижается на 1—3 кг (5% от исходной массы тела). Общее состояние остается удовлетворительным. Гемодинамические показатели у большинства беременных находятся в пределах нормы. Изменения морфологического состава крови и мочи отсутствуют.

Умеренная рвота (средней тяжести) до 10 раз в сутки и более. Масса тела снижается на 5—6 кг (6% от исходной массы тела). Общее состояние ухудшается, возникает значительная слабость и апатия. Кожа бледная, сухая. Язык обложен белым налетом, суховат. Температура тела субфебрильная (не выше 37,5 °С). Характерна тахикардия, гипотензия,

олигурия. При лабораторном исследовании крови выявляется анемия, метаболический ацидоз, в моче — ацетон.

Чрезмерная рвота встречается в настоящее время редко. Рвота наблюдается до 20 раз в сутки, сопровождается обильным слюнотечением и постоянной тошнотой. Возможно нарушение функции жизненно важных органов вплоть до развития в них дистрофических изменений. Общее состояние тяжелое. Отмечается адинамия, головная боль, головокружение, снижение массы тела на 2—3 кг в неделю (10% от исходной массы тела). Резко снижается диурез, температура тела субфебрильная, но может повышаться до 38°С, развивается тахикардия, гипотензия. Появляются признаки поражения ЦНС (бред, кома или эйфория).

В крови повышается уровень остаточного азота, мочевины и билирубина, а также величины гематокрита; уменьшается содержание альбумина, холестерина, калия хлорида. В моче определяются ацетон, белок, цилиндры, уробилин, желчные пигменты, эритроциты и лейкоциты.

Диагностика при рвоте беременных.

Для динамического контроля состояния беременной и эффективности лечения необходимо определение следующих показателей:

- в крови: содержания билирубина, остаточного азота, мочевины, электролитов, общего белка и белковых фракций, трансаминаз, показателей КОС, глюкозы, протромбина, величины гематокрита;
- в моче: уровня ацетона, уробилина, желчных пигментов, белка.

Степень обезвоживания определяется по величине гематокрита.

Значение ее выше 40% свидетельствует о выраженном обезвоживании.

Лечение:

1. Диета, которая включает в себя легкоусвояемую разнообразную пищу по желанию женщины. Ее следует принимать в охлажденном виде, небольшими порциями, каждые 2—Зч.

2. Медикаментозное лечение при рвоте беременных:

• препараты, регулирующие функцию ЦНС и блокирующие рвотный рефлекс: М-холинолитики (атропин), антигистаминные препараты, блокаторы дофаминовых рецепторов (галоперидол, дроперидол, торекан), прямые антагонисты дофамина (реглан, церукал);

• инфузионные средства для регидратации, дезинтоксикации и парэнтерального питания: кристаллоиды (солевые растворы Рингера-Локка, трисоль, хлосоль), коллоиды (альбумин — при снижении концентрации белка), парентеральное питание (низкоконцентрированная глюкоза и аминокислоты). Общий объем инфузионной терапии составляет 1—3 л в зависимости от тяжести токсикоза и массы тела беременной;

• препараты, нормализующие метаболизм (витамин С 0,5% 5 мл);

• для нормализации функционального состояния коры головного мозга и устранения вегетативной дисфункции показаны центральная электроаналгезия, иглоукалывание, психо- и гипнотерапия.

При легкой форме рвоты беременных лечение проводят в условиях дневного стационара, под контролем динамики массы тела и анализов мочи на содержание кетоновых тел.

В отсутствие эффекта используют средства, непосредственно блокирующие рвотный рефлекс: м-холинолитики (атропин 0,1% I мл в/м), антигистаминные препараты, блокаторы дофаминовых рецепторов (нейролептики — галоперидол 0,0015-0,002 г 2 раза в день, дроперидол 0,25% 1—2 мл в/м), производные фенотиазина — торекан 1 др (6,5 мг) 1—3 раза в день, а также прямые антагонисты дофамина (реглан 2,0 в/м 1—2 раза в день, церукал 0,01 г 2—3 раза в день).

При средней тяжести рвоты беременных в одной палате не должны находиться две беременных с ранним токсикозом.

С целью воздействия на центральную нервную систему больной, как и при легкой степени рвоты беременных, целесообразно применить электросон.

Для подавления возбуждения рвотного центра хороший эффект дает внутримышечное введение церукала 2 мл в/м 2 раза в день, торекана 1—2 мл в/м, а при отсутствии эффекта от этих препаратов — дроперидол 0,25% 1—2 мл в/м.

Для борьбы с обезвоживанием и гипопротеинемией через день внутривенно капельно вводят 10% раствор альбумина 100 мл. За сутки беременная должна получить 2—2,5 л жидкости. Для ликвидации интоксикации назначают внутривенное вливание 5% раствора глюкозы в количестве 1000 мл с инсулином из расчета 1 ЕД инсулина на 4 г сухого вещества глюкозы, а также добавляют 5% раствор аскорбиновой кислоты в количестве 4—6 мл. Кроме перечисленных средств внутривенно вводят раствор Рингера-Локка до 1000 мл и 5% раствор бикарбоната натрия — 200—300 мл. Лечить больную целесообразно под контролем КОС (кислотно-основного состояния) крови и электролитов, при дефиците калия необходимо назначать также препараты калия. Учитывая имеющиеся нарушения окислительно-восстановительных процессов, рекомендуется внутримышечное введение препаратов группы В — В1 и В6 по 1 мл поочередно через день.

Лечение тяжелой рвоты беременных следует проводить в круглосуточном стационаре.

Немедикаментозные методы терапии при раннем токсикозе: центральная электроаналгезия, иглорефлексотерапия, психо- и гипнотерапия.

Лечение ранних токсикозов целесообразно проводить до получения выраженного эффекта или полного излечения. После отмены всех назначений в течение 3—5 дней необходимо проследить за состоянием

беременной. Если полученный эффект стойкий, беременная может быть выписана домой.

Если эффект отрицательный, токсикоз прогрессирует, в моче нарастает ацетон, появляются признаки печеночной недостаточности, то беременность должна быть прервана.

Слюнотечение.

При слюнотечении проводят то же лечение, что и при рвоте (режим, психотерапия, физиотерапевтические процедуры, инфузии и др.). Рекомендуется лечение в стационаре, где создают условия для соблюдения лечебно-охранительного режима, назначают средства, регулирующие функцию нервной системы, метаболизма, при обезвоживании — инфузионную терапию. Одновременно рекомендуется полоскание рта настоем шалфея, ромашки, 0,5% раствором новокаина. При сильном слюнотечении можно применять атропин по 0,0005 г 2 раза в день. Для предупреждения мацерации кожу лица смазывают вазелином.

Дерматоз беременных проявляется зудом кожных покровов всего тела, нередко наиболее выражен зуд в области наружных половых органов. Для снижения степени выраженности зуда местно применяют кварцевое облучение в субэритемных дозах, мазь с антигистаминными препаратами, анестезином, ментолом, а в более тяжелых случаях — с преднизолоном или гидрокортизоном; с целью десенсибилизации — витаминотерапию препаратами группы В и С, антигистаминные препараты и др. Для снижения реактивности центральной нервной системы назначают седативные, лучше фитопрепараты.

Гестоз

Синдром полиорганной функциональной недостаточности, патогенетически связанный с беременностью, характеризующийся генерализованным сосудистым спазмом и перфузионными нарушениями в жизненно важных органах и плаценте.

Гестоз возникает, как правило, после 20 недели беременности. По мере прогрессирования клинический гестоз может проявляться в виде различных симптомов, число которых после родоразрешения уменьшается, а у большинства женщин они исчезают полностью. Термин «гестоз» объединяет ряд патологических состояний, характеризующихся полиорганной функциональной недостаточностью с нарушением функции почек и печени, сосудистой и нервной системы, фетоплацентарного комплекса.

В МКБ X гестоз обозначают следующим образом:

- вызванные беременностью отеки и протеинурия без гипертензии;

- вызванная беременностью гипертензия без значительной протеинурии;
- вызванная беременностью гипертензия со значительной протеинурией;
- эклампсия.

В России принята классификация, включающая 4 клинические формы гестоза: водянку, нефропатию, преэклампсию, эклампсию. Перечисленные формы можно рассматривать как стадии единого процесса, где водянка — начальная, или легкая, стадия, а эклампсия — конечная, или самая тяжелая, стадия гестоза.

Несмотря на отсутствие диагноза «гестоз» в МКБ X, все его проявления присутствуют в данной классификации.

Таблица соответствия отечественной классификации и МКБ X, утвержденной IV съездом акушеров-гинекологов РФ (2008 г.) (таблица 2).

Таблица 2

Классификация гестозов клиническая в сочетании с классификацией по МКБ X

Классификация гестозов	***МКБ X***
Отеки беременных	012,0 — вызванные беременностью отеки
Гипертензия	016 — гипертензия у матери неуточненная
Протеинурия беременных	012,1 — вызванная беременностью протеинурия
Гипертония беременных	010,0 — существовавшая ранее гипертензия, осложняющая беременность, роды и послеродовой период
	010,9 — существовавшая ранее гипертензия, осложняющая беременность, роды и послеродовой период, неуточненная
Гестоз легкой степени	013 — вызванная беременностью гипертензия без значительной протеинурии
Гестоз средне-тяжелой степени	014,0 — преэклампсия (нефропатия) средней тяжести
Преэклампсия	014,1 — тяжелая преэклампсия
Эклампсия	015 — эклампсия

Широко используется разделение гестозов на «чистые», развившиеся у ранее соматически здоровых женщин, и «сочетанные», развившиеся на фоне заболевания почек, сердечно-сосудистой системы и др.

В патогенезе гестозов ведущими факторами являются генерализованный спазм сосудов, гиповолемия, изменение реологических и коагуляционных свойств крови, нарушение микроциркуляции и водно-

солевого обмена. Эти изменения вызывают гипоперфузию тканей и развитие в них дистрофии, вплоть до некроза.

Профилактика и своевременная диагностика гестоза беременных — важнейшая задача врача женской консультации.

Гестозы возникают, как правило, у первородящих и физически здоровых женщин и являются наиболее частой причиной перинатальной смертности, занимая третье по счету место среди причин материнской смертности.

Гестоз следует рассматривать как патологическое состояние, обусловленное нарушением адаптационных систем организма беременной и проявляющееся нейрогуморальными дисфункциями сердечно-сосудистой, центральной, периферической нервной систем и желез внутренней секреции. Гипоксические состояния органов и тканей организма, возникающие вследствие нарушения микроциркуляции, приводят к плацентарной недостаточности, которая, в свою очередь, является причиной перинатальной патологии.

Проявление различных форм гестоза связано с количеством, степенью выраженности и сочетанием отдельных симптомов.

Отеки

Повышенная гидрофильность тканей обусловливает чрезмерное нарастание массы тела беременной, дефицитом выделенной жидкости (положительный водный баланс), увеличением объема конечностей и является признаком гестоза (в 70% случаев) или только водянки беременных.

Различают три степени отеков:

- I — отеки голеней;
- II — поясницы и передней брюшной стенки;
- III — общий отек (анасарка).

Отсутствие видимых отеков не всегда свидетельствует о благополучии. Существуют так называемые скрытые отеки. На их появление указывает быстрое нарастание массы тела больной.

Развитие отеков сопровождается олигоурией, однако при исследовании мочи в анализе патологических изменений не обнаруживают.

Для диагностики скрытых отеков производят регулярное взвешивание женщины. Прибавка массы тела за неделю более чем на 300г и за всю беременность более чем на 8—9 кг указывает на наличие скрытых отеков. Выявлению скрытых отеков помогает также проба Мак-Клюра-Олдрича.

С целью оценки диуреза необходимо подсчитывать количество жидкости, потребляемое женщиной, и суточное выделение мочи. Выявленная таким образом олигоурия подтверждает диагноз водянки беременных.

Для самостоятельного контроля беременная может использовать еженедельное взвешивание, измерение выпитой и выделенной жидкости, оценку «симптома кольца».

Лечение водянки беременных начинают в амбулаторных условиях, а при неэффективности терапии осуществляют в акушерском стационаре. Терапия водянки включает в себя создание лечебно-охранительного режима (по В.В. Строганову), назначение белковой бессолевой диеты.

Кроме этого, назначают разгрузочный день один раз в 7-10 дней. В течение разгрузочного дня больная получает в любом виде 1,5 кг яблок или 1,5 кг нежирного творога дробными порциями.

При лечении водянки беременных в амбулаторных условиях можно рекомендовать седативные фитосборы (корень валерианы, пустырник, растительные мочегонные средства (почечный чай, мочегонный сбор).

Применение диуретиков противопоказано!

С целью коррекции метаболических нарушений используют суммарные токоферолы (витамин Е), аскорбиновую кислоту (витамин С), рутин, эссенциале. Применяют средства, улучшающие реологические свойства крови и микроциркуляцию (трентал, курантил, ксантинола никотинат) гестоза. При нарастании отеков на фоне проводимой терапии беременных госпитализируют в отделение патологии беременных, где проводится более интенсивная терапия, включая инфузионные средства (онкоосмотерапию), как и при гестозе I степени тяжести.

Если беременная отказывается от лечения или проводимая терапия не дает эффекта, то гестоз прогрессирует и переходит в более тяжелую стадию — нефропатию.

Нефропатия

Нефропатия — следующая за водянкой стадия развития гестоза, при которой происходят выраженные патологические изменения в организме беременной. Ведущая роль в патогенезе нефропатии отводится поражению сосудистой системы, нарушению микроциркуляции с вовлечением в процесс всех жизненно важных органов и фетоплацетарной системы.

Главными симптомами являются отеки и олигурия, артериальная гипертензия и протеинурия.

Три ведущих симптома при нефропатии — отеки, протеинурия и гипертензия — носят название триады Цангемейстера. В зависимости от выраженности симптомов и тяжести течения различают три степени тяжести гестоза (таблица 3).

Таблица 3

Оценка тяжести нефропатии

Клинические признаки	**Степень нефропатии**		
	I	**II**	**III**

Артериальное давление, мм рт.ст.	130/90-135/95	140/90-160/100	Выше 160/100
Протеинурия, г/сут	<1	1-3	>3
Диурез, мл/сут	>1000	400-1000	<400
Дефицит выделения жидкости	До 15%	До 25%	25% и более

Диагноз гестоза ставят на основании анамнеза, клиники и результатов лабораторного исследования.

Собирая анамнез у беременной, необходимо выяснить, какова общая прибавка массы тела за время беременности. Если она выше 8—11кг, то при отсутствии других причин (например, нарушения жирового обмена) следует думать о появлении скрытых отеков.

При наличии гипертензии надо обратить внимание, в каком сроке беременности впервые повысилось артериальное давление, не было ли ранее заболеваний, сопровождавшихся гипертензией. Повышение артериального давления в ранних сроках беременности указывает на наличие соматических заболеваний (гипертоническая болезнь, хронический нефрит, вегетососудистая дистония по гипертоническому типу). Если гестоз развивается на фоне этих заболеваний, то имеет место сочетанный гестоз. Сочетанный гестоз всегда протекает тяжелее.

У всех беременных необходимо производить динамический контроль уровня АД, которое измеряют на обеих руках. Выявление асимметрии показателей на 10 мм рт.ст. и более даже при нормальном уровне АД указывает на начальные формы нефропатии. Оценка АД производится по отношению к исходному уровню.

Повышение систолического давления на 15-20%, а диастолического — на 10% по сравнению с исходным следует расценивать как выраженную гипертензию. Неблагоприятным прогностическим признаком является повышение диастолического давления даже при относительно невысоком уровне систолического (например, 135/105 мм рт.ст.). Общепринято учитывать не только систолическое и диастолическое давление, но и среднее АД (САД).

САД рассчитывают путем сложения систолического давления и двух диастолических. Полученная сумма делится на 3, при этом САД не должно превышать при беременности 100 мм рт.ст.:

САД = (СД + 2ДД) / 3

При исследовании глазного дна отмечают явления гипертонической ангиопатии, спазм артерий сетчатки и расширение вен с прекапиллярным отеком, кровоизлияния в сетчатку и ее отек.

Для выявления протеинурии у беременной после 32 недели необходимо производить анализ мочи еженедельно. При наличии протеинурии анализ мочи повторяют каждые 3-4 дня. При нарастании количества белка в моче, появлении цилиндров необходимо определить в

крови содержание остаточного азота, мочевины, произвести пробу по Зимницкому, анализ крови на электролиты. Нарастание количества остаточного азота в крови, даже если его показатели находятся в пределах физиологических, является неблагоприятным признаком, свидетельствующим о нарушении азотовыделительной функции почек.

Нарушения функции печени развиваются при тяжелом течении гестоза и выражаются изменениями белкового и липидного обменов, системы гемостаза, которые проявляются в виде хронического ДВС - синдрома (диссеминированное внутрисосудистое свертывание) — disseminated intavascular coagulation (DIC).

Нарушения белковой функции печени характеризуются снижением содержания белка в крови до 60 г/л и менее, сдвигом альбумино-глобулинового коэффициента в сторону глобулинов (менее 1).

Нарушения липидного обмена выражаются снижением липопротеидов высокой плотности и повышением липопротеидов низкой плотности.

Снижение функциональной активности печени приводит к увеличению общего и токсичного (не связанного с глюкуроновой кислотой) непрямого билирубина.

Нарушение белкового, липидного обменов, ухудшение микроциркуляции, гипертензия и другие патофизиологические изменения при гестозе способствуют нарушению функционирования фетоплацентарной системы (ФПС), которое проявляется гипоксией и гипотрофией плода.

Особенно тяжелое течение гестоз приобретает, когда появляются признаки HELLP-синдрома и острого жирового гепатоза беременных.

***HELLP-синдром**:*

H-hemolysis—гемолитическая анемия,

EL-elevated liver enzymes — повышение концентрации ферментов печени в крови,

LP-low platelet count — снижение количества тромбоцитов в крови до 150тыс. и менее.

При появлении в лабораторных анализах анемии, тромбоцитопении, увеличении активности трансфераз в 10 раз и более показано быстрое досрочное родоразрешение.

В течении ***острого жирового гепатоза беременных (ОЖГБ),*** который чаще развивается у первобеременных, различают два периода.

Первый, безжелтушный, может продолжаться от 2 до 6 недель. Для него характерны: снижение аппетита, слабость, изжога, тошнота, рвота, боли и чувство тяжести в эпигастральной области, кожный зуд, снижение массы тела.

Второй, желтушный, заключительный период болезни характеризуется бурной клиникой печеночно-почечной недостаточности: желтуха, олигоанурия, периферические отеки, скопление жидкости в серозных полостях, маточное кровотечение, антенатальная гибель плода. При биохимическом исследовании крови выявляются гипербилирубинемия за счет прямой фракции, гипопротеинемия (<60 г/л), гипофибриногенемия (<2 г/л), невыраженная тромбоцитопения, незначительный прирост трансаминаз.

При ОЖГБ часто развивается печеночная кома с нарушением функции головного мозга от незначительных нарушений сознания до его глубокой потери с угнетением рефлексов.

Лечение беременных с нефропатией проводится только в условиях стационара!

В настоящее время принципы терапии нефропатии заключаются в выполнении «золотого стандарта»: онкоосмотерапия (инфузия сульфата магния от 15 до 50 г сухого вещества в сутки), восполнение дефицита белка при гипопротеинемии.

При лечении тяжелых форм нефропатии применяют экстракорпоральные методы детоксикации и дегидратации: плазмаферез и ультрафильтрацию.

Крайне важен правильный выбор времени и метода родоразрешения. Показанием для досрочного родоразрешения является нарастание степени тяжести нефропатии.

Терапия нефропатии, основанная на влиянии на известные звенья патогенеза заболевания, носит комплексный характер. Она направлена на:

- создание лечебно-охранительного режима;
- устранение сосудистого спазма и снижение артериального давления;
- нормализацию осмотического и онкотического давления;
- устранение гипоксии и метаболических нарушений;
- улучшение реологических свойств крови и нормализацию системы гемостаза;
- поддержание функции жизненно важных органов;
- профилактику и лечение гипоксии и гипотрофии плода

Преэклампсия — промежуточная стадия между нефропатией и эклампсией. При развитии преэклампсии к клинической картине гестоза присоединяются симптомы, указывающие на нарушение функций центральной нервной системы.

Больные жалуются на головную боль, боли в эпигастральной области, нарушение зрения, тошноту и рвоту — признаки гипертензивной

энцефалопатии. Происходит нарастание всех симптомов: АД повышается до 180/110 мм рт.ст. и более, увеличиваются отеки.

Для артериального давления характерен быстрый подъем с одновременным уменьшением его амплитуды. При исследовании глазного дна обнаруживают резкий ангиоспазм артериол, кровоизлияние, отек и отслойку сетчатки. Нарастает азотемия, гипоксия, развивается выраженный ацидоз, ухудшаются функции всех жизненно важных органов, снижается маточно-плацентарный кровоток, прогрессирует хронический ДВС-синдром. Любой раздражитель может привести к развитию судорожного припадка.

При возникновении симптомов преэклампсии (головная боль, неясное зрение, боли в эпигастральной области) беременную немедленно госпитализируют в родильное отделение многопрофильной больницы. До приезда бригады «скорой помощи» проводится гипотензивная терапия (сернокислый магний) с применением транквилизаторов (реланиум, седуксен).

Эклампсия — самая опасная стадия гестоза, характеризующаяся быстрым нарастанием мозговых симптомов и появлением судорожных припадков. Опасность припадка эклампсии заключается в том, что во время припадка может произойти кровоизлияние в сетчатку глаз, в мозг или другие жизненно важные органы, в связи с чем возможны потеря зрения и летальный исход. Развитию эклампсии предшествуют симптомы, которые свидетельствуют о значительном раздражении центральной нервной системы.

Исходами тяжелых форм гестоза и эклампсии могут стать:

- сердечная недостаточность, сопровождающаяся отеком легких;
- тромбозы, отек мозга, кома;
- ДВС-синдром с нарушением кровоснабжения жизненно важных органов и кровотечениями;
- печеночная недостаточность;
- почечная недостаточность;
- острый респираторный дистресс-синдром (РДС);
- кровоизлияние и отслойка сетчатки глаза;
- преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты;
- гипоксия, гипотрофия, смерть плода;
- преждевременные роды.

Целью диспансеризация беременных в женской консультации при гестозе является сохранение физиологического течения беременности и родов, здоровье женщины, обеспечение правильное развитие плода и рождение здорового ребенка.

Диспансеризации подлежат все беременные женщины, начиная с самых ранних сроков беременности (до 12 недель) и родильницы, перенесшие ПГ, кровотечение или воспалительные заболевания во время беременности, родов и в послеродовом периоде.

При первом обращении женщины по поводу беременности необходимо:

- Собрать общий и специальный анамнез, обратив особое внимание на наследственность, перенесенные заболевания (общие и гинекологические), операции, переливания крови, особенности менструальной, генеративной функции.
- Отметить течение и исход предыдущих беременностей (токсикозы, недонашивание, мертворождения, операции в родах, масса новорожденных, осложнения после родов и абортов и др.).
- При наличии экстрагенитальных заболеваний определить их характер (острый, хронический, обострения), принимаемое медикаментозное лечение, наблюдение у специалистов. Уточнить состояние здоровья мужа, характер производства (наличие профессиональной вредности, вредные привычки).
- Составить индивидуальный план наблюдения и обследования беременной.
- Провести беседу с женщиной и ее мужем о необходимости регулярного врачебного контроля и выполнения рекомендаций.

С целью эффективной профилактики и ранней диагностики гестозов в женской консультации должна быть выделена группа риска развития гестоза.

В эту группу включают беременных с экстрагенитальной патологией (гипертоническая болезнь, заболевания почек, печени, щитовидной железы, диабет, нарушения липидного обмена); пожилых и старых первородящих; беременных с многоводием, многоплодием, артериальной гипертензией; перенесших ранний токсикоз.

При каждом посещении беременной женской консультации обязательны следующие исследования: взвешивание (на одних и тех же весах); измерение артериального давления на обеих руках; анализ мочи (накануне посещения врача).

Кроме этого, всех беременных из группы риска развития гестоза, а также имеющих какие-либо отклонения, свидетельствующие о возможности возникновения гестоза, обследуют дополнительно для выявления скрытых отеков.

О наличии последних свидетельствуют:

- увеличение массы беременной на 15—20% выше расчетной (еженедельная прибавка массы тела, превышающая 22 г на каждые 10 см роста, т.е. более 55 г на каждые 10 кг исходной массы);

- симптом «кольца» (нельзя надеть или снять обручальное кольцо из-за увеличения объема пальца);
- увеличение окружности голеностопного сустава более чем на 1 см в нед.;
- проба Мак-Клюра—Олдрича: при внутрикожном введении (на внутренней поверхности предплечья) 0,1 мл изотонического раствора натрия хлорида папула у здоровых женщин исчезает не ранее чем через 30 мин; ускоренное рассасывание папулы свидетельствует о повышенной гидрофильности тканей.

Для выявления сосудистой дистонии производят функциональную пробу с нагрузкой. Измеряют исходное артериальное давление, после чего женщине предлагают 10 раз в течение 10 секунд принять положение стоя. Трижды через каждые 5 минут измеряют артериальное давление. В норме артериальное давление не повышается, после нагрузки более чем на 10% от исходного уровня и к концу 5-й минуты возвращается к исходным цифрам.

Повышение давления более чем на 10% сразу после нагрузки и отсутствие динамики его снижения в течение 5—10 минут свидетельствуют о повышенной лабильности сосудистой системы и являются доклиническими признаками гестоза.

У всех женщин группы риска развития гестоза необходимо проводить профилактические мероприятия:

1) следить за тщательным выполнением всех рекомендаций по гигиене, начиная с ранних сроков беременности, — психотерапия, лечебная физкультура, ультрафиолетовое облучение, воздушные ванны, душ, обтирания, рациональное питание, соблюдение режима труда и отдыха, устранение физических и нервных перегрузок, длительное пребывание на свежем воздухе, увеличение физиологического сна до 9-10 ч в сутки (за счет дневного), нормализация корково-подкорковых взаимоотношений путем применения адаптогенов: настои элеутерококка (водный) по 20—25 капель 3 раза в день, валерианы по 0,25 стакана 3 раза в день, пустырника по 1 ст. ложка 3 раза в день;

2) применять рациональные методы лечения экстрагенитальных заболеваний;

3) лечить гипотонию (элеутерококк, женьшень, китайский лимонник, сапарал, аралия маньчжурская);

4) корректировать доклинические признаки гестоза:

а) при повышенной гидрофильности тканей ограничить поваренную соль до 6-7 г в сут.; включить в рацион диуретические средства (курагу, изюм, морковь, свежую капусту, отвары шиповника, березовых почек, арбуз, бруснику, ежевику); ограничить жидкость; ввести разгрузочные дни (яблочные, творожные); тщательно контролировать в течение 2-3 дней водный баланс; проводить повторный осмотр — через 3 дня после назначенного лечения;

б) при повышенной лабильности сосудистой системы выполнять все мероприятия, перечисленные в п. 1; применять средства, нормализующие сосудистый тонус и укрепляющие сосудистую стенку (настои пустырника, элеутерококка, боярышника, шиповника, рутин, галаскорбин);

5) немедленно госпитализировать беременных при гестозе (2 балла и выше по шкале Виттлингера); нарастающих отеках; возрастании артериального давления на 30% и больше при имевшейся ранее артериальной гипотонии.

Госпитализация осуществляется прямо с амбулаторного приема по скорой помощи. При высоких цифрах артериального давления (165/90 мм рт.ст. и выше) беременной в женской консультации следует ввести гипотензивные препараты и сделать отметку о лечении в направлении на госпитализацию.

Профилактика позднего гестоза

Данные патогенеза позднего гестоза указывают на сложнейшие нарушения в жизненно важных органах и системах регуляции и не позволяют возлагать большие надежды на эффективность лечения. Клинические наблюдения подтверждают, что на современном этапе развития медицины вылечить тяжелый ПГ практически невозможно. Современные методы лечения с включением интенсивной инфузионно-трансфузионной терапии, в лучшем случае, могут предотвратить переход ПГ в более тяжелую форму. И только своевременное родоразрешение (удаление плода и плаценты, как основной причины развития ПГ), нередко производимое при недоношенной беременности, позволяет сохранить жизнь женщины и ее плода.

Итак, лечение мало эффективно, но профилактика ПГ дает хорошие результаты.

Вместо широко применяемых гипотензивных препаратов (дибазол, папаверин, клофелин, эуфиллин), а так же таких средств, как рутин, метионин, глюконат кальция, оротат калия, разнообразные мочегонные, рекомендуется использовать антиагреганты (трентал, курантил, агапурин, теоникол) в сочетании с другими средствами сходного действия.

Эти препараты более патогенетически обоснованы, так как обладают активным реологическим действием, улучшают микроциркуляцию, периферическое и мозговое кровообращение, снижают агрегацию тромбоцитов. Медикаментозная профилактика может проводиться только со второго триместра беременности, так как в первом триместре (период эмбриогенеза, плацентации) лекарственную терапию следует применять так мало, как это возможно.

С 14 недельного срока - начинается наиболее интенсивный рост плода и плаценты, требующий оптимально адекватного кровоснабжения и полного энергетического обеспечения. У беременных с факторами риска,

именно, с этого срока начинает формироваться хроническая плацентарная недостаточность, возникает дефицит обеспечения плода энергетическими продуктами (липиды, белки, глюкоза) как следствие системной, органной и иммунной патологии в материнском организме.

Отсутствие коррекции предсуществующей патологии в эти сроки приводит к нарушению синтеза и баланса простаноидов прессорного, агрегантного, вазоконстрикторного действия и простаноидов депрессорного, антиагрегантного и сосудорасширяющего влияния.

У беременных с факторами риска по развитию ПГ рекомендуется с 14недельного срока гестации назначать т р е н т а л (агапурин) по 200 мг 2 раза в день в течение 4 недель. Последующие курсы проводят в сроки 20—23, 26-29, 32-35 недель беременности по показаниям - с 37 недель еще в течение 3-4 недель вплоть до родоразрешения.

Трентал повышает эластические свойства мембран эритроцитов, улучшает их деформабельность, снижает вязкость крови, увеличивает капиллярный кровоток, снижает сопротивление сосудов, уменьшает силу спастического сокращения прекапиллярных сфинктеров артериол, высвобождает простациклин из эндотелия сосудов.

В зависимости от характера экстрагенитальной патологии трентал сочетают с другими лекарственными средствами.

У беременных с а р т е р и а л ь н о й г и п е р т е н з и ей трентал назначают вместе с эуфиллином (теофиллином) по 0,12 раза (в свечах, таблетках). Эти препараты также обладают сочетанным действием спазмолитическим, мочегонным, антиагрегантным).

1-2 раза на протяжении беременности проводят курс лечения витамином В6 по 2 мл внутримышечно ежедневно № 10. Витамин В6 регулирует белковый и липидный обмен путем воздействия на метаболизм полиненасыщенных жирных кислот. При этом переход линолевой кислоты в арахидоновую возможен только при участии витамина В6.

Во II и III триместрах беременности проводят курс (№ 15) инъекций церебролизина (5 мл. в/м), содержащего 18 аминокислот.

При а р т е р и а л ь н о й гипотонии (нейроциркуляторная дистония по гипотоническому типу) трентал назначают вместе с ноотропилом и фитином.

Снижение системного АД (90/60 - 80/50 мм рт. ст.) приводит к несоответствию между потребностью мозговой ткани в кислороде и низким кровотоком в артериолах, что обуславливает преходящие нарушения мозгового кровотока (транзиторные ишемические атаки, приступы головных болей). Низкий тонус артериол и вен может нарушить венозный отток и увеличить внутримозговую гипертензию.

Возможна профилактика ПГ у беременных с л а т е н т н о й ф о р м о й х р о н и ч е с к о г о г л о м е р у л о н е ф р и т а (ХГН) малыми дозами (80 мг/сут.) аспирина в сочетании с курантилом (225 мг/сут.). Сочетание медикаментозных препаратов основано на свойствах аспирина в

малых дозах снижать продукцию тромбоксана путем избирательного подавления тромбоцитарной циклооксигеназы. Кроме того препараты устраняют дисбаланс между синтезом и содержанием простациклина и тромбоксана, вызывают антиагрегантный эффект, снижают чувствительность сосудов к ангиотензину II. В отличие от малых доз, большие дозы аспирина уменьшают также продукцию простациклина в эндотелии сосудов, что при беременности опасно. Курантил угнетает фазы агрегации тромбоцитов, реакцию их освобождения.

При хроническом пиелонефрите у беременных кроме антиагрегантной терапии назначаются противовоспалительная: антибиотики (ампициллин, оксациллин, гентамицин), нитрофураны (фуразалидон, фурадомин), препараты налидиксовой кислоте (невиграмон, неграм), производные оксихинолина (5 НОК, нитроксалин).

Сочетания перечисленных препаратов применяют не менее 3-4 недель, начиная с 20 нед. срока беременности, а также по показаниям (щелочная реакция мочи, бессимптомная бактериурия, лейкоцитурия, выявленные при ультразвуковом исследовании расширения почечных лоханок, появления дизурических симптомов).

Наличие хронической инфекции мочевыводящих путей представляет определенную опасность инфицирования плода. Гестоз у этих больных развивается по принципам наличия хронического воспалительного процесса, снижения иммунитета и реактивности.

Таким образом, основной акцент в медикаментозной профилактике ПГ должен быть смещен на улучшение кровотока в зоне капиллярного кровообращения и микроциркуляции. Именно, микроциркуляторное звено является главным в жизнеобеспечении органов и тканей, так как действие всей сердечно-сосудистой системы направлено на капиллярную микроциркуляцию и оптимальный тканевый обмен.

Все указанные препараты (кроме антибактериальных), применяемые во втором и третьем триместрах беременности, оказывают воздействие на сосудисто-тромбоцитарное звено плаценты, которое при ПГ поражается первым. Одни препараты этого комплекса воздействуют на стенку сосуда, усиливая синтез простациклина, что сохраняет антитромботическую активность эндотелия. Другие - снижают синтез тромбоксана и восстанавливают нарушенный простаноидный обмен. Третьи - усиливают антифибринолитическую активность крови.

Предупреждение нарушения микроциркуляции в плаценте, развития плацентарной недостаточности и внутрисосудистого свертывания крови — являются сегодня главными факторами профилактики этого распространенного, тяжелого и часто непредсказуемого осложнения беременных.

Поздний гестоз много лет остается ведущей проблемой в акушерстве, так как является основной причиной материнской и перинатальной смертности. Сущность этого осложнения заключается в иммуннологических

нарушениях, которые поражают стенку сосудов и приводят к спазму артериол, повышению проницаемости сосудистой стенки, активизации сосудисто-тромбоцитарного звена, повышению вязкости крови, агрегации эритроцитов, тромбоцитов и в конечном итоге - формированию ДВС синдрома и полиорганной недостаточности.

Снижение ОЦК, уменьшение перфузионного давления и сердечного выброса сочетаются с высоким периферическим сосудистым сопротивлением, многочисленными микро- и макроциркуляторными нарушениями.

Разнообразие клинических вариантов тем не менее сводится к известному синдрому: гипертензия, протеинурия, отеки. Однако, этот синдром характерен и для ряда экстрагенитальной патологии: гипертоническая болезнь, хронический пиелонефрит, хронический гломерулонефрит. Поэтому очень важным является своевременная диагностика развивающегося позднего гестоза, а так же применение профилактических мероприятий по предупреждению осложненного течения беременности.

Перспективным в лечении позднего гестоза представляется использование препаратов, коррегирующих ОЦК, систему микроциркуляции и гемостаза. Улучшение гомореологии (снижение вязкости и гиперкоагуляционных свойств крови) и повышение перфузионного давления нормализуют кровоток и микроциркуляцию в органах, что улучшает клиническую симптоматологию и прогноз этого осложнения.

Следует помнить, что традиционная терапия без включения целенаправленного воздействия на гемостаз и агрегацию не приведет к нормализации реологических и коагуляционных свойств крови при позднем гестозе.

Проблема позднего гестоза, по-видимому, не будет разрешена до выяснения истинной сущности иммунологических нарушений, наступающих после 20- недельного срока гестации.

Изменения, выявляемые в первом и в начале второго триместров беременности, касаются, прежде всего наличия существующей экстрагенитальной или нейроэндокринной патологии, на фоне которой поздний гестоз развивается особенно легко.

Следует подчеркнуть, что выделение групп риска по развитию этого тяжелого осложнения и применение с профилактической целью антиагрегантной и спазмолитической терапии, может дать хорошие результаты.

Особо важное значение в снижении частоты и тяжести позднего гестоза имеет преемственность в работе женской консультации и стационара, направленная на предупреждение развития особо тяжелых (критических) форм этой патологии.

❖ ***Группа риска невынашивания беременности***

Профилактика и лечение невынашивания беременности — одна из наиболее актуальных социально-медицинских проблем современного научного и практического акушерства. Социальная значимость невынашивания определяется большим удельным весом этой патологии в комплексе факторов, приводящих к снижению рождаемости в стране.

Привычный выкидыш — самопроизвольное прерывание беременности 2 раза и более. Его частота в популяции равна 2%. В структуре невынашивания беременности она колеблется от 5 до 20%.

Возможные этиологические факторы

На протяжении всего изучения этой проблемы было предложено множество причин, которые в той или иной степени могли бы приводить к привычному невынашиванию.

Генетические факторы родителей (5%): хромосомные нарушения; дефект одного гена; нарушения, связанные с Х-хромосомой; многофакторные причины.

Анатомические причины (12%): врожденные; неполное слияние мюллеровых протоков или внутриматочная перегородка; воздействие диэтилстилбестрола; аномалии маточных артерий; аномалии шейки матки; приобретенные; патология шейки матки; синехии; лейомиома матки; эндометриоз, аденомиоз.

Эндокринные факторы (17%): недостаточность лютеиновой фазы цикла; синдром поликистозных яичников; заболевания щитовидной железы; сахарный диабет; гиперандрогенные состояния; расстройства секреции пролактина.

Инфекционные факторы (5%): бактериальные; вирусные; паразитарные; зоонозы; грибковые.

Иммунологические факторы (50%): гуморальные механизмы; антифосфолипидные антитела; антиспермальные антитела; антитрофобластические антитела; дефицит блокирующих антител. Клеточные механизмы: TH1 клеточный иммунный ответ на антигены непродуктивного процесса (эмбрио/трофобласттоксические факторы/цитокины); TH2 дефицит цитокинов, факторов роста и онкогенов; дефицит супрессорных факторов и клеток; экспрессия антигенов главного комплекса гистосовместимости.

Другие факторы (10%): влияние внешней среды; прием некоторых лекарственных препаратов; аномалии плаценты; соматические заболевания; заболевания сердечно-сосудистой системы; заболевания почек; гематологические заболевания; мужские факторы; диссинхронная фертилизация; коитус; физические упражнения.

Наиболее достоверной причиной привычного невынашивания беременности являются хромосомные нарушения. Повторные выкидыши, как правило, происходят на одной и той же стадии беременности. Хромосомные нарушения могут приводить к нарушению беременности уже с момента гестации, хотя чаще всего выкидыши происходят в сроках до 11 недели беременности.

Прерывание беременности вследствие анатомических аномалий могут происходить как в I, так и во II триместрах беременности. Выкидыши, обусловленные избытком или недостатком тех или иных гормонов, чаще всего случаются до 10 недели беременности, в то время как аутоиммунные процессы нарушают течение беременности, как правило, после 10 недель. Другие факторы могут приводить к прерыванию беременности в любом триместре.

Диагностика

Обследование любой женщины с привычным невынашиванием беременности должно начинаться с подробного сбора анамнеза.

Особое внимание обращается на наличие перенесенных гинекологических заболеваний и хирургических вмешательств, профессиональных условий труда и привычных интоксикаций. Тщательно изучается история каждой беременности.

При изучении истории беременностей отмечают:

- самостоятельно ли наступали беременности, общее число беременностей;
- как протекали беременности;
- какой мониторинг проводился;
- какие лекарственные препараты принимались;
- на каком сроке происходило прерывание беременности;
- были ли попытки сохранить беременность;
- какими препаратами и в каких дозах пользовались; результаты анализов и дополнительных методов исследования, проводившихся во время беременности;
- результаты исследования соскоба остатков плодного яйца.

Физикальное обследование включает определение роста, веса, артериального давления, общих признаков метаболических нарушений. Выявляются проявления гиперандрогенемии, обследуются молочные железы на предмет галактореи. Проводится тщательное гинекологическое обследование и УЗИ органов малого таза.

Лабораторная диагностика

Лабораторная диагностика направлена на выявление генетических, анатомических, эндокринных, инфекционных и иммунологических нарушений.

Ниже приведен перечень основных тестов для обследования женщины с привычным невынашиванием беременности.

- ✓ Кариотипирование семейной пары.
- ✓ Оценка состояния полости матки.
- ✓ Оценка лютеиновой фазы менструального цикла.
- ✓ Определение концентрации ТТГ.
- ✓ Определение волчаночного антикоагулянта.
- ✓ Определение антикардиолипиновых антител класса IgG и IgM.
- ✓ Определение антифосфатидилсериновых антител класса IgG и IgM.
- ✓ Эмбриотоксические факторы.
- ✓ Подсчет количества тромбоцитов.

Проведение цитогенетических исследований рекомендуется всем парам, в которых женщина младше 35 лет. Кариотипирование может быть ненужным в том случае, если все равно будет проводиться кариотипирование плода, к примеру, если женщина старше 35 лет. В случае обнаружения любых цитогенетических аномалий пара должна быть направлена на консультацию к генетику.

Изучение состояния полости матки и выявление пороков развития матки возможно с помощью гистеросальпингографии, УЗИ, соногистерографии и гистероскопии.

Для оценки лютеиновой фазы менструального цикла используется целый ряд методик: измерение базальной температуры, определение концентрации прогестерона, ультразвуковой мониторинг и биопсия эндометрия.

Измерение концентрации ТТГ в сыворотке крови позволяет оценить функцию щитовидной железы. Как уже отмечалось выше, как недостаточность, так и гиперфункция щитовидной железы могут влиять на течение беременности. Ряд авторов считает, что наличие антитиреоидных антител может быть одной из причин привычного невынашивания беременности, в то же время эти антитела выявляются и у женщин, нормально вынашивающих беременность. В связи с этим вопрос о необходимости выявления антитиреоидных антител при обследовании женщин с привычным невынашиванием остается открытым.

При оценке инфекционного статуса пациентки определяется наличие гонококков, трихомонад, хламидий и признаков бактериального вагиноза. Возможно также определение титра антител к токсоплазме, вирусу краснухи, цитомегаловирусу и вирусу герпеса.

Основными иммунологическими тестами при привычном невынашивании беременности являются: определение волчаночного антикоагулянта и антикардиолипиновых (aCL) и антифосфатидилсериновых (aFS) антител класса IgG и IgM. С целью подтверждения положительного результата тесты на aCL и aFS должны быть обязательно повторены в интервале 6-8 недель, так как нередко первоначально слабоположительные и даже положительные результаты могут при повторном анализе оказаться отрицательными. Слабоположительные результаты не имеют клинического

значения, а транзиторное повышение титров aCL часто наблюдается при различных вирусных инфекциях.

Антифосфатидилсерин часто обнаруживается в сыворотке женщин с антифосфолипидным синдромом, которые также серопозитивны к aCL, что может предполагать наличие перекрестной реакции между аутоантителами. Определение aFS имеет большое клиническое значение в связи с тем, что антифосфатидилсерин способен ингибировать образование синцитиотрофобласта, как это было показано в исследованиях на животных.

Диагностика вне беременности

При ведении пациенток с привычным невынашиванием необходимо обследование состояния репродуктивной системы супругов вне беременности:

- ✓ гистеросальпингография на 18—20 день цикла для исключения порока развития матки, внутриматочных синехий, истмикоцервикальной недостаточности;
- ✓ УЗИ — для оценки состояния матки и придатков, исключения поликистозных яичников;
- ✓ гормональное обследование;
- ✓ бактериологическое и вирусологическое исследования;
- ✓ гемостазиограмма, волчаночный антикоагулянт и другие аутоантитела;
- ✓ спермограмма супруга.

После проведенного обследования проводят подготовку к беременности с учетом состояния системы репродукции и основного причинного фактора невынашивания беременности.

При неполноценной лютеиновой фазе, обусловленной дисфункцией яичников, назначают циклическую гормональную терапию, при необходимости — стимуляцию овуляции клостилбегитом по 50 мг в течение 5 дней, начиная с 5-го дня цикла.

При недостаточности лютеиновой фазы, обусловленной нарушением рецепторного аппарата эндометрия, применяют иглорефлексотерапию, электрофорез меди с 5-го дня цикла (всего 15 процедур).

При гиперандрогении надпочечникового генеза назначают дексаметазон по 0,5—0,125 мг в вечернее время до нормализации уровня экскреции 17-КС. При гиперандрогении яичникового генеза в течение 2—3 циклов применяют дюфастон, утрожестан или норколут с 18 по 26 день цикла, затем проводят стимуляцию овуляции клостилбегитом на фоне приема дексаметазона в дозе, обеспечивающей нормальный уровень 17-КС в моче. При смешанном генезе гиперандрогении подготовка к беременности заключается в нормализации обменных процессов, назначении седативных средств, проведении стимуляции овуляции клостилбегитом на фоне приема дексаметазона. С наступлением беременности у пациенток с гиперандрогенией продолжается прием дексаметазона.

Диагностика во время беременности:

- ✓ определение базальной температуры в первые 12 недель беременности;
- ✓ динамическое определение уровня ХГ в 1 триместре.

Поскольку хорионический гонадотропин вырабатывается трофобластом, нарушение его функции, отслойки, дистрофические, дегенеративные изменения приводят к снижению уровня экскреции ХГ.

Для оценки течения беременности важна не только величина ХГ, но и отношение величины пика ХГ к сроку беременности. Слишком раннее появление пика ХГ в 5—6 недель, как и позднее появление в 10—12 недель и еще в большей степени отсутствие пика ХГ свидетельствует о нарушении функции трофобласта, а значит, и желтого тела беременности, функцию которого поддерживает и стимулирует хорионический гонадотропин.

Следует отметить, что раннее появление ХГ и высокий его уровень могут быть при многоплодной беременности. При неразвивающейся беременности ХГ иногда сохраняется на высоком уровне, несмотря на гибель эмбриона. Это обусловлено тем, что оставшаяся часть трофобласта продуцирует ХГ, несмотря на гибель эмбриона. Прерывание беременности в I триместре в большинстве случаев есть результат несостоятельности трофобласта как эндокринной железы.

- ✓ определение содержания 17-КС и дегидроэпиандростерона (ДЭЛ) в суточной моче и 170П и ДЭА-S в крови у женщин с гиперандрогенией.

В каждой лаборатории имеются свои нормативы уровня 17-КС, с которыми следует сравнивать полученные данные. Необходимо напомнить пациенткам о правилах сбора суточной мочи, необходимости диеты без красящих красно-оранжевых продуктов в течение трех дней до сбора мочи. При неосложненной беременности существенных колебаний в экскреции 17КС в зависимости от срока беременности нет. В норме наблюдаются колебания от 20 до 42 нмоль/л (6-12 мг/сут). В норме уровень ДЭА составляет 10% экскреции 17-КС.

- ✓ Пренатальная диагностика. В 10—13 и 17—20 недель для исключения врожденной патологии плода необходимо проводить УЗИ (с определением толщины воротникового пространства до 14 недель и носовой кости) и исследование уровней ХГ, РАР и α-фетопротеина, эстриола в крови матери. Повышение ХГ выше нормативных параметров для этого срока, снижение эстрадиола и α-фетопротеина позволяет заподозрить болезнь Дауна у плода.

Дифференциальную диагностику начавшегося аборта следует проводить со злокачественными и доброкачественными заболеваниями шейки матки или влагалища, нарушениями менструального цикла, пузырным заносом, внематочной беременностью.

Лечение в I триместре беременности.

I триместр беременности является наиболее сложным периодом беременности и во многом определяет ее течение. В этот период

происходит формирование плаценты, эмбриогенез, возникают сложные взаимоотношения организма матери и плода. Лечение в этот период должно проводиться так, чтобы не нарушать эти сложные процессы, чтобы применяемые средства не давали тератогенного или эмбриотоксического эффекта.

Медикаментозные средства, в том числе и гормональные, должны назначаться по строгим показаниям в минимально эффективных дозах:

- соблюдение постельного режима;
- спазмолитические средства: метацин 1 мл (0, 1% раствора в/м), баралгин (2 мл), но-шпа (2 мл 2% раствора в/м 2—4 раза в сутки), папаверина гидрохлорид (2 мл 2% раствора в/м 2—3 раза в сутки);
- седативные средства (отвар пустырника, валерианы);
- гормональная терапия (дюфастон 10—20 мг или прогестерон 2,5% 1,0-2,0 мл);
- профилактика плацентарной недостаточности (полиненасыщенные жирные кислоты, каротиноиды, Актовегин, цитохром С, токоферолы, аскорбиновая кислота, метилксантины);
- применение иммунокорректоров (человеческий иммуноглобулин внутривенно капельно в дозе 25,0 мл через день № 3, гамимун или октагам 2,5 г внутривенно через 2 дня № 2—3). Может быть рекомендована иммуноцитотерапия лимфоцитами мужа;
- гипербарическая оксигенация, кислородный коктейль;
- фитотерапия;
- коррекция микробиоценоза гениталий;
- регуляция стула (борьба с запорами);

<u>Комплексное лечение во II триместре беременности:</u>

- постельный или полупостельный режим;
- острый токолиз препаратами, снижающими активность миометрия: сернокислая магнезия (длительное внутривенное введение раствора), β-адреномиметики (партусистен, бриканил, гинипрал, ритодрин и др.), этанол (10% этиловый спирт внутривенно капельно), антагонисты кальция (нифедипин, изоптин, финоптин, верапамил), ингибиторы простагландинсинтетазы (индометацин и др.);
- применение аналогов прогестерона в I и II триместрах беременности (дюфастон по 10—40 мг в сутки per os)
- в ряде случаев применение кортикостероидов (дексаметазон, метипред);
- фитотерапия;
- витаминотерапия (токоферолы и др.);
- применение немедикаментозных средств для снижения сократительной деятельности матки: электрорелаксация, чрезкожная электронейростимуляция (ЧЭНС), электроаналгезия, иглорефлексотерапия (ИРТ), электрофорез магния синусоидальным модулированным током (СМТ) и др.;

- регуляция стула (борьба с запорами);
- спазмолитики: метацин 1 мл (0,1% раствора в/м), но-шпа (2 мл 2% раствора в/м 2—4 раза в сутки), папаверина гидрохлорид (2 мл 2% раствора в/м 2—3 раза в сутки).

Острый токолиз осуществляют путем внутривенного введения β-адреномиметиков, которые действуют на β-адренорецепторы и вызывают релаксацию матки.

Противопоказания к применению β-адреномиметиков следующие: тиреотоксикоз, глаукома, сахарный диабет, сердечно-сосудистые заболевания (стеноз устья аорты, идиопатическая тахикардия, нарушение сердечного ритма, врожденные и приобретенные пороки сердца), внутриматочная инфекция или подозрение на нее, многоводие, кровяные выделения при предлежании плаценты, преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты, уродства плода, подозрение на несостоятельность рубца на матке.

Применение β-адреномиметиков (гинипрала, партусистена, бриканила, ритодрина) для подавления сократительной деятельности матки заключается в следующем: 0,5 мг партусистена или 0,5 мг бриканила разводят в 250—400 мл изотонического раствора натрия хлорида и вводят внутривенно капельно, начатая с 5-8 капель в минуту, и постепенно увеличивают дозу до прекращения сократительной активности матки. Средняя скорость введения раствора — 15—20 капель в минуту в течение 4-12 ч. В случае положительного эффекта, за 15—20 минут до окончания введения препарата, его начинают давать внутрь: партусистен и бриканил в дозе 5 мг (1 таблетка) 4-6 раз в сутки или по 2,5 мг через 2—3 часа. Через 2-3 дня в случае отсутствия сократительной деятельности матки дозу токолитиков начинают уменьшать и постепенно снижают в течение 8—10 дней.

Минитоколиз осуществляют с 13—14 недели беременности; β - адреномиметики дают в микродозах в таблетках (по 5 мг в сутки, разбивая на несколько приемов).

Особенности применения сульфата магния при токолизе

1. Токолиз следует начинать с ударной дозы, равной 5-6 г сухого вещества, разведенного в 5% растворе глюкозы, или ввести это же количество в 25% растворе сульфата магния через инфузомат за 15 минут.
2. Переход на поддерживающую дозу (40 г сухого вещества сульфата магния на 1 л 5% раствора глюкозы). Скорость введения — 2 г сухого вещества в час (50 мл раствора в час).
3. Увеличивать скорость введения раствора на 1 г/ч до тех пор, пока частота сокращений матки не снизится до 1 схватки за 10 минут или не будет достигнута скорость инфузии 4-5 г/ч.
4. Далее следует придерживаться скорости инфузии, равной 125 мл раствора (5 г сухого вещества) в час. Осуществлять тщательное

слежение за мочеотделением (при необходимости применять постоянный катетер).

5. При достижении необходимого эффекта продолжать токолиз в течение 12—24 часов.

6. По окончании токолиза снижать скорость введения на 1 г/ч через каждые 30 минут. Инфузия прекращается при достижении скорости введения, равной 2 г/ч.

7. При возобновлении сокращений матки надо решить вопрос о повторении токолиза. Следует предпринять дополнительные усилия по выявлению этиологии преждевременных родов (амнионит или диагностированная отслойка нормально расположенной плаценты). Возможно, следует произвести амниоцентез.

8. При использовании сульфата магния следует ежечасно определять сухожильные рефлексы, следить за частотой дыхательных движений, проверять водный баланс каждые 2—4 ч.

9. Уровень Mg в крови следует определять только при скорости введения более чем 4 г/ч.

Особенности применения ингибиторов простагландинсинтетазы (индометацина) при токолизе.

1. Ограничить применение индометацина только для случаев с гестационным сроком менее 32 недель и с нормальным объемом околоплодных вод. Начальная доза составляет 100 мг per rectum или 50 мг per os. При отсутствии эффекта повторить дозу через час.

2. Назначать по 25—50 мг каждые 4—6—12 ч в течение 48 ч.

3. Определить объем околоплодных вод до начала токолиза, а затем через 48—72 ч. При выявлении маловодия следует прекратить применение лекарства или уменьшить дозу в отдельных случаях.

4. Лекарство не следует применять дольше 48 ч. При необходимости можно повторить лечение после 5-дневного перерыва. Применение индометацина более 48 ч допустимо только в исключительных обстоятельствах. С помощью допплеровской эхокардиографии следует проверять кровоток в легочном стволе и оценивать выраженность регургитации на уровне трикуспидального клапана. Не реже 1 раза в неделю повторять исследование и прекратить терапию при выявлении признаков уменьшения шунтирования. Объем околоплодной жидкости следует оценивать 2 раза в неделю.

Противопоказаниями к применению индометацина со стороны плода являются: задержка развития плода, аномалии почек, хориоамнионит, маловодие, пороки сердца с вовлечением в процесс легочного ствола и синдром трансфузии при двойнях.

Особенности применения антагонистов кальция (нифедипина) при токолизе

Нифедипин обычно назначают в дозе 10-20 мг каждые 6 часов per os. При выраженной клинике угрожающих преждевременных родов назначают

сублингвально 3 дозы по 10 мг нифедипина с интервалом в 20 минут, после чего переходят к приему per os каждые 6 ч.

С целью ограничения длительности применения медикаментозных средств целесообразно использовать немедикаментозные виды терапии: применение немедикаментозных средств для снижения сократительной деятельности матки: электрорелаксация, чрескожная электронейростимуляция (ЧЭНС), электроаналгезия, иглорефлексотерапия (ИРТ), электрофорез магния синусоидальным модулированным током (СМТ) и др.

Немедикаментозные методы терапии при угрозе прерывания беременности

Электроаналгезия.

В патогенезе прерывания беременности большую роль играет функциональное состояние центральной нервной системы. Невынашивание беременности чаще всего возникает у больных с лабильной нервной системой, часто и длительно болеющих в пубертатном возрасте. Большое значение в прерывании беременности имеет эмоциональное напряжение беременной женщины, неоднократное прерывание желанной беременности, страх перед новым выкидышем, неустойчивость семейных отношений и т.д. Все это создает неблагоприятный фон для прогрессирования беременности. Поэтому патогенетически обоснованным является назначение электроаналгезии импульсными токами.

Терапию импульсными токами производят с помощью отечественного аппарата «Электронаркон-1» с использованием фронтомастоидального отведения электродов. Курс лечения составляет 8—10 процедур длительностью 1—1,5 ч. Параметры тока подбираются в зависимости от пороговых ощущений больной с учетом клинических проявлений угрозы прерывания беременности.

При проведении процедур у большинства больных наблюдается седативный эффект. Женщины становятся спокойнее, верят в благоприятный исход беременности, сон у них нормализуется. Применение электроаналгезии у этой категории больных позволяет уменьшить объем медикаментозной терапии, а в ряде случаев отказаться от нее.

Электрофорез магния синусоидальным модулированным током. Электрофорез — сочетанное действие на организм постоянного электрического тока (непрерывного или импульсного) и вводимого с его помощью лекарственного вещества. Лекарственные препараты диссоциируют на ионы и проникают в эпидермис и верхние слои дермы. Образующееся кожное депо обуславливает продолжительное лечебное действие (до нескольких суток). Наибольшей проницаемостью для лекарств обладает кожная зона живота.

Электрофорез магния СМТ по принципу рефлекторно-сегментальной терапии осуществляют с помощью отечественных приборов «Амплипульс-3», «Амплипульс-4». Лечение проводят ежедневно с двухдневным

перерывом после 5 процедур; на курс лечения приходится 10—15 процедур. Побочных явлений в процессе лечения не установлено. Электрофорез магния СМТ целесообразно проводить с профилактической целью после хирургической коррекции истмико-цервикальной недостаточности, у женщин с отягощенным акушерским анамнезом в критические по угрозе прерывания беременности сроки.

Электрорелаксация матки. Механизм терапевтического действия электрорелаксации заключается в рефлекторном воздействии на матку через органоспецифические зоны кожи и непосредственно на миометрий.

Используется переменный синусоидальный ток в диапазоне частот 50—500 гц и силой тока до 10 м А по амплитудному значению. Электроды располагаются на передней брюшной стенке на 2 см ниже пупка и на пояснично-крестцовой области. Прокладки смачивают водопроводной водой. Аппарат для проведения электрорелаксации «Амплипульс-4». Параметры воздействия: режим 1, род работы 1, частота модуляций 100 Гц, глубина модуляций 100%, длительность процедуры 20—30 минут, проводится 1 раз в сутки, контроль за эффективностью осуществляется клинически. Курс лечения от 1 до 3 процедур.

При угрозе прерывания беременности с 15—16 недель электрорелаксация является методом выбора перед другими методами терапии угрозы прерывания, так как нет ятрогенного действия медикаментов, а эффект наступает в процессе процедуры. Электрорелаксация матки дает эффект быстрее, чем электрофорез магния СМТ, и может быть использована для оказания экстренной помощи при угрозе прерывания беременности.

Противопоказания к назначению электрорелаксации:

- отслойка плаценты;
- кровотечение;
- внутриутробная гибель плода;
- хориоамнионит;
- индивидуальная непереносимость воздействия.

Гипербарическая оксигенация.

(ГБО) — лечение кислородом под повышенным давлением в барокамерах (медицинских бароаппаратах). Принципы, на которых основывается данный метод, во многом обусловлены законами физики, регулирующими растворение газов в жидкостях организма и их распространение в тканях.

При нормальном атмосферном давлении даже дыхание чистым кислородом часто не в состоянии устранить кислородную недостаточность на уровне клеток органов и тканей. Единственным способом решить эту проблему является увеличение количества кислорода, переносимого кровью. Под давлением в условиях барокамеры кислород, растворяясь в плазме и межтканевой жидкости в необходимых количествах, попадает в органы и ткани, куда не доходит гемоглобин.

В комплекс терапии по сохранению беременности по возможности могут быть включены ГБО — воздействие на организм беременной женщины избыточного атмосферного давления в 1,3—1,5атм. в условиях барокамеры в течение 5—7 сеансов по 40 минут каждый. Гипербарическая оксигенация нормализует энергетический баланс клетки (антигипоксический эффект), активизирует биосинтетические и репаративные процессы, предупреждает образование токсических метаболитов и активизирует их разрушение и подавляет жизнедеятельность микроорганизмов (антибактериальный эффект).

При назначении сеансов ГБО беременным женщинам учитывались абсолютные и относительные противопоказания.

Противопоказания к применению ГБО: эпилепсия в анамнезе, клаустрофобия, повышенная чувствительность к кислороду и др.

Иглорефлексотерапия (ИРТ). В основе рефлексотерапии лежит представление о том, что основные энергосистемы проходят по всему телу человека через так называемые меридианы, имея при этом свои акупунктурные (информационные) точки, которые строго локализованы.

Лечение в рефлексотерапии производится воздействием акупунктурными иглами на рефлексогенные зоны тела человека и акупунктурные точки, которые, с одной стороны, имеют многослойную структуру и через которые, с другой стороны, может проходить сразу несколько энергосистем.

Ключевым моментом грамотной терапии является определение энергонаполнения различных меридианов и выявление комбинации акупунктурных точек, необходимых для нормализации функции внутренних органов.

При угрозе невынашивания необходимо учитывать этиологию данного осложнения. Такие факторы, как истмико-цервикальная недостаточность, аномалии развития внутренних половых органов, не дают основания использовать данный метод в качестве основного лечебного. В подобных случаях ИРТ можно применять как метод профилактики спонтанного аборта после корригирующих операций. ИРТ проводят на фоне постельного режима, дието-, витаминотерапии, психокоррекции.

Психокоррекция.

Установлены два фактора, от которых зависят психологические характеристики женщин с невынашиванием беременности:

- I фактор — благоприятный исход беременности при невынашивании в анамнезе;
- II фактор — количество прервавшихся беременностей (спорадическое или привычное).

У пациенток с однократным самопроизвольным прерыванием беременности характерно неадекватное преодоление стресса — по типу гиперреакции на стрессовое событие. Для женщин с привычным невынашиванием, напротив гипореактивность.

Таким образом, психологическая диагностика личностных особенностей, локуса контроля должна быть использована в качестве скринингового метода для прогноза течения данной беременности у женщин с невынашиванием. Более того, необходимо проводить психокоррекцию на всех этапах лечения, желательно в предгравидарный период. Психотерапия в данном случае должна быть направлена на устранение личностного конфликта пациентки в материнской сфере и коррекцию механизмов преодоления стресса.

Парам, у которых хотя бы один партнер имеет врожденные генетические заболевания, рекомендуется обязательное консультирование с генетиком. В случае выявления робертсоновских транслокаций гомологичных хромосом рекомендуется проведение ЭКО с донорской яйцеклеткой или спермой в зависимости от того, у кого из партнеров выявились данные хромосомные нарушения.

Устранение всех мюллеровых аномалий производится оперативным путем. Для этой цели используются различные хирургические доступы. Так, в частности, для удаления внутриматочных перегородок наиболее часто применяется гистероскопический доступ. В последующем таким больным назначается курс циклической гормональной терапии для улучшения регенеративных процессов.

Наличие истмико-цервикальной недостаточности обычно требует наложения кругового (циркляжного) шва на шейку матки на 14—16 неделе беременности. Операция противопоказана при маточном кровотечении, регулярной родовой деятельности и раскрытии наружного зева более чем на 4 см.

Вероятность возможности справиться с проблемой привычного невынашивания и родить здорового ребенка в настоящий момент достаточно высока. Успех во многом зависит от возраста матери и количества перенесенных выкидышей.

Очевидно, что большое значение имеет не только точное установление причины невынашивания, но и методичное построение тактики лечения пациентки, учитывающей все возможные последствия и результаты. Большое внимание должно уделяться раннему периоду беременности, поскольку в случае выявления сердечной деятельности плода на 5—7 неделе беременности вероятность удачного исхода беременности составляет в среднем 77%.

Важнейшее значение имеет *своевременная диагностика преждевременных родов.*

1. С целью выявления риска преждевременных родов в алгоритм обследования беременных следует включать:

- определение pH влагалищного содержимого, бактериоскопическое и бактериологическое исследования содержимого цервикального канала и заднего свода влагалища для количественного определения

возможных возбудителей воспалительного процесса и их чувствительности к антибиотикам;

- исследование системы гемостаза: гемостазиограмма, как минимум, должна включать показатели агрегации тромбоцитов и маркеры хронического ДВС-синдрома (ПДФ, РКМФ, cl-димеры).
- выявление fFN (фетального фибронектина) в содержимом цервикального канала с 22 недель.
- использование тест-полоски прогнозирования преждевременных родов «Ac-tim™partus», которая позволяет в течение 10 минут прогнозировать преждевременные роды за 7—10 дней до их начала.

2. Прогностически ценным в диагностике угрозы прерывания следует считать оценку состояния шейки матки методом трансвагинальной эхографии. Диагноз истмико-цервикальной недостаточности (ИЦН) ставится на основании определения длины сомкнутой части цервикального канала (менее 2,5 см), формы (V и U образная) шейки матки, расширение внутреннего зева (>5 мм). Эти данные должны быть верифицированы мануальным исследованием шейки матки, подтверждающим наличие мягкой, короткой шейки матки. Хирургическую коррекцию ИЦН целесообразно осуществлять путем наложения кругового или П-образных швов на шейку матки при возникновении клинических проявлений ИЦН, при отсутствии признаков инфекции и противопоказаний к сохранению беременности.

Комплексная терапия угрозы невынашивания беременности основана на следующих видах лечения:

1. постельный либо полупостельный режим;

2. (β-адреномиметики (партусистен, бриканил, гинипрал, ритодин и др.), антагонисты кальция (нифедипин, изоптин, феноптин, верапамил), ингибиторы простагландин-синтетазы (индометацин идр);

Подавление сократительной активности матки допустимо всеми методами «острого» токолиза: β-миметики, блокаторы Са-каналов (нифедипин), сульфат магния (не менее 10г сухого вещества), ингибиторы простагландин-синтетазы (НПВС). Длительность токолиза должна составлять не менее 48 ч (для экспозиции глюкокортикоидов).

При токолитической терапии необходимо учитывать сроки беременности, механизм действия токолитиков, возможные побочные эффекты. Токолитическая терапия в сроках от 16 до 26 недель осуществляется НПВС, после 26 недель —β-миметиками;

3. применение аналогов прогестерона в I и II триместрах беременности;

4. применение кортикостероидов под контролем стероидного профиля беременной;

5. витаминотерапия ограниченным количеством препаратов (витамин Е 400 мг в сутки, каротиноиды 100 МЕ, фолиевая кислота 400 МЕ в сутки);

6. спазмолитики: метацин, баралгин, но-шпа, папаверина гидрохлорид;
7. коррекция микробиоценоза генитального тракта;
8. фитотерапия (корень солодки);
9. применение немедикаментозных средств для снижения сократительной деятельности матки: электрорелаксация, чрескожная электронейростимуляция (ЧЭНС), электроанальгезия, иглорефлексотерапия (ИРТ), электрофорез магния синусоидальным модулированным током и др.;
10. регуляция стула — борьба с запорами (дюфалак , фитосборы).

Ведущее место в комплексной терапии угрозы самопроизвольного аборта в первом и во втором триместре беременности принадлежит аналогам прогестерона. Несмотря на противоречивость данных об их эффективности, ни врачи, ни пациентки пока не готовы от них отказаться.

Дюфастон является самым изученным гестагенным препаратом (он впервые был зарегистрирован в 1960г.). Этот активный прогестаген производится из растительного сырья — ямса и сои. Осложнения на начальных этапах гестации могут быть следствием как неполноценного стероидогенеза, так и недостаточности рецепторного аппарата эндометрия. Эти нарушения очень часто наблюдаются у женщин с инфекционной патологией репродуктивной системы. В подобных ситуациях терапевтический подход должен учитывать этиологию формирования неполноценной лютеиновой фазы и нивелировать неблагоприятные предрасполагающие факторы. При угрозе самопроизвольного аборта на фоне хронического воспалительного процесса половых органов, помимо назначения индивидуально подобранной этиологической терапии, необходимо применение Дюфастона, что позволяет снизить активность провоспалительных ферментов, нормализовать состояние эндометрия и обеспечить адекватный бластогенез и плацентацию.

Дидрогестрон имеет один активный метаболит, дигидродидрогестерон. Его активность в 20 раз выше активности прогестерона, таким образом, Дюфастон обладает высокой эффективностью в минимально низкой дозе — 10 мг. Именно низкодозированные препараты являются максимально безопасными и могут назначаться беременным пациенткам. Кроме того, метаболит Дюфастона взаимодействует только с рецепторами прогестерона, не проявляя другой гормональной активности. В отличие от других прогестагенов, Дюфастон химически не родственен тестостерону, поэтому у него полностью отсутствуют нежелательные андрогенные эффекты даже при длительном применении и применении в высоких дозах.

❖ ***Особенности ведения беременности после ЭКО***

Организм женщины, нуждающейся в репродуктивных технологиях, зачастую не способен без квалифицированной медицинской помощи выносить беременность. Именно поэтому 22—44% маточных беременностей не удается спасти. Частота прерывания беременности зависит от возраста женщины (менее 35 лет — 10,5%; 35-39 лет —16,1%, более 40 лет — 42,9%), от разновидности патологии, приведшей к бесплодию.

К особенностям течения беременности, возникшей в результате вспомогательных репродуктивных технологий, относят:

- ✓ тенденцию к невынашиванию;
- ✓ многоплодную беременность;
- ✓ повышенный риск пороков развития плода;
- ✓ высокий инфекционный индекс.

Поэтому ведение беременности после ЭКО должно быть акцентировано на следующих направлениях:

1) преодоление невынашивания беременности;
2) своевременная редукция эмбрионов (при наличии трех и более плодов), тщательное наблюдение и специфическая терапия нарушений, связанных с наличием двойни;
3) по возможности раннее выявление пороков развития плода.

Кроме того, необходимы профилактические действия, выполнямые при физиологически наступившей беременности (ранняя проилактика плацентарной недостаточности, профилактика дистресс-синдрома плода и т.д.) в стандартных объемах.

В I триместре 25—30% беременностей после ЭКО заканчивается ее прерыванием.

Причины угрозы прерывания после ЭКО:

- ➢ иммуногенетические:
- ➢ несовместимость по системе HLA(особенно II класса);
- ➢ «малые формы» хромосомных изменений у супругов вследствие их полиморфизма;
- ➢ антифосфолипидный синдром;
- ➢ циркуляция антител к ХГЧ;
- ➢ эндокринные;
- ➢ инфекционно-воспалительные.

При несовместимости по HLA-системе показано продолжение начатой в периоде предгестационной подготовки иммунотерапии отцовскими или донорскими лимфоцитами каждые 4 недели до 12—14 недель беременности. В качестве альтернативной терапии возможно применение высоких доз иммуноглобулина (иммуноглобулин человека нормальный по 50 мл трижды через день в/в капельно) через каждые 4 недели.

При выявлении аутоантител к ХГЧ проводят исследование системы гемостаза и назначают: глюкокортикоиды (преднизолон 5 мг, метилпреднизол 4—8 мг); антиагреганты при повышении агрегационной активности тромбоцитов (дипиридамол в дозе 75-150 мг в сутки, со II триместра беременности — ацетилсалициловая кислота по 500 мг через день или по 100 мг ежедневно в течение 14 дней); низкомолекулярные гепарины при вовлечении в патологический процесс плазменного звена (надропарин кальция по 0,3 мл, далтепарин кальция по 5000 МЕили эноксапарин натрия по 0,4 мл подкожно).

С целью воздействия на эндокринные причины невынашивания все беременные после ЭКО получают гормональную поддержку. Решение вопроса о назначении определенных доз гормонов и длительности терапии определяется исходным гормональным профилем женщины, особенностями модулированного фолликулогенеза, количеством фолликулов, количеством желтых тел. Рекомендуют, хотя и в отсутствие доказательной базы, применение препаратов натурального прогестерона (прогестерон в/м по 1—2 мл ежедневно или микронизированный прогестерон по 300—400 мг с постепенным снижением дозы при отсутствии признаков угрозы прерывания к 12—14нед), а также аналогов (изомеров) прогестерона (дидрогестерон по 10-30 мг до 16 нед).

Вопрос о назначении эстрогенов должен решаться конкретно в каждом случае при наличии информированного согласия женщины, он показан при гипофункции яичников, донации яйцеклетки, замедленных темпах роста эндометрия, чистой формы дисгенезии гонад, внутриматочных синехиях. Их применение оправдано до 12—15 недель беременности.

Усиление гормональной терапии при наличии кровянистых выделений патогенетически не оправдано, так как оказывает противоположный эффект (вследствие усугубления гемостазиологических нарушений).

Для снижения роли инфекционно-воспалительных факторов невынашивания проводится профилактика реактивации вирусной и бактериальной инфекции, часто возникающих на фоне приема глюкокортикоидов. Выполняют инфузии иммуноглобулина человека нормального с целью стимуляции собственной продукции иммуноглобулинов трижды через день в дозе 25,0 мл или по 50 мл 2 раза через день, повторно вводят в 24 недель беременности и перед родами. Применяется интерферон-альфа-2 в свечах по 1 млн ЕД в течение 10дней или интерферон человеческий рекомбинантный α-2 + комплексный иммуноглобулиновый препарат сухой (по 2 свечи в сутки в течение 10 дней) с 12 недель беременности. Антибактериальную терапию проводят только по строгим показаниям при выявлении инфекции с учетом чувствительности к антибиотикам (амоксициклин + клавулановая кислота по 875 мг 3 раза в день 7 дней; джозамицин по 3 таблетки в день 7-10 дней, спирамицин по 9 млн ЕД 2 раза в день 5 дней).

Важно восстановление нормальной микрофлоры кишечника и влагалища (дотация лактобактерий).

С целью дальнейшего лечения угрозы прерывания проводят токолитическую терапию.

❖ ***Группа риска возникновения плацентарной недостаточности***

Плацента представляет собой сложный провизорный орган, выполняющий целый ряд важнейших функций, связанных с обеспечением развития плода и адаптацией материнского организма к беременности. Для плода плацента является органом, обеспечивающим его питание, дыхание, защиту от неблагоприятных воздействий окружающей среды, органом внутренней секреции и поддержания гомеостаза.

Процесс формирования плаценты как органа (плацентация) происходит с 3 недели гестации и до конца I триместра беременности.

Нарушения плацентарного кровотока могут быть обусловлены патологическими изменениями в сосудистой стенке матки, межворсинчатом пространстве плаценты, сосудах плаценты и пуповины. При этом ведущее значение в патогенезе плацентарной недостаточности играют патологические изменения спиральных артерий. Важное значение имеет состояние артерий до наступления беременности и в первые недели гестации.

Плацентарная недостаточность — синдром, характеризующийся сложной поликаузальной реакцией плода и плаценты, возникающий при самых различных состояниях материнского организма, в основе которого лежит нарушение компенсаторно-приспособительных механизмов фетоплацентарного комплекса на молекулярном, клеточном, тканевом, органном уровнях, т.е. плацентарная недостаточность—это универсальная патологическая реакция плаценты на воздействие повреждающих факторов.

По клинико-морфологическим признакам выделяют следующие виды плацентарной недостаточности:

- первичная (ранняя) недостаточность (до 16нед) возникает при формировании плаценты в период имплантации, раннего эмбриогенеза и плацентации под влиянием на гаметы родителей, зиготу, бластоцисту, формирующуюся плаценту и половой аппарат женщины в целом различных повреждающих факторов (генетических, эндокринных, инфекционных и других факторов) и проявляется изменениями строения, расположения и прикрепления плаценты, а также дефектами и нарушениями созревания хориона. Большое значение в развитии первичной плацентарной недостаточности играют дефекты васкуляризации и нарушения созревания хориона;

- ❖ вторичная плацентарная недостаточность возникает на фоне уже сформировавшейся плаценты после 16 недель беременности под воздействием различных экзогенных факторов.

  По клиническому течению различают:

  - ➢ •острую плацентарную недостаточность — связанную с нарушением децидуальной перфузии и маточно-плацентарного кровообращения. Острая плацентарная недостаточность возникает как следствие преждевременной отслойки нормально расположенной плаценты с образованием ретроплацентарной гематомы и отслойки предлежащей плаценты, в результате чего наступает гибель плода;
  - ➢ хроническую плацентарную недостаточность — связанную с длительно текущими изменениями фетоплацентарного гомеостаза вследствие нарушения компенсаторно-приспособительных механизмов в сочетании с циркуляторными расстройствами и инволютивно-дистрофическими изменениями. К развитию хронической ФПН приводят все акушерские и экстрагенитальные заболевания женщины во время беременности.

Проявлением плацентарной недостаточности является снижение функций плаценты и, как следствие, страдание плода. Поэтому в клинической практике точнее применение термина «фетоплацентарная недостаточность» (ФПН).

ФПН составляет в структуре причин перинатальной смертности более 20%. Указанная патология обусловливает не только резкое увеличение перинатальной смертности, но и многочисленные изменения в организме ребенка, которые на протяжении первых лет жизни являются причиной нарушений в его физическом и умственном развитии, а также повышенной соматической и инфекционной заболеваемости.

В зависимости от степени выраженности и соотношения между изменениями на всех уровнях установлены следующие фазы ФПН:

компенсированная— характеризуется стимуляцией всех видов адаптационно-гомеостатических реакций, обеспечивающих работу плаценты в фазе устойчивой гиперфункции, что отмечают при плацентарной недостаточности, обусловленной пролонгированной беременностью, легкими формами кратковременно протекающего гестоза, нарушением липидного обмена, хроническим пиелонефритом. Может сопровождаться гипоксией плода;

субкомпенсированная — характеризуется снижением уровня адаптационных реакций по сравнению с нормой, извращением в наборе рибосом, активизацией гликолитических процессов, повышением уровня липидов, снижением гормональной функции. Приводит к гипоксии плода. Указанные изменения отмечают при перенашивании беременности, длительном течении легких форм поздних гестозов, гипертонической

болезни I—II стадии и при ревматических пороках сердца с признаками нарушения кровообращения;

декомпенсированная (в течение 1—2 суток) — характеризуется преобладанием дисрегуляторных процессов, срывом иерархической регуляции, появлением множественных обратных связей между молекулярными, клеточными и тканевыми звеньями гомеостаза, но без их последующей реализации, что приводит к срыву компенсации. Приводит к задержке развития плода, тяжелой гипоксии плода, гибели плода. Эта фаза развивается при сочетанных гестозах, слабости родовой деятельности.

Факторами, предрасполагающими к ФПН и отягощающими ее, являются:

- социально-биологические: возраст матери (менее 18 и более 32 лет), курение, употребление алкоголя, прием различных медикаментов, массо-ростовые показатели, эмоциональные нагрузки, семейное положение женщины;
- данные акушерского анамнеза: преждевременные роды, осложнения предыдущих родов, бесплодие, пороки развития матки, истмико-цервикальная недостаточность;
- экстрагенитальные заболевания: сердечно-сосудистая патология, болезни почек, эндокринной системы, заболевания крови, острые и хронические инфекции;
- осложнения данной беременности: кровотечения во второй половине беременности, много- и маловодие, многоплодная беременность, перенашивание беременности, угроза ее прерывания, гестоз, изоантигенная несовместимость крови матери и плода;
- состояние плода.

В ранние сроки гестации признаками недостаточности плацентарного ложа матки являются:

- нарушение латерализации кровотока (повышение индекса пульсации в маточной артерии на стороне плацентации);
- гематомы;
- хорионит;
- лизосомная энзимопатия: снижение лизосомной активности в сыворотке крови при угрозе прерывания и невынашивании беременности;
- нарушение структурно-функционального состояния биомембран;
- диспротеинемия — снижение уровня ТБГ и повышение ПАМГ (индикатор плацентарной недостаточности и прогностический признак ЗРП);
- нарушения реактивности иммунной системы (гипо- и гиперреактивность). Иммунореактивность определяется методом «ЭЛИ- П-тест» (ELI-P-Test — ELISA-detected Probability of Pathology in Pregnancy, т.е. иммуноферментный тест, направленный на выявление риска патологии беременности). Он отражает количество и

аффинность некоторых видов естественных эмбриотропных аутоантител, взаимодействующих с белками-регуляторами эмбриогенеза. Активность этих белков может быть нормальной, повышенной или пониженной, что является показателем иммунореактивности организма и позволяет прогнозировать отклонения в состоянии плода и течении беременности. Физиологическое значение иммунореактивности у здоровых женщин находится в пределах от —15 до +40%. Отклонения от данного диапазона позволяют выявить гипо- или гиперреактивность. Наиболее информативны для оценки развития эмбриона (и прогноза состояния здоровья будущего ребенка) показатели содержания эмбриотропных антител при сроках беременности 8-10 недель. Начиная с 24- 26 недели беременности, наблюдается снижение всех показателей ЭЛИ-П-теста, что отражает общую иммуносупрессию, направленную на предотвращение преждевременного отторжения плода организмом матери. Доказано, что определение имуунореактивности также информативно для прогнозирования гестоза: если с ранних сроков беременности женщина гиперреактивна, то гестоз у нее развивается в 100% случаев.

Лечение ПН.

Учитывая, что патогенез ПН затрагивает структурные и функциональные изменения плацентарного ложа, лечение и профилактика ее должны начинаться с ранних сроков беременности.

Лечение ПН включает в себя терапию основного заболевания, а также комплекс мероприятий, направленных на улучшение маточно-плацентарного кровообращения и обменных процессов в фетоплацентарном комплексе.

Целесообразна метаболическая терапия с использованием АТФ, витаминов, антигипоксантов и антиоксидантов, а также гипербарическая оксигенация для профилактики и лечения гипоксии плода. Метаболическую терапию считают обязательным компонентом в лечении ПН.

С целью снижения интенсивности перекисного окисления липидов, стабилизации клеточных мембран, улучшения трофики плода используют мембраностабилизаторы — витамин Е и фосфолипиды.

В настоящее время метаболическая терапия ПН как в амбулаторных, так и в стационарных условиях включает применение Актовегина. Актовегин — это высокоочищенный препарат из крови телят, который получают путем ультрафильтрации. Препарат содержит аминокислоты, олигопептиды, нуклеозиды; промежуточные продукты углеводного и жирового обмена: олигосахариды и гликопептиды, электролиты и ряд важных микроэлементов.

Под действием Актовегина в клетке:

- повышается обмен высокоэнергетических фосфатов (АТФ);
- активируются ферменты окислительного фосфорилирования;

- повышается активность кислой фосфатазы и лизосомальная активность клетки;
- повышается активность щелочной фосфатазы, ускоряется синтез углеводов и белков;
- увеличивается приток ионов калия в клетку, происходит актива¬ция калий-зависимых ферментов (каталаз, сахараз, глюкозидаз);
- ускоряется распад продуктов анаэробного гликолиза.

Актовегин активизирует клеточный метаболизм путем увеличения транспорта, накопления и усиления внутриклеточной утилизации глюкозы и кислорода, приводя к ускорению метаболизма АТФ и повышению энергетических ресурсов клетки. Наиболее выражены эффекты Актовегина при гипоксическом характере повреждений тканей. Основой противоишемического действия Актовегина считают также антиоксидантное действие. Также доказан нейропротективный эффект Актовегина в отношении головного мозга плода, находящегося в условиях гипоксии.

Комплекс патогенетически обоснованной терапии должен включать коррекцию метаболических нарушений и микробиоценоза родовых путей:

- стимуляторы биосинтеза белка, средства защиты мембран и увеличения АТФ в клетке, индукторы апоптоза, сумма токоферолов (витамин Е 400 МЕ), Актовегин (рекомендуемая схема: 200мг (5 мл) на 5% растворе глюкозы в/в капельно не менее 10 дней, далее переход на прием 1-2таблеток Зраза в день 2-4недели), эссенциале, хофитол;
- метилксантины (эуфиллин, но-шпа, папаверин);
- средства, улучшающие реологические свойства крови (аспирин, курантил, трентал);
- прогестины (дюфастон — длительное курсовое лечение);
- фитоседативные средства (пустырник и валериана);
- этиотропное антибактериальное лечение урогенитальной инфекции (метронидазол, пимафуцин, макролиды) после 12 недель гестации (бетадиновые свечи до 12 нед) и концентрация лакто- и бифидофлоры перорально (лакто- + бифидумбактерин, флоралдофил).

Компенсированные формы ПН не требуют специфической терапии. Достаточно провести обычные антигипоксические мероприятия и обеспечить клеточные процессы пластическим и энергетическим материалом (глюкоза, аскорбиновая кислота, галаскорбин, сигетин, эстрогены, аминокислоты).

Субкомпенсированные формы ПН подлежат интенсивной терапии, включающей препараты, которые стимулируют синтез циклического аденозинмонофосфата: метилксантины (теофиллин, эуфиллин, трентал, папаверин, но-шпа), а также β-адреномиметики (гинипрал), стимуляторы биосинтеза белка (токоферола ацетат, эссенциале, фенобарбитал); средства защиты биомембран (полиненасыщенные жирные кислоты — эссенциале).

Недопустимо одновременно вводить большое количество лекарственных средств. Следует выбирать препараты, оказывающие влияние сразу на несколько звеньев адаптационных реакций, и ограничивать назначение медикаментов, нарушающих биоэнергетику плаценты, в частности, митохондриальную дыхательную активность (окситоцин, предион).

Перспективы лечения плацентарной недостаточности

В настоящее время основное внимание уделяется подбору средств, влияющих на спиральные артерии.

В ранние сроки беременности перспективными являются:

- оксид азота, оказывающий влияние на эндотелий сосудов;
- транспортные белки;
- токоферолы;
- каротиноиды;
- фторуглероды («голубая кровь»);
- нормобарическая гипоксия, оказывающая влияние на ангиогенез;
- гипербарическая оксигенация, как стимуляция адаптации, кислородный коктейль.

Гипербарическая оксигенация, являясь мощным немедикаментозным и неинвазивным средством воздействия на гомеостаз маточно-плацентарного комплекса, воздействует на патогенетические механизмы реализации ПН: нивелирует локальную гипоксию, восстанавливает нарушенный клеточный метаболизм и ферментативную недостаточность децидуальной ткани, предотвращая анатомические нарушения плаценты, дефекты васкуляризации и нарушения созревания хориона, что является профилактикой досрочного прерывания беременности и ФПН при ее пролонгировании.

ГРУППА РИСКА ВОЗНИКНОВЕНИЯ ИЗОИММУННОГО КОНФЛИКТА МЕЖДУ ОРГАНИЗМОМ МАТЕРИ И ПЛОДОМ

Изоиммунный конфликт в организме беременной возникает в 4% случаев в резус-системе (65%) и АВО-системе (30—40%).

Несовместимость матери и плода по многим антигенам — неизменный атрибут беременности, так как плод для материнского организма является «аллотрансплантом», наследовавшим 50% своих генов от отца. Природа предусмотрела большое число механизмов, препятствующих реализации этой несовместимости. Тем не менее в клинической практике нередко встречаются ситуации, когда эти защитные механизмы не срабатывают (ранний токсикоз беременных, антифосфолипидный синдром, гемолитическая болезнь плода и др.).

В связи с тем, что резус-антитела вырабатываются только в ранее сенсибилизированном организме, первая беременность, как правило, протекает без явлений резус-конфликта. Сенсибилизация происходит под воздействием антигенов во время беременности (редко), после родов (наиболее часто), после искусственных и самопроизвольных абортов, при трансфузии резус-несовместимой крови. Частота сенсибилизации после первых родов в среднем составляет 10%. Эта цифра увеличивается, если были применены акушерские операции (кесарево сечение, ручная или инструментальная ревизия матки, ручное отделение плаценты), поскольку при этих вмешательствах увеличивается количество эритроцитов плода, попавших в кровоток матери. Отмечена более частая сенсибилизация женщин с резус-отрицательной кровью, имеющих «резус-отрицательных» матерей («симптом бабушки»). Значительно уменьшается возможность сенсибилизации при рождении ребенка с резус-положительной принадлежностью крови, несовместимой с кровью матери по системе АВО. Конфликт по системе АВО развивается при несовместимых сочетаниях группы крови матери и плода и при наличии выработанных в организме матери иммунных антител к эритроцитам той же группы крови, что и у плода. Антитела могут образоваться в организме женщины при вакцинации, инфекционных заболеваниях. Возможна также иммунизация спермой.

Клиническими проявлениями резус-конфликта у беременных являются анемия и внутриутробная гибель плода, самопроизвольные выкидыши, гестоз, билирубинемия. Клиническими признаками АВО-конфликта в основном является только гемолитическая болезнь новорожденного.

Антенатальными признаками изоиммунного конфликта являются изменения сердечной деятельности, регистрируемые на КТГ, учащенное или замедленное шевеление плода, изменение состава околоплодных вод. Завершающей фазой иммунного конфликта является гемолитическая болезнь новорожденного. Кроме гемолитической болезни новорожденных (особенно при АВО-конфликте), могут возникать негемолитические поражения плода, которые, по некоторым данным, имеют значение в развитии ряда заболеваний центральной нервной системы (эпилепсия, шизофрения, олигофрения).

Об иммунизации беременной судят по титру антител, однако следует помнить, что титр и биологическая активность антител (определяющая степень выраженности иммуноконфликта) не совпадают. Существует три вида резус-антител: агглютинирующие, блокирующие и скрытые. Агглютинирующие антитела бывают полными и неполными. Первые агглютинируют эритроциты, взвешенные в изотоническом растворе натрия хлорида; вторые — эритроциты, взвешенные в белковой среде (плазма, альбумины). Блокирующие антитела видимой агглютинации не вызывает, могут быть фиксированы на эритроцитах и свободно циркулируют в крови. Скрытые резус-антитела выявляются при разведении плазмы крови

беременной донорской сывороткой АВ (IV). В практике неполные агглютинирующие антитела определяются в сыворотке крови всех беременных с резус-отрицательным типом крови. Поэтому необходимо помнить, что в случае клинического проявления изоиммунного конфликта у женщин с резус-отрицательным типом крови с отягощенным акушерским анамнезом, следует дополнительно определить полные агглютинирующие антитела, блокирующие и скрытые резус-антитела.

Несмотря на отсутствие прямой связи между титрами антител и степенью выраженности резус-конфликта, неблагоприятный исход беременности для плода чаще наблюдается при титре 1:16 и выше. Тревожными признаками являются нарастание титра во время беременности и резкое падение его в последние недели. Для диагностики АВО-конфликта в сыворотке крови беременной определяют гемолизины и гемагглютинины. Агглютинины могут быть полными и неполными. Полные анти-А- и анти-В-агглютинины вызывают агглютинацию эритроцитов, взвешенных в изотоническом растворе натрия хлорида; неполные приводят к агглютинации эритроцитов в белковой среде.

Определение титра антител менее информативно, чем установление их вида. Наиболее неблагоприятно для плода при АВО-конфликте наличие неполных гемагглютининов в сочетании с нарастанием их титра во время беременности. Этот прирост свидетельствует о необходимости срочных мер, направленных на спасение жизни плода.

Профилактика, ранняя диагностика и лечение изоиммунных конфликтов

Как и все мероприятия, направленные на предотвращение патологических состояний у плода и матери во время беременности и родов, профилактика изоиммунизации должна осуществляться женскими консультациями в два этапа: до наступления и во время беременности.

Мероприятия по профилактике изоиммунной сенсибилизации до наступления планируемой беременности.

1. Выявление на участке и в районе деятельности женской консультации девушек и женщин с резус-отрицательным типом крови, проводя определение группы крови и резус-принадлежности во время профосмотров в школах и профтехучилищах и онкологических профосмотров нерожавших женщин и девушек с последующей отметкой результатов исследования в паспорте. В группе девушек и женщин с резус-отрицательным типом крови следует провести санитарно-просветительную работу о необходимости вынашивания первой беременности и антирезусной профилактике.

2. Определение резус-принадлежности у всех нерожавших женщин при направлении их на искусственное прерывание беременности. При обнаружении резус-отрицательной принадлежности крови нужно убедить женщину в необходимости вынашивания беременности. При упорном нежелании или невозможности сохранить беременность

необходимо обеспечить после аборта специфическую профилактику резус-сенсибилизации путем введения антирезус-иммуноглобулина.

3. Выделение в группу риска возникновения иммуноконфликта для диспансерного наблюдения:

а) женщин, имеющих в анамнезе резус- и АВО-конфликт во время родов. Беременность после резус-конфликта можно разрешить после исчезновения антител из крови и не ранее чем через 1 год, а после тяжелых форм гемолитической болезни новорожденных — через 2 года после родов. Лечебные мероприятия в перерыве между беременностями: периодическая сдача крови (донорство) с целью механического выведения антител; 1 раз в 6 месяцев — курс неспецифической гипосенсибилизирующей терапии; плазмаферез. Женщины, имеющие в анамнезе АВО-конфликт, не должны беременеть в течение 1 года. За это время им необходимо дважды провести указанный выше курс лечения;

б) женщин с резус-отрицательным типом крови, которым после родов или абортов (как искусственных, так и самопроизвольных) не проводилась специфическая иммунопрофилактика путем введения антирезус-иммуноглобулина. Женщины этой группы должны быть обследованы на наличие антител и при отсутствии последних осведомлены о том, что при наступлении желанной беременности необходимо раннее посещение женской консультации для своевременной диагностики иммуноконфликта. В случае нежелания женщины в ближайшее время рожать врач должен решить вопрос о применении рациональной контрацепции;

в) женщин, которым производились гемотрансфузии без учета резус-принадлежности. При обнаружении в крови антител проводится неспецифическая десенсибилизирующая терапия, а при отсутствии антител — рациональная контрацепция; убеждать в необходимости раннего посещения женской консультации.

Профилактика и ранняя диагностика изоиммунных конфликтов во время беременности:

1. определение резус-принадлежности и группы крови у всех беременных и их мужей при взятии женщины на учет по беременности;

2. выделение группы риска возникновения изоиммунного конфликта. В эту группу включаются:

а) несенсибилизированные первобеременные с резус-отрицательным типом крови при резус-положительной принадлежности крови мужа. В плане ведения беременности необходимо предусмотреть исследование сыворотки крови на наличие антител 1 раз в 2 месяца (при отсутствии сенсибилизации). Таким женщинам проводится неспецифическая десенсибилизирующая терапия при сроке 10-12 недель, 24—25 недель, 32-33 недели. При Rh(+) крови мужа необходимо введение беременной иммуноглобулина антирезусного в стандартной дозе

внутримышечно в 28—30 недели. Повторное постнатальное введение стандартной дозы (300мкг) иммуноглобулина не позднее 72 ч после родов;

б) повторнобеременные с резус-отрицательным типом крови (при резус-положительной принадлежности крови мужей), у которых предыдущие беременности, роды и аборты не сопровождались явлениями резус-конфликта и не проводилась специфическая иммунопрофилактика, а при настоящей беременности отсутствуют признаки сенсибилизации. Тактика ведения такая же, как и беременных предыдущей группы;

в) повторнобеременные с резус-отрицательным типом крови (при резус-положительной принадлежности крови мужей), акушерский анамнез которых отягощен на почве Rh-конфликта (рождение детей с гемолитической болезнью, мертворожденных, самопроизвольные аборты, установление сенсибилизации после родов или абортов). При отсутствии антител в ранние сроки беременности необходимо проводить исследование крови на их наличие 1 раз в мес;

г) беременные, кровь которых несовместима с кровью мужа по системе АВО.

Тактика ведения такая же, как и беременных предыдущих групп: контроль за наличием антител-агглютининов и гемолизинов 1 раз в месяц в первой половине беременности и 2 раза в месяц — во второй.

При отсутствии сенсибилизации — три профилактических курса: в 10-12, 24-25, 32-33 недели.

Мероприятия при выявлении изоиммунной сенсибилизации во время беременности.

Наличие в крови изоиммунных антител в сроке беременности до 8—10 недель свидетельствует о сенсибилизации, обусловленной предыдущими беременностями и другими факторами. Установление изоиммунной сенсибилизации после 12 недель беременности бесспорно свидетельствует об иммунном конфликте при данной беременности. Беременные с изоиммунным конфликтом должны быть консультированы генетиком.

К рутинным методам обследования назначается иммуногенетический анализ крови супругов на изоантигены, анализ крови на Rh и групповые иммунные антитела 1 раз в месяц до 32 недель, 2 раза в месяц — с 32 до35 недель, затем — еженедельно, УЗИ плода в сроки 10—14, 20-24, 32-34, 36—37 недель, КТГ, допплерометрия в динамике. Амниоцентез — по показаниям.

Единственным способом лечения гемолитической болезни плода является внутриутробное заменное переливание крови и досрочное родоразрешение и заменное переливание крови.

Все рекомендованные ранее методы лечения гемолитической болезни плода (неспецифическая десенсибилизирующая терапия, подшивание кожного лоскута мужа, плазмаферез, гемосорбция) оказались малоэффективными либо неэффективными.

Наблюдение женщин с изоиммунной несовместимостью должно быть тщательным и активным. При неявке беременной в назначенный день необходим патронаж. При установлении явлений угрозы прерывания беременности, анемии, многоводия показана немедленная госпитализация.

Беременным, у которых выявлены антиэритроцитарные антитела, не имеющие клинического значения в патогенезе иммунного конфликта во время беременности, динамику титра антител повторяют в 28-30 недель беременности для выявления клинически значимых антител, которые могут вырабатываться в более поздние сроки беременности.

Кроме того, у беременных, имеющих группу крови 0 (I), A (II), B (III) и супруга с иной группой крови, проводят выявление IgG системы ABO.

В процессе идентификации антител крайне необходимо исследовать принадлежность антител матери к субклассам IgG и определить их концентрацию в крови беременной. Наиболее тяжелая анемия развивается у плода в том случае, если в крови матери выявляются совместно IgG, и $IgG_г$

После родов с целью подтверждения наличия гемолиза эритроцитов в крови новорожденных выполняют непрямую реакцию Кумбса для выявления с помощью антиглобулиновых сывороток неполных эритроцитарных антител. Однако следует помнить, что результат этой реакции не всегда достоверно отражает наличие заболевания у плода. В некоторых случаях может наблюдаться ложноотрицательный результат реакции Кумбса. Так, реакция Кумбса может быть отрицательной у новорожденных, имевших в антенатальном периоде неоднократные внутриутробные трансфузии из-за тяжелого течения аллоиммунного заболевания. В данном случае ложноотрицательная реакция Кумбса, наблюдающаяся у новорожденных, объясняется выраженным подавлением гемопоэза на фоне тяжелого гемолиза эритроцитов и циркуляцией большого объема донорской крови.

Таким образом, исследование в крови субклассов антиэритроцитарных антител позволяет сформировать группу риска сенсибилизированных беременных, имеющих риск развития у плода алло-иммунного заболевания, предполагать его тяжесть и форму. Однако по результатам иммуногематологических исследований невозможно установить тяжесть анемического синдрома у плода, а, следовательно, определить сроки проведения внутриутробных трансфузий.

Схема иммуногематологического обследования представлена на схеме № 1.

Схема № 1

Иммуногематологическое обследование беременных



При установлении явлений угрозы прерывания беременности, анемии, многоводия показана немедленная госпитализация.

При выявлении отклонений от нормальных показателей беременная подлежит срочной госпитализации для дополнительного обследования и коррекции установленных нарушений. Всех беременных с иммунным конфликтом необходимо госпитализировать до 35 недель (при возможности — в специализированные отделения) для обследования, включающего исследование околоплодных вод, и решения вопроса о досрочном родоразрешении.

Врачу женской консультации необходимо помнить, что тщательное проведение всех описанных выше мероприятий уже в течение года приведет к резкому снижению количества новорожденных с гемолитической болезнью, а контроль за проведением специфической иммунопрофилактики всем без исключения женщинам при наличии показаний для введения антирезус-иммуноглобулина на протяжении жизни одного поколения сможет решить проблему изоиммунной сенсибилизации.

ГРУППА РИСКА ВОЗНИКНОВЕНИЯ АНТИФОСФОЛИПИДНОГО СИНДРОМА

Выделяют две формы заболевания: первичный и вторичный антифосфолипидный синдром (АФС).

Вторичный АФС связан с аутоиммунными заболеваниями, опухолями, инфекцией, применением некоторых лекарственных средств и др.

Первичный АФС диагностируется при отсутствии сопутствующей патологии, встречается в соотношении 4:1, в 2—5 раз чаще в женской популяции, причем беременность нередко является пусковым моментом. АФС служит причиной невынашивания беременности в 10—40%, а у пациенток с системной красной волчанкой — в 25—87% случаев. Антитела к фосфолипидам (ФЛ) ведут к прерыванию беременности сроком более 10 недель гестации, а сенсибилизация к фосфосерину и фосфохолину, играющих роль «клея» в имплантации, нарушает раннее развитие беременности.

Механизм прерывания беременности — неадекватное образование фибрина, геморрагии в области нидации и нарушение процессов имплантации при дефектах свертывания крови либо децидуальная и плацентарная несостоятельность из-за тромботической тенденции. Все это связывает воедино две важные системы организма женщины (иммунную и систему свертывания крови), участвующие в регуляции нормально протекающей беременности.

В настоящее время считается общепризнанным, что антитела к ФЛ представляют собой гетерогенную группу антител, различающихся по иммунохимической специфичности. Возможны перекрестные реакции антител к ФЛ с другими аутоантителами, в частности, к ДНК, Fc-фрагменту IgG, мембране тромбоцитов, эндотелию сосудов, эритроцитам. Так же, как и естественные регуляторные аутоантитела, определяемые при помощи ЭЛИ-П-теста, антитела к ФЛ образуются под влиянием эндогенных стимулов и влияют на эндотелиальный гемостаз, подавляя эндотелиальный синтез наиболее мощного естественного ингибитора агрегации тромбоцитов и вазодилататора простациклина, что ведет к гиперактивности тромбоцитов. Другое проявление АФС — снижение активности антитромбина III — важнейшего естественного антикоагулянта.

Критерии диагностики антифосфолипидного синдрома

Клинические критерии:

- наличие в анамнезе сосудистых тромбозов;
- три и более спонтанных выкидышей при сроке до 10 недель, когда исключены анатомические, генетические и гормональные причины невынашивания;
- одна и более смертей морфологически нормального плода после 10 недель беременности;
- одни и более преждевременные роды до 34 недель как следствие тяжелого гестоза и/или тяжелой плацентарной недостаточности.

Лабораторные критерии:

- антикардиолипиновые антитела среднего и высокого титров при исследовании стандартным иммуноферментным методом, определяемые в двух и более исследованиях с интервалом 6 нед;
- антикоагулянт в плазме, выявленный в двух и более исследованиях с интервалом 6 недель.

Диагноз АФС ставится при наличии хотя бы **одного клинического** и хотя бы **одного серологического** критерия.

Алгоритм ведения пациенток с АФС.

До беременности:

- нормализация гемостазиологических параметров;
- нормализация параметров иммунограммы (противовирусная иммуномодулирующая терапия, так как большинство пациенток сАФС— носители ВПГ, цитомегаловируса, вируса Коксаки А и В, энтеровирусов).

При беременности:

- глюкокортикоиды 5-10 мг со II фазы фертильного цикла, подбор дозы с учетом активности ВА;

- контроль гемостазиограммы каждые 2 недели первые 12 недель беременности, каждые 3—4 недели в течение всей беременности;
- индивидуальный подбор антиагрегантов, антикоагулянтов, при необходимости — плазмаферез;
- три курса иммуноглобулинотерапии в 7-8 недель, в 24 недели, перед родами;
- оценка состояния фетоплацентарного комплекса (УЗИ, КТГ, допплерометрия);
- профилактика ПН;
- гемостазиологический контроль после родов на 3—5 день (опасность тромбоэмболии), индивидуальный подбор антиагрегантов, антикоагулянтов, постепенная отмена глюкокортикоидов.

Антитела к ФЛ — иммуноглобулины класса IgG, они проникают через плацентарный барьер, оказывая на плод то же действие, что и у матери, т.е. вызывают тромбофилические осложнения. Назначая монотерапию гепарином или фраксипарином спасаем от тромбофилии мать, а не плод, так как эти препараты через плаценту не проникают. В качестве альтернативы глюкокортикоидам предлагается плазмаферез или большие дозы иммуноглобулина (от 10 до 20 г на каждые 4 недели беременности). Ни один из этих методов не имеет доказательной базы эффективности.

ГРУППА РИСКА КРОВОТЕЧЕНИЯ ВО II И III ТРИМЕСТРАХ

Кровотечения во время беременности возникают у 2—3% женщин. Наиболее частые причины — предлежание плаценты и преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты.

Предлежание плаценты — неправильное прикрепление плаценты в матке, характеризующееся расположением ее в области нижнего маточного сегмента под предлежащей частью плода; при этом плацента частично или полностью перекрывает внутренний зев. Частота предлежания плаценты по отношению к общему количеству родов составляет 0,2—0,8%. Приблизительно в 80% случаев данную патологию наблюдают у многорожавших. Кровотечение во время беременности при предлежании плаценты имеет место у 34%, во время родов — у 66% женщин. Преждевременные роды встречаются в 20% случаев.

К материнским причинам, способствующим возникновению предлежания плаценты, относят:

- патологические состояния, вызывающие структурные изменения эндометрия, воспалительные заболевания (эндомиометрит), рубцовые изменения эндометрия после операций (абортов,

диагностических выскабливаний полости матки, кесарева сечения, консервативной миомэктомии, перфорации матки) и нарушающие нормальную децидуализацию;

- миому матки;
- аномалии развития матки;
- многократные роды;
- септические осложнения в послеродовом периоде;
- ангиопатии у беременной при заболеваниях сердечно-сосудистой системы, почек.

Иногда возникновение предлежания плаценты обусловлено особенностями самого плодного яйца: вследствие более позднего появления протеолитической активности трофобласта плодное яйцо опускается в нижние отделы матки, где приобретает способность к нидации и продолжает развиваться; при этом ворсинчатый хорион разрастается в области внутреннего зева.

Скриниг проводят с помощью УЗИ (в 9, 16-24, 32-36 недель беременности, в дальнейшем по показаниям). Во время каждого исследования определяют локализацию плаценты.

Профилактика предлежания плаценты заключается в своевременном лечении ВЗОМТ, профилактике абортов.

Маточное кровотечение — основной клинический симптом при предлежании плаценты.

Кровотечение имеет свои особенности:

- отсутствие болевого синдрома («безболезненное кровотечение»);
- частое повторное возникновение кровотечения;
- прогрессирующая анемизация беременной.

Маточное кровотечение при предлежании плаценты наиболее часто возникает при сроке беременности 28-30 недель, когда происходят интенсивное растяжение и утончение нижнего сегмента матки. Эпизоды кровотечения, начинающиеся со II триместра беременности, как правило, характерны для полного предлежания плаценты. При неполном предлежании плаценты кровотечение возникает в конце беременности или в начале I периода родов.

При появлении кровянистых выделений из половых путей показана срочная госпитализация в акушерский стационар. В женской консультации осмотр шейки матки при помощи зеркал и влагалищное исследование не проводят, так как они могут спровоцировать усиление кровотечения.

Осмотр шейки матки при помощи влагалищных зеркал и влагалищное исследование выполняют в акушерском стационаре при подготовленной для немедленного родоразрешения операционной.

Поскольку диагностические и лечебные ресурсы женских консультаций ограничены, дифференциальную диагностику проводят в стационаре.

Низкая плацентация повышает риск плацентарной недостаточности, поэтому в амбулаторных условиях при отсутствии кровотечения необходимо проводить профилактику фетоплацентарной недостаточности и укрепление сосудистой стенки препаратами аскорбиновой кислоты.

При появлении кровянистых выделений показана экстренная госпитализация в стационар, где и проводят лечение.

Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты — преждевременное (до рождения ребенка) отделение плаценты от места своего прикрепления. Частота преждевременной отслойки нормально расположенной плаценты колеблется от 0,4 до 1,4%.

По степени тяжести клинической картины различают:

- легкую (отслойка небольшого участка плаценты);
- среднюю (отслойка $^{1}/_{4}$ поверхности плаценты);
- тяжелую (отслойка более $^{2}/_{3}$ поверхности плаценты).

В патогенезе преждевременной отслойки плаценты существенную роль играет патология мембран капилляров. Нарушения микроциркуляции приводят к тромбозам, отложению фибрина в межворсинчатом пространстве, красным и белым инфарктам плаценты. Указанные изменения нарушают плацентарное кровообращение и приводят к отслойке плаценты.

Предрасполагающие причины:

- воспалительные и дегенеративные изменения в матке и плаценте, вызывающие нарушение связи между ними;
- эндометрит, подслизистые узлы миомы, пороки развития матки, перенашивание беременности;
- изменение сосудистой системы материнского организма, ангиопатия матки: гипертоническая болезнь, гестоз, хронические инфекции;
- неполноценность плацентарного ложа, недостаточность 1-й и 2-й волн инвазии цитотрофобласта;
- чрезмерное растяжение матки: многоводие, многоплодие, крупный плод.

Причины, непосредственно вызывающие отслойку плаценты:

- непосредственная травма (удар, грубое наружное исследование или наружный поворот плода);
- косвенная травма (короткая пуповина, быстрое излитие околоплодных вод при многоводии, быстрое рождение первого плода при многоплодной беременности, стремительные роды);
- нервно-психические факторы (испуг, стресс).

Большое значение для диагностики имеет вариант отслойки плаценты.

При краевой отслойке имеется наружное кровотечение, сопровождающееся, как правило, слабовыраженным болевым синдромом. Тяжесть состояния женщины соответствует объему кровопотери. При центральной отслойке плаценты наружное кровотечение отсутствует. Выраженная болезненность матки (как общая, так и локальная) указывает на наличие ретроплацентарной гематомы. О внутреннем кровотечении судят по показателям гемодинамики. Слабость, головокружение также служат проявлениями кровопотери. Это крайне опасная форма, нередко приводящая к гибели плода и тяжелым гиповолемическим расстройствам у матери. Отслойка с комбинированным или смешанным кровотечением не должна вводить врача в заблуждение относительно объема кровопотери. Тяжесть состояния, как правило, не соответствует видимому кровотечению. Для оценки степени тяжести необходимо контролировать гемодинамические показатели женщины (АД, ЧСС, шоковый индекс, клинические проявления геморрагического шока). Клиническая диагностика преждевременной отслойки нормально расположенной плаценты не всегда проста. Классическую картину наблюдают только у 10% женщин. У $^1/_3$ беременных отсутствует выраженный болевой синдром, один из важнейших диагностических признаков данной патологии.

Достоверный диагноз преждевременной отслойки нормально расположенной плаценты можно поставить с помощью УЗИ. Этот метод также позволяет выявить признаки острой гипоксии плода.

В зависимости от локализации и интенсивности кровотечения возможно излитие крови за пределы полости матки (тогда кровотечение очевидно) либо ее скопление с образованием гематомы. Эхографическая диагностика гематом возможна только в тех случаях, когда излившаяся кровь не покинула полость матки. Гематомы обычно располагаются между стенкой матки и базальной пластиной плодного яйца. Топографически выделяют гематомы субхориальные, внеплацентарные и плацентарные. Эхографическое изображение гематомы изменяется в зависимости от ее давности. Свежие (1-2 суток) гематомы имеют вид жидкостных образований с мелкодисперсной взвесью. Они имеют четкие границы и отличаются высокой звукопроводимостью.

Задача врача женской консультации при подозрении на преждевременную отслойку плаценты либо появлении кровянистых выделениях из половых путей другой этиологии при беременности — немедленно госпитализировать женщину в акушерский стационар. При этом большое значение имеет экономия времени, которая может спасти жизнь беременной и плоду. Поэтому дифференциальная диагностика и выполнение лабораторно-инструментальных исследований не входят в задачи врача женской консультации. Их проводят в условиях стационара.

ГРУППА РИСКА ВОЗНИКНОВЕНИЯ КОАГУЛОПАТИЙ

Коагулопатические нарушения встречаются чаще всего у беременных с экстрагенитальными заболеваниями.

К этой группе относятся следующие категории беременных:

1. с хроническим тромбофлебитом, варикозным расширением вен до беременности и (или) во время нее;
2. с гепатобилиарным синдромом;
3. с нарушением фосфолипидного обмена;
4. с заболеваниями крови;
5. перенесшие патологическую кровопотерю (в родах или вне беременности) и у которых в анамнезе имеется указание на тромбоэмболические осложнения;
6. с поздними токсикозами;
7. с диабетом.

У беременных этой группы следует проводить все мероприятия, показанные женщинам, принадлежащим к основным группам риска. Совместно с другими специалистами (хирургом, гематологом) определяют метод лечения и профилактики осложнений основного заболевания (тромбофлебита, заболевания крови) и обеспечивают своевременную дородовую госпитализацию.

Все лечебные мероприятия следует проводить под контролем коагулограммы или тромбоэластограммы в каждом триместре беременности. Медикаментозная терапия назначается индивидуально, в зависимости от характера заболевания, осложняющего течение беременности.

ГРУППА РИСКА ВОЗНИКНОВЕНИЯ СЛАБОСТИ РОДОВОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

Слабость родовой деятельности встречается в 8—9% случаев. В указанную группу входят беременные, как правило, уже состоящие на диспансерном учете по поводу риска возникновения других осложнений.

Профилактика слабости родовой деятельности в условиях женской консультации заключается в тщательном выполнении всех требований по ведению беременности в соответствии с принадлежностью к основным группам риска, а главное — в своевременной дородовой госпитализации.

БЕРЕМЕННЫЕ С ТАЗОВЫМ ПРЕДЛЕЖАНИЕМ И НЕПРАВИЛЬНЫМ ПОЛОЖЕНИЕМ ПЛОДА

Частота тазовых предлежаний плода в течение многих лет остается постоянной и колеблется в пределах 3,1—5%. Несмотря на то, что роды при тазовом предлежании считаются физиологическими, таких беременных, как и с неправильным положением плода (косое, поперечное), выделяют в отдельную группу риска. Это обусловлено большим количеством осложнений по сравнению с головным предлежанием плода.

Основными осложнениями являются преждевременные роды (18—50%), преждевременное и раннее излитие околоплодных вод (23%), большая продолжительность родов, слабость родовой деятельности, акушерский травматизм, патологическая кровопотеря, осложненное течение послеродового периода, большое количество перинатальной патологии новорожденных (гипоксия и асфиксия плода, черепно-мозговые травмы), высокая мертворождаемость (10—13%) и ранняя детская смертность (20-23%).

Частота неправильных положений плода составляет 0,5—0,7%. Наиболее частыми осложнениями при неправильном положении плода являются преждевременные роды (20—60%), преждевременное и раннее излитие вод (38—52%), слабость родовой деятельности, разрывы матки, увеличение количества случаев оперативного родоразрешения, предлежание и выпадение пуповины и мелких частей плода, увеличение перинатальной смертности и травматизации плода.

Основные принципы ведения беременных с тазовым предлежанием и неправильным положением плода.

1. Ранняя диагностика тазовых предлежаний и неправильных положений плода. При подозрении на тазовое предлежание или неправильное положение плода после 28 недель беременности следует уточнить диагноз путем проведения дополнительных осмотров и объективных методов исследования (ультразвуковое сканирование).
2. Своевременное назначение корригирующей гимнастики по методу И.И. Грищенко и А.Е. Шулешовой. Показаниями к корригирующей гимнастике являются тазовое предлежание в сроке от 29 до 32 недель беременности, поперечное и косое положение плода в сроке от 29 недель и до родов. Противопоказания: рубцы после кесарева сечения и других операций на матке; отягощенный акушерский анамнез (самопроизвольные выкидыши, преждевременные роды, роды мертвым плодом); экстрагенитальная патология (по заключению терапевта); гестоз; сужение таза II степени и более; наличие любой патологии, обусловливающей завершение родов кесаревым сечением в плановом порядке. Целесообразным выделить одного специально обученного акушера-гинеколога в базовой женской консультации, который совместно с опытным методистом лечебной физкультуры будет заниматься гимнастической

коррекцией тазовых предлежаний и неправильных положений плода у беременных всего города или района.
3. Госпитализация не позже 38 недель беременности для дородовой подготовки и выбора оптимального метода родоразрешения.

БЕРЕМЕННЫЕ, ПЕРЕНЕСШИЕ ОПЕРАЦИИ НА МАТКЕ

Частота разрывов матки во время беременности составляет 3,5%, а разрыв матки по рубцу в ходе самопроизвольных родов у тщательно обследованных и подготовленных к ним беременных происходит в 4% случаев. В большинстве случаев разрыв происходит во время родов и только в 8—9% — во время беременности. Корпоральный разрез матки значительно чаще приводит к разрыву при последующей беременности, нежели разрез в нижнем маточном сегменте.

Участившиеся в последние годы операции кесарева сечения сделали проблему ведения беременности и родов у этого контингента женщин более актуальной. Кроме того, увеличение количества консервативных миомэктомий и наличие женщин с ушитым перфорационным отверстием на матке после аборта предполагает формирование соответствующей группы риска. Мероприятия в группе женщин с послеоперационными рубцами на матке проводятся в два этапа — до и после наступления беременности.

Несостоятельность миометрия за счет рубцового и дистрофического изменения, острого или хронического воспаления, глубокой инвазии элементов трофобласта — причина разрыва матки у 69,5% женщин. В ряде случаев этому способствуют гистопатические изменения миометрия. Неполноценная структура миометрия не всегда реализуется разрывом матки: у каждой второй-третьей роженицы с разрывом матки роды проходят по типу клинически узкого таза. К разрыву матки по рубцу могут приводить: перерастяжение нижнего сегмента матки; морфологические изменения миометрия в период, предшествующий данной беременности; неполноценность рубца после перенесенного в прошлом кесарева сечения; нарушения энергетического метаболизма; последующие морфологические изменения в миометрии.

В случае плацентации в зоне рубца возможна глубокая инвазия хориона. Это способствует развитию несостоятельности рубца задолго до наступления родов.

Неосложненное течение беременности с рубцом на матке не имеет специфических проявлений.

Полноценное заживление матки предоставляет возможность в 40—47% случаев консервативно родоразрешать строго отобранных женщин после кесарева сечения. При доказанной состоятельности рубца вагинальное родоразрешение возможно не всегда, так как иногда возникают те же показания к кесареву сечению, которые были в предыдущий раз.

Признаки повышенного риска несостоятельности рубца на матке после кесарева сечения:

- ✓ осложненное течение послеоперационного периода (эндометрит, вторичное заживление раны и т.д.) при предыдущем кесаревом сечении;
- ✓ предшествующее корпоральное кесарево сечение;
- ✓ два и более кесаревых сечений в анамнезе;
- ✓ рубец на коже, спаянный с подлежащими тканями;
- ✓ боли в области рубца на матке;
- ✓ боль, отдающая в свод влагалища;
- ✓ болезненность при пальпации в области рубца;
- ✓ болезненное шевеление плода;
- ✓ истончение брюшной стенки и матки в области рубца;
- ✓ повышенный тонус матки;
- ✓ «незрелость» шейки матки при доношенной беременности;
- ✓ повышенная двигательная активность плода;
- ✓ изменения на КТГ: брадикардия, длительные децелерации;
- ✓ данные УЗИ.

Состоятельным считают равномерный, однородный по структуре послеоперационный рубец толщиной 0,3-0,5 см.

Несостоятельным принято считать рубец при выявлении неоднородности структуры тканей нижнего сегмента в виде гиперэхогенных включений, истончения менее 3 мм или утолщения более 5 мм при выраженной эхонегативности окружающих тканей, а также кратерообразное истончение рубца и резкое истончение нижнего сегмента матки в области предполагаемого рубца, плацентацию в нижнем сегменте матки и непосредственно в области рубца.

До наступления беременности.

На этом этапе формируется группа женщин детородного возраста, перенесших кесарево сечение; консервативную миомэктомию, ушивание перфорационного отверстия в матке.

Основная задача участкового врача на данном этапе — реабилитация женщин после перенесенных операций и рациональная контрацепция. Беременность следует разрешать не ранее, чем через 2—3 года после перенесенной операции на матке. Женщины этой группы должны быть заблаговременно предупреждены о необходимости раннего посещения консультации при повторной беременности.

После наступления беременности.

Тщательное наблюдение:

- в 1триместрее — 1 раз в 2 нед;
- во II триместре — 1 раз в 10 дней;
- в III триместре — 1 раз в нед;

- постоянное ношение документа (паспорта, паспорта беременной, обменной карты), в котором была бы указана группа и резус-принадлежность крови;
- выполнение всех мероприятий по профилактике крупного плода, физио-психопрофилактической подготовке, профилактике невынашивания и послеродовых осложнений;
- экстренная госпитализация при малейшем подозрении на несостоятельность рубца или присоединений любой акушерской патологии; обязательная госпитализация в сроке 37 недель беременности для выработки плана ведения родов и комплексной дородовой подготовки (оптимальный срок планового кесарева сечения — 38,5 недель, после «созревания» сурфактантной системы легких плода).

При наличии дефекта рубца, а также указаний на заживление раны вторичным натяжением госпитализацию следует осуществить в 35 недель беременности.

ГРУППА РИСКА ВОЗНИКНОВЕНИЯ ГНОЙНО-СЕПТИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ

Гнойно-септические осложнения возникают в результате действия на организм различных микроорганизмов, бактерий, вирусов, риккетсий и др. В 30—35% всех случаев септический процесс вызывают грамположительные бактерии (стафилококки, стрептококки), в 60—65% — грамотрицательные (кишечная палочка, протей, клебсиелла, синегнойиая палочка). Септический процесс, вызванный грамотрицательной флорой, протекает более злокачественно и чаще приводит к септическому шоку. В последние годы отмечается учащение гнойных процессов, вызванных сапрофитами и анаэробами.

Группу риска возникновения гнойно-септических осложнений составляют беременные, перенесшие в прошлом послеродовой или послеабортный сепсис, эндометрит, мастит, страдающие хроническими воспалительными заболеваниями органов дыхания, нёбных миндалин, гепатобилиарной системы, почек и мочевыводящих путей, женской половой сферы, с кариесом зубов, с варикозным расширением вен, флебитами и тромбофлебитами, с фурункулезом, с рубцами на матке после операций.

Мероприятия, направленные на профилактику гнойно-воспалительных заболеваний в этой группе, заключаются в четком и своевременном выполнении следующих требований:

- санация очагов воспаления;
- физическая подготовка беременных к родам (гигиенические мероприятия, закаливание организма, ультрафиолетовое облучение, солнечные и воздушные ванны, купание, физкультурные упражнения);

- бактериологическое исследование выделений из влагалища с целью определения флоры и чувствительности ее к антибиотикам (в сроке 36 недель беременности, в дальнейшем — по показаниям);
- санация влагалища (в соответствии с результатами бактериологического исследования);
- санация полости рта

ГРУППА БЕРЕМЕННЫХ С ОТЯГОЩЕННОЙ НАСЛЕДСТВЕННОСТЬЮ

В нее включают женщин, родивших детей с наследственными заболеваниями, аномалиями развития, мертворожденных, а также беременных, которые сами страдают наследственными заболеваниями или их родственники. В группу беременных с отягощенной наследственностью включают и женщин, чьи мужья являются носителями заболевания по доминантному типу (хондродистрофия). Все супружеские пары в указанных случаях должны быть обследованы в медико-генетических консультациях.

При установлении у супругов заболевания, наследующегося сцепленно с полом, необходимо в 11-13 недель беременности направить женщину в специализированный стационар, где будет определен пол плода и решен вопрос о целесообразности вынашивания данной беременности.

ГРУППА ЖЕНЩИН С ОТЯГОЩЕННЫМ АКУШЕРСКИМ АНАМНЕЗОМ

Формирование этой группы целесообразно проводить до беременности, осуществляя диспансерное наблюдение женщин, у которых имели место мертворождения или смерть новорожденных в ранний неонатальный период, а также патологические роды (осложнившиеся кровотечением, оперативным вмешательством и пр.).

До наступления очередной беременности в каждом случае следует уточнить причину бывшей патологии и при необходимости провести лечение имеющихся осложнений. Если причиной гибели ребенка была травма головного мозга, обязательна рентгенопельвиометрия для определения функционального состояния таза женщины.

После наступления очередной беременности нужно установить диспансерное наблюдение в соответствии с принадлежностью к группам риска возникновения и развития перинатальной, акушерской или экстрагенитальной патологии и обеспечить соблюдение требований по ведению беременных в условиях женской консультации.

ГРУППА РИСКА ВОЗНИКНОВЕНИЯ И РАЗВИТИЯ ЭКСТРАГЕНИТАЛЬНОЙ ПАТОЛОГИИ

В случае наступления беременности у женщин с соматическими или инфекционными заболеваниями задача акушера — решить вопрос о возможности вынашивания данной беременности; каким путем прервать непоказанную беременность; какими средствами проводить профилактику и лечение фетоплацентарной недостаточности, развивающейся во всех случаях болезней женщины, особенно предшествующих беременности.

Для реализации указанных задач в РФ существует «Перечень заболеваний, при которых вынашивание беременности противопоказано», а также регламентирующие документы о совместном наблюдении акушеров и врачей-специалистов за беременными с экстрагенитальными заболеваниями. До 20 недели беременности больные беременные госпитализируются в профильные стационары, а в более поздние сроки — в специализированные акушерские (кардиоваскулярные, уронефрологические, фтизиатрические, эндокринологические) или в республиканские, областные крупные многопрофильные больницы или перинатальные центры. В случае положительного решения вопроса о вынашивании беременности необходим индивидуальный план оздоровления беременной для профилактики осложнений.

Наблюдение этого контингента беременных осуществляет участковый врач совместно с терапевтом женской консультации.

В течении беременности каждая женщина осматривается терапевтом трижды: спустя 10—13 дней после первого посещения консультации (когда уже получены результаты обследования), в 32 и 36—37 недель.

При первом обращении беременной к терапевту (по направлению акушера-гинеколога) он знакомится с «Индивидуальной картой беременной и родильницы» или выпиской из истории болезни амбулаторного больного, дополнительно собирает анамнез, включающий данные о развитии заболевания, наследственности, вредных привычках, предрасположенности к аллергии и др. После этого беременную тщательно осматривают.

В каждом конкретном случае вопрос о прерывании беременности по медицинским показаниям решает МСЭК в составе заведующего женской консультацией, участкового акушера-гинеколога, терапевта женской консультации и врачей других специальностей. Если в городе (области) имеется специализированный центр (например, кардио-акушерский и др.), необходимо получить заключение врачей-специалистов.

При решении вопроса о возможности вынашивания беременности следует учитывать срок беременности (I или II триместр) и заболевания или состояния внутренних органов, при которых может возникнуть необходимость в прерывании беременности.

Если беременной с экстрагенитальными заболеваниями разрешено вынашивание беременности, ее следует взять под строгое диспансерное

наблюдение участкового акушера-гинеколога и терапевта женской консультации или же врачей специализированного центра. Особого внимания требуют больные, которым было рекомендовано прерывание беременности, но в силу различных причин они сохранили беременность. Диспансеризации подлежат также больные с редко встречающимися заболеваниями, неблагоприятно влияющими на течение беременности или прогрессирующими под ее влиянием. Беременные должны быть информированы о необходимости регулярного посещения акушера-гинеколога, терапевта и других специалистов, а также о сроках всех исследований и предполагаемой плановой госпитализации. Большое значение имеет психотерапия беременной и ее родственников, антенатальный патронаж. Как правило, беременные с экстрагенитальными заболеваниями посещают терапевта в те же сроки, что и акушера-гинеколога (за исключением больных некоторыми хроническими заболеваниями желудка и кишечника, при которых можно ограничиться обычным наблюдением терапевта).

При каждом посещении беременной устанавливается соответствующий режим, диета и назначается адекватная терапия.

Особенностью фармакотерапии беременных является строгий подбор лекарственных средств с целью исключения их вредного действия на плод. До 11—12 недели беременности желательно избегать назначения препаратов с тератогенным и эмбриотоксическим действием и по возможности применять физические методы лечения, дието- и фитотерапию.

По мере развития беременности арсенал фармакологических средств может быть расширен, но следует по-прежнему строго подбирать препараты и применять их в минимальной дозе.

❖ ***Беременность и роды при сердечно-сосудистых заболеваниях***

Частота сердечно-сосудистых заболеваний у беременных колеблется в значительных пределах, но стоит на первом месте среди всех экстрагенитальных заболеваний. Так, заболевания сердца наблюдаются в среднем у 7%, гипертоническая болезнь — у 4—5%, артериальная гипотония — у 12% беременных.

В период беременности повышенная нагрузка на сердечно-сосудистую систему вызывает физиологически обратимые, но достаточно выраженные изменения гемодинамики и функции сердца.

Повышение нагрузки связано с усилением обмена, направленным на обеспечение потребностей плода, увеличением объема циркулирующей крови, появлением дополнительной плацентарной системы кровообращения, с постоянно нарастающей массой тела беременной. При увеличении размеров матка ограничивает подвижность диафрагмы,

повышается внутрибрюшное давление, изменяется положение сердца в грудной клетке, что в конечном итоге приводит к изменениям условий работы сердца. Такие гемодинамические сдвиги, как увеличение объема циркулирующей крови и сердечного выброса, могут оказаться неблагоприятными и даже опасными у беременных с заболеваниями сердечно-сосудистой системы вследствие наслоения их на уже имевшиеся обусловленные болезнью.

Увеличение числа сокращений миокарда во время беременности предъявляет повышенные требования к его функциональному состоянию, а рост потребления кислорода — к его доставке по коронарным артериям. Все это представляет серьезную угрозу для женщин с сердечно-сосудистыми заболеваниями, так как может вызвать развитие декомпенсации кровообращения перед родами, в родах и после них. Во время беременности создается дополнительная нагрузка на сердечно-сосудистую систему, и, как следствие этого, у 30 % здоровых беременных выслушивается систолический шум над легочной артерией и верхушкой сердца, усиливается II тон над легочной артерией за счет ускорения кровотока. Повышение содержания эстрогенов в организме вызывает нарушения возбудимости и проводимости сердечной мышцы, возникают аритмии. С внедрением эхокардиографии выявилось, что при нормально протекающей беременности могут отмечаться физиологическая регургитация на клапанах, ускорение тока крови, признаки функционирующего открытого овального окна, незначительное накопление жидкости в перикарде

Независимыми предикторами сердечно-сосудистых осложнений для матери были аритмии, высокий ФК СН, цианоз, обструкция выходного тракта левого желудочка и снижение его сократимости.

В зависимости от перегрузки того или иного желудочка выделяют СН по левожелудочковому типу, правожеудочковому типу и бивентрикулярную.

Симптомы СН по левожелудочковому типу в порядке появления:

- цианоз;
- одышка;
- ортопноэ; кашель с трудноотделяемой мокротой, содержащей прожилки крови;
- приступы сердечной астмы;
- отек легких.

Симптомы СН по правожелудочковому типу в порядке появления:

- акроцианоз;
- набухание шейных вен;
- положительный венный пульс;
- в боли в правом подреберье;
- увеличение печени, иногда с легкой желтухой;
- отеки;

- метеоризм;
- асцит;
- гидроторакс;
- гидроперикард.

Переносимость физических нагрузок, прогноз беременности и родов в значительной степени зависят от типа перегрузки сердца.

Перегрузка **сопротивлением** возникает при затруднении выброса крови вследствие сужения (аортальный и субаортальный стенозы, стеноз легочной артерии, коарктация аорты). Перегрузка сопротивлением способствует активации механизмов гомеостаза и не приводит к усилению диастолического растяжения кардиомиоцитов. Гипертрофия левого желудочка при перегрузке давлением является адаптивной реакцией сердца, которая позволяет поддерживать нормальный сердечный выброс в условиях градиента давления. Выявлено, что на ранних этапах формирования пороков сердца, сопровождающихся перегрузкой давлением, возникает концентрический тип гипертрофии миокарда. При этом включаются компенсаторные механизмы в виде гиперфункции миокарда — усиления сократимости миокарда и увеличения частоты сердечных сокращений. В дальнейшем адаптация сердца при длительной перегрузке давлением осуществляется посредством продолжающегося утолщения стенок и дилатации камер сердца. На более поздних стадиях значительное увеличение внутрисердечных объемов, наряду со значительно увеличенной массой миокарда, может свидетельствовать о том, что неадекватность гипертрофии происходит не только за счет недостаточного увеличения толщины стенок в условиях повышенного градиента давления, но и за счет эксцентрического типа гипертрофии миокарда. Имеющееся увеличение концентричности является недостаточным; вследствие этого происходит увеличение степени дилатации и напряжения стенки, что, в свою очередь, приводит к снижению сократительной способности миокарда.

При отсутствии выраженной дилатации полости любого желудочка сердца женщины с этим типом перегрузки переносят беременность хорошо, однако возможность появления и прогрессирования осложнений со стороны сердечно-сосудистой системы во время беременности и способ родоразрешения зависят от других, часто связанных между собой, объективных (градиент давления в месте сужения, признаки ишемии миокарда) и субъективных (боли за грудиной, одышка и приступы удушья) признаков.

Перегрузка объемом отмечается при дополнительном притоке крови в желудочек через дефект в перегородке сердца или артериальный проток (ДМПП, ДМЖП, НАЛ), а также при регургитации крови из-за клапанной недостаточности (МН, НАК). Этот синдром, с точки зрения изменений гемодинамики, является более неблагоприятным вследствие отмечающегося увеличения объемных показателей со стороны различных камер сердца. Он

ведет к быстрому развитию перерастяжения кардиомиоцитов, дистрофии миокарда и сердечной недостаточности. Возникающая гипертрофия миокарда оказывается в этих условиях несостоятельной.

Большинство пациенток, тем не менее, хорошо переносят беременность и послеродовой период (исключая выраженную аортальную недостаточность), что обусловлено длительной по времени компенсацией, а также развивающейся у беременных вазодилатацией, в значительной степени облегчающей переносимость перегрузки объемом.

Смешанный тип перегрузки сочетает в себе перегрузку объемом и давлением (комбинированные и сочетанные ревматические пороки сердца, некоторые врожденные пороки сердца (ВПС) и является наиболее тяжело протекающим гемодинамическим синдромом у беременных. Возможность пролонгирования беременности и способ родоразрешения при смешанном типе перегрузки всегда решаются индивидуально.

Низкая степень риска сердечно-сосудистых осложнений (до 4 %) во время беременности отмечается при следующих состояниях.

- ✓ Незначительный шунт слева направо (ДМПП, ДМЖП, ОАП). Полученные данные свидетельствуют о том, что диаметр дефекта при наиболее часто встречаемом пороке ДМПП составляет до 2 см, а при ОАП и ДМПП — соотношение легочного кровотока и системного менее чем 2:1.
- ✓ Радикальные операции на сердце без нарушений сократительной функции миокарда.
- ✓ Пролапс митрального клапана без выраженной регургитации.
- ✓ Двустворчатый аортальный клапан с незначительным стенозом. При этом градиент давления на аортальном клапане составляет не более 50 мм рт. ст. и незначительный или умеренно выраженный стеноз легочной артерии. Градиент давления на клапане легочной артерии составляет до 60 мм рт. ст.
- ✓ Клапанная регургитация до II степени при нормальной сократительной функции миокарда.
- ✓ Гипертрофическая кардиомиопатия с градиентом выходного тракта левого желудочка менее 40 мм рт. ст.

Промежуточный риск сердечно-сосудистых осложнений (имеют до 27% женщин с конкретным пороком сердца) отмечается в следующих состояниях:

- Неоперированные цианотические пороки сердца или проведенные паллиативные операции при них (Фонтена при единственном желудочке сердца, Мастарда и Сеннинга при ТМС).
- Большой шунт слева направо (ДМПП, ДМЖП, ОАП) (диаметр дефекта в этих случаях составляет более 2 см).
- Некорригированная коарктация аорты.
- Аортальная недостаточность II степени.

- Митральный стеноз с площадью митрального клапана менее 1,7см^2.
- Механический искусственный клапан.
- Выраженный стеноз легочной артерии.
- Умеренно выраженное снижение сократительной функции миокарда (фракция выброса от 40 до 60 %).
- Гипертрофическая кардиомиопатия (с градиентом выходного тракта левого желудочка более 40 мм рт. ст.
- Перипортальная кардиомиопатия в анамнезе.

- **Высокий риск** сердечно-сосудистых осложнений (более 27 %) отмечается при следующей патологии:
  - ✓ СН III—IV ФК;
  - ✓ выраженная легочная гипертензия;
  - ✓ синдром Марфана с вовлечением аорты и клапанного аппарата;
  - ✓ выраженный аортальный стеноз;
  - ✓ аортальная недостаточность;
  - ✓ перипортальная кардиомиопатия со снижением сократительной функции.

Необходимо отметить, что степени риска сердечно-сосудистых осложнений не всегда соответствуют показаниям к прерыванию беременности или досрочному родоразрешению. Пролонгирование беременности не рекомендуется женщинам с высоким риском сердечно-сосудистых осложнений.

ПОРОКИ СЕРДЦА

ВРОЖДЕННЫЕ ПОРОКИ СЕРДЦА БЕЗ ЦИАНОЗА

Врожденные аномалии сердца и сердечно-сосудистой системы встречаются примерно в 7-10 случаях на 1000 родившихся. Другими словами, эти заболевания наиболее часто встречаются среди врожденных и составляют примерно 30 % врожденных заболеваний у взрослых.

Дефект межпредсердной перегородки

Дефект межпредсердной перегородки (ДМПП) характеризуется наличием сообщения в перегородке между предсердиями, через которое происходит сброс крови.

Различают первичный и вторичный — наиболее часто встречающийся — дефекты межпредсердной перегородки. Первичный ДМПП возникает вследствие незаращения первичного сообщения между предсердиями и располагается в нижнем отделе межпредсердной перегородки непосредственно над предсердно-желудочковыми отверстиями. Нижним краем дефекта служит перегородка между ними.

Дефекты межпредсердной перегородки такого типа являются составной частью полной (или неполной) АВ-коммуникации (АВ-канал) — порока, который особенно характерен для синдрома Дауна. АВ-канал может также включать дефекты АВ-перегородки, дефекты задне-нижнего отдела межжелудочковой перегородки и единый АВ-клапан (передняя створка митрального и перегородочная створка трехстворчатого клапанов соединены и образуют единую створку). В изолированном виде порок встречается крайне редко.

Вторичный дефект —наиболее распространенная форма порока. Он составляет 85-98 % от общего числа изолированных ДМПП, при этом всегда сохраняется край межпредсердной перегородки в нижнем отделе, которым он отделен от уровня предсердно-желудочковых клапанов. Его надо отличать от открытого овального окна: вскоре после рождения оно обычно закрывается и зарастает (небольшое отверстие, пропускающее катетер — вариант нормы).

Дефекты, напоминающие венозный синус (коллектор венозной крови из миокарда), возникают в верхней части межпредсердной перегородки вблизи впадения верхней полой вены. Этот порок часто сочетается с аномальным впадением (дренажом) правых легочных вен, когда вены, исходящие из правого легкого, соединяются с верхней полой веной и правым предсердием.

Патогенез

Обычно возникающий сброс крови слева направо ведет к перегрузке правого желудочка объемом и, соответственно, — к увеличению легочного кровотока. Величина сброса крови зависит от размера дефекта, податливости желудочков и отношения легочного сосудистого сопротивления к общему периферическому сосудистому сопротивлению. Величина сброса варьирует в широких пределах, но обычно достигает 10-15л/мин. Возникающая легочная гипертензия носит гиперволемический характер и обычно не бывает высокой (до 40мм рт. ст.).

Клиническая и аускультативная картины

Обычно жалобы больных связаны с декомпенсацией кровообращения. Тяжесть ее зависит от выраженности перегрузки правых отделов и развития легочной гипертензии. При небольших размерах шунта длительное время жалоб нет, трудоспособность не ограничена и порок выявляется при случайном обследовании. В большинстве случаев жалобы появляются после 30 лет. Больные жалуются на быструю утомляемость, одышку, реже — на сердцебиение и перебои. Аускультативно ДМПП проявляется нежным систолическим шумом с эпицентром над легочной артерией. Шум обусловлен относительным стенозом основания легочного ствола, через который протекает избыточный объем крови. Второй тон над легочной артерией усилен, часто расщеплен.

При вторичном дефекте межпредсердной перегородки течение болезни более благоприятное. Жалобы обычно появляются лишь в зрелом

возрасте (как правило, после 40 лет). К 50-летнему возрасту примерно 75 % больных страдают от сердечной недостаточности, развитию которой способствует мерцательная аритмия. Сердечная недостаточность обусловлена как изолированным сбросом крови слева направо, значительным по объему, так и выраженной легочной гипертензией, которая заметно отягощает прогноз.

Течение болезни при первичном дефекте межпредсердной перегородки более тяжелое, чем при вторичном. У большинства больных жалобы появляются уже в 20-летнем возрасте. Кроме перечисленных осложнений, у таких больных может развиться полная атриовентрикулярная блокада вследствие частой травматизации атриовентрикулярного узла, расположенного кзади от дефекта, турбулентным потоком крови через него.

Осложнения гестации:

- ✓ мерцательная аритмия;
- ✓ суправентрикулярная пароксизмальная тахикардия;
- ✓ правожелудочковая недостаточность;
- ✓ парадоксальная эмболия.

Факторы, определяющие тяжесть ДМПП у беременных:

- цианоз (свидетельствует о сбросе справа налево — реверсия шунта);
- диаметр дефекта более 2 см;
- выраженные тахикардия и одышка при минимальной нагрузке (СНIIIФК);
- высокая легочная гипертензия более 40-50 мм рт. ст. (бывает крайне редко);
- сочетание с другими пороками (неполная АВ-коммуникация).

Особенности течения беременности

При ведении данного контингента беременных важно помнить, что они плохо переносят кровопотерю. При значительном и остром снижении объема циркулирующей крови повышение общего сосудистого сопротивления вместе со снижением венозного возврата в правое пред-сердие вызывает массивное поступление крови из левого в правое предсердие.

Клинически это может проявляться усилением одышки и появлением мерцательной аритмии, которую необходимо немедленно купировать либо медикаментозно, либо электрической кардиоверсией (дефибрилляцией). Из медикаментов могут использоваться кордарон (до 600-1200мг/сут в/в струйно и капельно) или новокаинамид (100 мг/сут в/в струйно медленно). Проведение дефибрилляции на любом сроке беременности безопасно для плода.

В случае персистирующей формы мерцательной аритмии рекомендуется антикоагулянтная терапия варфарином в течение 4 нед. Еще одно редкое осложнение ДМПП у беременных — парадоксальная эмболия, а пациенткам с длительным постельным режимом рекомендуется про-

ведение тромбопрофилактики нефракционированным или низкомолекулярным гепарином.

Подготовка к родам и родоразрешение

- При первой консультации беременной по результатам ЭхоКГ-исследования определить тип ДМПП (первичный или вторичный), размер дефекта, направление сброса крови и сочетание с другими ВПС. Большинство беременных с ДМПП в проведении медикаментозной терапии не нуждаются. Исключение составляют пациентки с СН III ФК, цианозом и высокой легочной гипертензией. В этих случаях возможно использование периферических вазодилататоров (нитратов), сердечных гликозидов и диуретиков в невысоких дозировках. Лечение чаще всего осуществляется в стационарных условиях под наблюдением кардиолога.
- При отсутствии факторов, определяющих тяжесть ДМПП, — роды под медикаментозным обезболиванием через естественные родовые пути
- При наличии факторов, определяющих тяжесть ДМПП, и вторичном ДМПП возможно закрытие дефекта с помощью окклюдера по методике Amplatzer на сроке беременности 21-22 нед. При невозможности проведения катетерного закрытия дефекта (отсутствие нижнего края, диаметр более 1,5 см, легочная гипертензия) роды проводятся на фоне оксигенотерапии с ограничением потуг длительной эпидуральной анестезией (возможно — с использованием вакуум- экстракции плода) или в случае развития цианоза и высокой легочной гипертензии — с их исключением путем наложения выходных акушерских щипцов. Для контроля насыщения крови кислородом рекомендуется использование пульсоксиметрии. В случае необходимости проведения кесарева сечения (КС) (чаще — по акушерским показаниям) обязателен строгий контроль и своевременная коррекция объема кровопотери. При стратификации чаще всего определяется промежуточный риск осложнений.
- Проведение эпидуральной и спинальной анестезии у беременных с большим ДМПП из-за снижения АД и давления в левом предсердии может осложниться реверсией шунта (ток крови через ДМПП справа налево), клинически проявляющейся диффузным, разлитым цианозом. Рекомендуется строгий контроль за АД во время анестезии, при значительном снижении АД показано внутривенное или подкожное введение мезатона.

Неполная атриовентрикулярная коммуникация

Атриовентрикулярная коммуникация (АВК) характеризуется наличием сообщения между предсердиями и желудочками, обусловленного дефектами в перегородках, в сочетании с расщеплением створок митрального и трикуспидального клапанов.

По клинической картине различают:

- неполную форму АВК, включающую в себя ДМПП с расщеплением створки митрального клапана;

- полную форму АВК, представляющую собой практически единый канал, включающий ДМПП, ДМЖП, отсутствие или расщепление септальных створок митрального клапана и трикуспидального клапана. Этот порок выглядит как единое АВ-отверстие. Полная форма АВК в 40 % сочетается с синдромом Дауна; наблюдаются сочетания с другими пороками.

Признаки сердечной недостаточности (тахипноэ, тахикардия, застой в легких, гепатоспленомегалия) характерны для больных полной АВК с первых часов жизни, а достижение фертильного возраста часто невозможно.

Патогенез

Артериовенозный сброс крови при неполной форме АВК происходит только на уровне межпредсердной перегородки, а наличие расщепленной створки митрального клапана способствует регургитации крови из левого желудочка в левое предсердие, что гемодинамически определяется как недостаточность митрального клапана. У больных с неполной формой АВК степень проявления нарушения кровообращения в основном зависит от выраженности недостаточности митрального клапана. При незначительной регургитации на митральном клапане течение заболевания схоже с течением изолированного ДМПП, при значительной регургитации состояние и течение заболевания тяжелые, с явлениями сердечной недостаточности, дефицита веса.

Клиническая и аускультативная картины

Клинические признаки митральной недостаточности или ДМПП.

Осложнения гестации:

- ✓ аритмии;
- ✓ хроническая сердечная недостаточность.

Подготовка к родам и родоразрешение

- ✓ Оценить степень митральной недостаточности и размер ДМПП, от которых зависит дальнейшая тактика. В зависимости от этих показателей риск расценивается как незначительный или промежуточный.
- ✓ При незначительном риске — роды через естественные родовые пути под медикаментозным обезболиванием, при промежуточном — с ограничением потуг длительной эпидуральной анестезией или вакуум-экстракцией плода.

Дефект межжелудочковой перегородки.

Дефект межжелудочковой перегородки (ДМЖП) представляет собой отверстие в межжелудочковой перегородке сердца. Он может быть изолированным или сочетаться с другими пороками сердца.

По локализации выделяют ДМЖП мембранозной части (высокорасположенные) и мышечной части (низкорасположенные). Мембранозные ДМЖП (75 %) находятся в верхней части межжелудочковой перегородки, под клапаном аорты и септальной створкой трехстворчатого клапана. Мышечные ДМЖП (10 %) располагаются в мышечной части межжелудочковой перегородки, на значительном расстоянии от клапанов и проводящей системы. Они бывают множественными, фенестрированными и часто закрываются самопроизвольно. Спонтанное закрытие ДМЖП может происходить в результате закрытия дефекта створкой трехстворчатого клапана (чаще всего), разрастания фиброзной ткани, пролиферации эндокарда, смыкания краев дефекта. Надгребневые (ДМЖП выносящего тракта правого желудочка — 5 %) располагаются выше наджелудочкового гребня, часто сопровождаются недостаточностью аортального клапана, самопроизвольно не закрываются. В 10% могут отмечаться множественные ДМЖП.

Дефекты различают по размерам:

- большие: диаметр отверстия равен или больше диаметра аорты (3 см и более). При таких дефектах давление в обоих отделах сердца почти одинаковое;
- средние: диаметр отверстия меньше размера аорты (от 1 до 3см). Давление в правом желудочке составляет 50 % от давления в левом желудочке;
- малые: диаметр отверстия до 1 см. При этом объем крови в малом круге кровообращения увеличивается на 25%.

Патогенез

Основные нарушения гемодинамики в большей мере зависят от размера дефекта и состояния легочных сосудов, чем от локализации дефекта.

В основе нарушений гемодинамики лежит сброс крови на уровне желудочков. Поскольку левый желудочек мощнее правого, вначале кровь сбрасывается из левого желудочка в правый, из большого круга кровообращения — в малый. При перегрузке малого круга кровообращения происходит спазм сосудов легких, они склерозируются, уплотняются, давление в малом круге увеличивается и, когда оно превышает давление в большом круге кровообращения, развивается обратный процесс — кровь сбрасывается из правого желудочка в левый.

При дефекте больших размеров появляются симптомы нарушений гемодинамики. При отсутствии легочной гипертензии или ее умеренной выраженности больные жалуются на одышку при физической нагрузке и утомляемость. В анамнезе — частые бронхолегочные инфекции. При физикальном исследовании отмечаются бледность кожи и усиленный верхушечный толчок, который часто смещается влево. При аускультации характерны: и грубый пансистолический шум с эпицентром в третьем—четвертом межреберье слева у края грудины и широкой иррадиацией,

который сопровождается систолическим дрожанием; п акцент II тона над легочной артерией; и появление III тона.

Может отмечаться также тихий мезодиастолический шум относительного митрального стеноза.

При длительном течении порока, особенно при высокорасположенных и больших дефектах, возможно развитие тяжелого осложнения ДМЖП, известного как синдром Эйзенменгера (высокая легочная гипертензия с преходящим или постоянным шунтом крови справа налево)

Клиническая и аускультативная картины

Клиническая картина порока определяется величиной сброса крови и легочной гипертензии. Небольшие дефекты (болезнь Толочинова—Роже) проявляются лишь типичным грубым систолическим шумом с эпицентром в третьем—четвертом межреберье у левого края грудины. Жалоб со стороны больных нет, данные ЭКГ и рентгенологического исследования без изменений. Следует подчеркнуть, что звучность шума не коррелирует с величиной дефекта и объемом сброса крови («много шума из ничего»).

Осложнения гестации:

- ❖ легочная гипертензия;
- ❖ хроническая сердечная недостаточность.

Факторы, определяющие тяжесть ДМЖП у беременных:

- ❖ цианоз (свидетельствует о сбросе крови справа налево или о сочетании с другим пороком);
- ❖ диаметр отверстия более 2 см;
- ❖ выраженные тахикардия и одышка при минимальной нагрузке (СНIIФК);
- ❖ высокая легочная гипертензия.

Лечение

При развитии сердечной недостаточности проводится стационарное лечение с использованием сердечных гликозидов, диуретиков, метаболических препаратов в общепринятых дозировках.

Подготовка к родам и родоразрешение

- Определить размеры и локализацию ДМЖП, систолиеское давление в легочной артерии, сочетание с другими ВПС и ФК СН.
- При отсутствии факторов, определяющих тяжесть течения, и систолическом давлении в легочной артерии до 60 мм рт. ст. отмечается низкий риск осложнений. Роды ведутся через естественные родовые пути под медикаментозным обезболиванием.
- При наличии фактора, определяющего тяжесть течения, или легочной гипертензии с систолическим давлением в легочной артерии от 60 до 80 мм рт. ст. отмечается промежуточный риск осложнений. Роды ведутся с исключением потуг (наложение акушерских щипцов или КС).

Наличие высокой легочной гипертензии (систолическое давление в легочной артерии выше 80 мм рт. ст. или более 3/4 системного) является показанием к прерыванию беременности.

Беременность является противопоказанной из-за высокой материнской смертности, составляющей около 30-50 %. При отказе от прерывания беременности пациентка наблюдается в специализированном роддоме с частым определением параметров сократительной функции левого и правого желудочков (1 раз в 2 нед). Родоразрешение осуществляется при стабильной гемодинамике на доношенном сроке или ранее операцией КС под общей анестезией.

Открытый артериальный проток

Артериальный проток соединяет бифуркацию легочного ствола с аортой (сразу после отхождения левой подключичной артерии). В норме проток открыт у плода и после рождения сразу закрывается.

Классификация основана на трех основных гемодинамических показателях:

- отношение систолического давления в легочной артерии к систолическому давлению в системной артерии;
- отношение сосудистого сопротивления малого и большого круга кровообращения;
- величина сброса крови слева направо.

Патогенез

При данном пороке кровь из аорты, поскольку там давление выше, сбрасывается в легочную артерию. Объем сброса крови зависит от размеров отверстия. Количество балластной крови, выбрасываемой левым желудочком в аорту, может достигнуть 40-70 %. Давление в легочной артерии обычно в норме, и сброс в нее из аорты происходит постоянно.

В результате сброса объем крови в малом круге кровообращения резко увеличивается и может превышать объем крови в большом круге в три раза. Основная часть крови в этом случае циркулирует в легких; остальные органы и ткани, недополучая кислород, находятся в состоянии постоянной гипоксии. Повышенное давление в сосудах легких приводит к застою, что создает условия для развития в них воспалительных заболеваний. Постепенно затем сосуды склерозируются, и их функция нарушается.

Если проток широкий, то к зрелому возрасту обычно развивается синдром Эйзенменгера с цианозом из-за сброса крови справа налево. Венозная кровь попадает в нисходящую аорту, поэтому цианоз и симптом «барабанных палочек» возникают на ногах, но не на руках.

Осложнения гестации:

- ✓ легочная гипертензия;
- ✓ сердечная недостаточность.

Факторы, определяющие тяжесть ОАП у беременных:

- уровень легочной гипертензии.

Лечение

При развитии сердечной недостаточности и легочной гипертензии проводится стационарное лечение сердечными гликозидами и диуретиками в общепринятых дозах.

Подготовка к родам и родоразрешение

Большинство беременных с ОАП в проведении медикаментозной терапии не нуждаются. При развитии СН III ФК возможно использование сердечных гликозидов. Лечение чаще всего осуществляется в стационарных условиях под наблюдением кардиолога.

При легочной гипертензии I—II степени возможно пролонгирование беременности.

При отсутствии легочной гипертензии и ЛГ I степени (систолическое давление в легочной артерии от 35 до 50 мм рт. ст) определяется низкий риск осложнений, роды ведутся через естественные родовые пути под медикаментозным обезболиванием.

При ЛГ II степени (систолическое давление в легочной артерии от 51 до 75 мм рт. ст.) определяется промежуточный риск осложнений, роды ведутся через естественные родовые пути с ограничением потуг длительной эпидуральной анестезией или с использованием вакуум-экстракции плода.

Наличие высокой легочной гипертензии (систолическое давление в легочной артерии выше 80 мм рт. ст.) является противопоказанием к пролонгированию беременности.

При отказе от прерывания беременности определяется высокий риск сердечно-сосудистых осложнений, а ведение беременности осуществляется кардиологом специализированного роддома.

Стеноз легочной артерии

Изолированный стеноз клапана легочного ствола характеризуется наличием препятствия на пути поступления крови на уровне клапана легочного ствола.

Различают надклапанный, клапанный и подклапанный стенозы, возможно их сочетание.

Классификация порока разработана с учетом величины систолического давления в правом желудочке.

При I стадии (умеренный стеноз) отмечается повышение систолического давления в правом желудочке до 60 мм рт. ст.

При II стадии (выраженный стеноз) систолическое давление колеблется в пределах 61-100мм рт. ст.

При III стадии (резкий стеноз) давление в правом желудочке превышает 100 мм рт. ст.

Стадия IV — стадия декомпенсации. В этой стадии доминирующей в течении заболевания становится дистрофия миокарда с тяжелой степенью

нарушения кровообращения, а систолическое давление в правом желудочке может быть не очень высоким.

Патогенез

При сужении легочной артерии давление в правом желудочке повышается, так как мышце правого желудочка необходимо большее усилие, чтобы протолкнуть кровь в легочную артерию. Вследствие этого миокард правого желудочка гипертрофируется, время выброса крови в легочную артерию удлиняется, что нарушает весь цикл работы сердца. В далеко зашедшей стадии порока при значительном стенозе развивается дилатация правого желудочка. Повышается давление и в правом предсердии. Это приводит к его гипертрофии, а затем и к дилатации. Дальнейшее развитие порока приводит к недостаточности правого желудочка, его декомпенсации, возникновению недостаточности трехстворчатого клапана.

Клиническая и аускультативная картины

Легкий стеноз протекает бессимптомно и с годами лишь слегка усиливается. Умеренный и тяжелый стенозы обычно прогрессируют. В тяжелых случаях систолическое давление в правом желудочке выше, чем в левом. В связи со снижением давления в легочной артерии возникает недостаточный кровоток в малом круге кровообращения.

Больные жалуются на одышку, которая чаще появляется при физической нагрузке (а в тяжелых случаях наблюдается даже в покое), усталость, слабость, обмороки.

При небольшой степени стеноза у больных отмечается благоприятное течение, и такие пациенты в течение всей жизни не предъявляют жалоб. При тяжелой степени стеноза и остающемся открытым овальном окне у больных рано развивается цианоз, симптомы «часовых стекол» и «барабанных палочек», полицитемия, правожелудочковая недостаточность. Выявляют выбухание справа от грудины, а также громкий мезосистолический шум (лучше всего он слышен над местом стеноза во втором межреберье слева от грудины) и систолическое дрожание вверху у левого края грудины. При клапанном стенозе им предшествует резко усиленный I тон. Шум распространяется по направлению к левой ключице и хорошо прослушивается в межлопаточном пространстве. II тон над легочной артерией не прослушивается или резко ослаблен, причем степень ослабления II тона прямо зависит от выраженности СЛА. Нередко выслушивается (особенно у больных с сердечной недостаточностью) пансистолический убывающий шум трикуспидальной регургитации. У части больных с клапанным стенозом определяется нежный диастолический шум, свидетельствующий о недостаточности клапанов легочной артерии при грубой деформации створок.

Патогенез осложнений гестации

Главную роль в развитии возможных осложнений гестации играет не локализация, а степень стеноза. Если при нормальном сердечном выбросе

градиент давления по разные стороны обструкции ниже 50 мм рт. ст., то стеноз легкий, если он составляет 50-80 мм рт. ст. — умеренный, более 80мм рт. ст. — тяжелый.

Легкий и умеренный СЛА не оказывают влияния на прогноз беременности, родов и неонатальные исходы .

Осложнения гестации:

- ✓ правожелудочковая недостаточность;
- ✓ развитие цианоза при высоком градиенте давления и открытом овальном окне (ДМПП, ДМЖП).

Факторы, определяющие тяжесть СЛА у беременных:

- ✓ градиент давления на клапане легочной артерии более 80 мм рт. ст. (показано проведение баллонной вальвулопластики).

Лечение

В лечении беременные со СЛА не нуждаются, исключая случаи развития сердечной недостаточности (проводится кардиотоническая терапия в условиях стационара). При высоком градиенте давления на клапане легочной артерии возможно проведение у беременных баллонной вальвулопластики.

Подготовка к родам и родоразрешение

Большинство беременных со СЛА в проведении медикаментозной терапии не нуждаются. При развитии правожелудочковой недостаточности (отеки, гепатомегалия, набухание шейных вен) возможно использование сердечных гликозидов. Лечение чаще всего осуществляется в стационарных условиях под наблюдением кардиолога. Роды в большинстве случаев осуществляются через естественные родовые пути под медикаментозным обезболиванием. При высоком градиенте давления и невозможности выполнения баллонной вальвулопластики или правожелудочковой недостаточности роды с исключением потуг.

Аортальный стеноз

При аортальном стенозе имеется препятствие на пути выброса крови из левого желудочка.

Аортальный стеноз представляет собой врожденный порок сердца, сопровождающийся деформацией створок клапана и/или сужением клапанного (65-70% от всех случаев АС), надклапанного (10 %) или подклапанного отверстия (20-25 %). Сужение аорты может включать неправильное развитие створок, комиссур, кольца и ствола.

Кроме того, различают умеренный АС (градиент давления на аортальном клапане менее 50 мм рт. ст.), выраженный (градиент давления на аортальном клапане 50-80 мм рт. ст.), резкий (градиент давления на аортальном клапане более 80мм рт. ст.) и критический (градиент давления на аортальном клапане от 80 до 150мм рт. ст.).

Патогенез

При АС в аорту поступает меньше крови. Миокард левого желудочка работает с повышенной нагрузкой из-за препятствия к выбросу крови в аорту. При всех видах АС имеет место гипертрофия миокарда левого желудочка с нормальной или дилатированной его полостью. Развивающаяся гипертрофия миокарда вызывает ригидность левого желудочка при его наполнении, в результате возникает компенсаторный подъем конечно-диастолического давления в нем, уменьшается относительный коронарный кровоток, в том числе субэндокардиальный. Гипертрофия часто сопровождается фиброзом миокарда, возникающим в результате дефицита коронарного кровотока на фоне аортального стеноза. Повышается давление в левом предсердии, легочных венах и легочной артерии.

У больных аортальным стенозом нередко увеличены левое предсердие и правый желудочек, что облегчает функционирование левого желудочка. Их увеличение косвенно отражает степень клапанного стеноза. В случаях выраженного стеноза возможно возникновение аневризмы левого желудочка, некроза папиллярной мышцы со вторичной недостаточностью митрального клапана.

Присоединяющийся на поздних стадиях развития заболевания выраженный кальциноз способствует еще большему сужению аортального отверстия. В случае двустворчатого клапана при спаянности створок или их неполном раскрытии, турбулентный поток крови травмирует их, что со временем ведет к развитию фиброза и обызвествлению.

Таким образом, на определенном этапе развития заболевания у больных с аортальным стенозом любого генеза обнаруживается выраженное обызвествление и деформация аортального клапана, что далеко не всегда позволяет с уверенностью говорить об этиологии данного порока (ревматизм или врожденный порок).

При клапанном стенозе, как следствие турбулентного кровотока, сразу после прохождения суженной части всегда обнаруживается та или иная степень постстенотической дилатации восходящей аорты. Строгой зависимости между расширением ствола аорты и степенью стеноза нет. В некоторых случаях обнаруживается гипоплазия восходящей аорты. Почти в 20 % случаев стенозы аорты сочетаются с другими ВПС: открытым артериальным протоком, коарктацией аорты, ДМЖП, периферическими стенозами легочной артерии.

Намного реже встречается надклапанный стеноз — сужение различной степени восходящей аорты сразу над синусами Вальсальвы.

Такие симптомы, как одышка с наличием или отсутствием потери сознания, аритмиями, являются тяжелыми осложнениями аортального стеноза. Пациентки с выраженным и резким АС, с субъективными симптомами заболевания, относятся к группе с высоким материнским и перинатальным риском. Необходимо учитывать возможность роста градиента давления на аортальном клапане во время беременности в связи с

увеличением объема циркулирующей крови и снижением общего периферического сопротивления.

Клиническая и аускультативная картины

Первые жалобы со стороны больных появляются обычно при сужении устья аорты на более чем 50 % ее просвета. Наиболее характерные симптомы заболевания — головокружение, подташнивание, обморочные состояния (синкопа), появляющиеся при физической нагрузке или быстром изменении положения тела. Эти симптомы объясняются невозможностью адекватного увеличения сердечного выброса при нагрузке и преходящей недостаточности мозгового кровообращения. Следует помнить, что изредка причиной синкопальных состояний могут быть внезапно наступающие нарушения атриовентрикулярной проводимости (АВ-блокады II и III степени), в целом весьма характерные для больных со стенозом устья аорты.

Постепенно на фоне описанных клинических проявлений фиксированного ударного объема появляются быстрая утомляемость, слабость при физической нагрузке (недостаточная перфузия скелетных мышц, в том числе за счет вазоконстрикторных сосудистых реакций). Типичные приступы стенокардии напряжения или покоя очень характерны для части больных аортальным стенозом. Боли в области сердца возникают еще в период компенсации порока в результате относительной коронарной недостаточности, которая появляется или усугубляется во время физической нагрузки. Боль обычно локализуется за грудиной (редко — в области верхушки или во втором—четвертом межреберье слева от грудины), иррадиирует в левую руку и плечо, купируется нитроглицерином.

Другая характерная жалоба больных аортальным стенозом — одышка. Вначале она носит интермиттирующий характер и появляется при физической нагрузке или тахикардии любого происхождения, свидетельствуя главным образом о наличии диастолической дисфункции левого желудочка (ЛЖ), ведущей к умеренному повышению давления в левом предсердии (ЛП) и легочных венах. Со временем одышка становится более стойкой, возникает при все меньшем физическом напряжении и даже в покое, иногда приобретая характер ортопноэ. Возникновение приступов удушья (сердечная астма или рецидивирующий альвеолярный отек легких), как правило, свидетельствует о присоединении к диастолической дисфункции ЛЖ нарушений его сократимости и указывает на вступление больного в финальный период развития заболевания.

Осложнения гестации:

- ✓ острая левожелудочковая недостаточность в форме кардиальной астмы и отека легких (предшествуют стойкая синусовая тахикардия, признаки выраженной гипертрофии ЛЖ и его дистрофии на ЭКГ);
- ✓ приступы стенокардии (давящие или сжимающие боли за грудиной, связанные с физической нагрузкой);

- ✓ расслаивание аорты при выраженном постстенотическом расширении.

Факторы, определяющие тяжесть АС у беременных:

- ✓ выраженность градиента давления на аортальном клапане;
- ✓ синкопальные состояния из-за развития желудочковой тахикардии;
- ✓ дистрофические изменения миокарда ЛЖ на ЭКГ в виде косонисходящей депрессии сегмента *ST* в левых грудных отведениях (V_5—V_6) с формированием отрицательного зубца Т;
- ✓ клинические и ЭКГ-признаки коронарной недостаточности из-за локализации кальциноза в области устья коронарных артерий и выраженной гипертрофии миокарда;
- ✓ постстенотическое расширение восходящей аорты по данным ЭхоКГ более 4,5 см.

Лечение

Всем пациенткам с градиентом давления, превышающим 50 мм рт. ст., или наличием другого фактора, определяющего тяжесть течения, показано суточное мониторирование сердечного ритма по Холтеру. В случае выявления желудочковых аритмий высоких градаций (полиморфные и мономорфные парные желудочковые экстрасистолы, желудочковая тахикардия) необходимо проведение антиаритмической терапии (соталол в индивидуально подобранной дозировке или кардарон по схеме). При выявлении клинических или ЭКГ-признаков коронарной недостаточности показано проведение антиангинальной терапии (β- адреноблокаторами или нитратами). Лечение чаще всего осуществляется в стационарных условиях под наблюдением кардиолога. Большинство беременных с АС в проведении медикаментозной терапии не нуждаются.

Подготовка к родам и родоразрешение

- ✓ При умеренном градиенте и отсутствии другого фактора, определяющего тяжесть АС, роды осуществляются через естественные родовые пути под медикаментозным обезболиванием (определяется низкий риск осложнений).
- ✓ При выраженном градиенте и отсутствии другого фактора, определяющего тяжесть течения, роды осуществляются через естественные родовые пути под длительной эпидуральной анестезией, а при сочетании с любым из факторов, определяющим тяжесть АС, с исключением потуг (наложение акушерских щипцов или КС) определяется промежуточный риск осложнений.
- ✓ ***При резком и критическом АС беременность противопоказана.*** При отказе женщины от прерывания беременности определяется высокий риск осложнений, а наблюдение и родоразрешение осуществляются в соответствии с предложенными рекомендациями.

При любом способе родоразрешения рекомендуется избегать роста градиента давления и укорочения диастолы вследствие тахикардии. Увеличение градиента давления вызывают катехоламины, усиливающие

сократимость миокарда (допамин, норадреналин и адреналин), а также периферические вазодилататоры (нитраты, папаверин, дибазол и др.). Ведение родов при выраженном и резком АС осуществляется при участии анестезиолога - реаниматолога, опытного кардиолога под мониторным контролем. Анестезиологическое пособие с использованием региональной или общей анестезии является общей практикой. Возможно использование комбинированной спинально-эпидуральной анестезии.

Применение наркотических препаратов позволяет добиться быстрого и более полного симпатического блока и успешно используется как при родах через естественные родовые пути, так и при КС. При проведении длительной эпидуральной анестезии необходимо избегать резкого снижения АД из-за возможности падения общего периферического сопротивления и снижения коронарного кровотока, что достигается медленным введением анестетика адекватной инфузионной терапией, при показаниях — использование вазопрессоров. Основой ведения родов женщин с АС является стабильность состояния гемодинамики. Необходимо избегать гиповолемии и выраженной тахикардии во время родов и в послеродовом периоде.

Кратковременное повышение АД при использовании эндотрахеального наркоза не вызывает у пациенток серьезных нарушений гемодинамики, что обусловливает преимущественное использование этого вида анестезии при выраженном АС и при АС, сочетающемся с аортальной недостаточностью. Во время операции и в послеродовом периоде рекомендуется строгий контроль объема вводимой жидкости (не должен превышать объемы кровопотери и диуреза).

Коарктация аорты

Сужение или полное закрытие просвета аорты на ограниченном участке называется ее коарктацией.

Коарктация аорты может быть в любом месте, но чаще наблюдается в ее перешейке, как правило, дистальнее отхождения левой подключичной артерии. Обычно имеется постстенотическое, а иногда и престенотическое расширение аорты. Характерно развитие обширных коллатералей. Аорта ниже сужения (а иногда и коллатерали) нередко подвергается генеративным изменениям, иногда с образованием аневризм. Кроме того, коарктация аорты часто сочетается с образованием мешковидных аневризм мозговых артерий, двустворчатым аортальным клапаном.

Снижение АД на нижних конечностях по сравнению с верхними — основной симптом коарктации аорты (в норме на нижних конечностях АД выше, чем на верхних на 20-30 мм рт. ст.). Считается, что коарктация выражена, если градиент давления между верхними нижними конечностями достигает 40 мм рт. ст.

Выделяют четыре варианта коарктации аорты:

I — изолированная коарктация аорты;

II — коарктация аорты в сочетании с ОАП;

III — коарктация аорты в сочетании с ДМЖП;

IV — коарктация аорты в сочетании с другими ВПС.

Патогенез

Гемодинамическая сущность порока заключается в затруднении тока крови через суженный участок, в результате чего значительно возрастает артериальное давление в аорте и ее ветвях выше места сужения (до 200 мм рт. ст. и более) и понижается ниже него, т. е. развивается синдром артериальной гипертензии в сосудах головного мозга и верхней половины тела, что влечет за собой систолическую перегрузку левого желудочка, гипертрофию миокарда с последующей его дистрофией. При коарктации аорты усиливается кровоток через суженный участок, что приводит к участку низкого давления в зоне дистальнее стеноза. В зоне низкого давления стенка аорты может быть высокочувствительна в отношении бактериальной инфекции, особенно если это сопровождается повреждением эндотелия током крови, что отмечается в случае коарктации аорты.

Патогенез осложнений гестации

Серьезной проблемой представляется расслаивание и разрыв аорты у беременных с ее коарктацией. Беременность, при которой отмечается существенный рост содержания эстрогенов, служит фактором, вызывающим истончение интимы артерий, что с учетом артериальной гипертензии приводит к росту частоты расслаивания аорты и разрывов аневризм мозговых артерий.

Именно поэтому беременность считается противопоказанной, если в случае неоперированной коарктации аорты АД не удается поддерживать менее 160/90—100 мм рт. ст.

Беременность после операций, проведенных по поводу коарктации аорты, протекает достаточно благополучно.

Клиническая и аускультативная картины

В детском и молодом возрасте при изолированной коарктации аорты жалоб обычно со стороны больных нет. Пациентки могут отмечать головную боль, носовые кровотечения, похолодание стоп, перемежающуюся хромоту. Основными физикальными признаками коарктации являются шум над аортой, высокое АД на руках и низкое на ногах, отсутствие пульса или резкое ослабление пульса на бедренных артериях. В межреберьях, подмышечных областях и в межлопаточном пространстве можно обнаружить расширенные и пульсирующие коллатерали. Над грудной клеткой спереди и сзади (включая остистые отростки) слышен мезосистолический шум; в тяжелых случаях, когда антероградный кровоток через место сужения сохраняется и в диастолу, шум систолодиастолический. Систолический и систолодиастолический шумы могут быть вызваны и ускоренным кровотоком по коллатералям: в этом случае шум слышен в межреберьях с обеих сторон.

Факторы, определяющие тяжесть коарктации аорты у беременных:

- ✓ артериальная гипертензия с АД выше 160/100мм рт. ст.;
- ✓ градиент давления более 60 мм рт. ст.;
- ✓ постстенотическое расширение аорты;
- ✓ дистрофические изменения миокарда ЛЖ на ЭКГ.

Лечение

Во время беременности пациентки нуждаются в тщательном контроле артериального давления, при повышении АД выше 140/90мм рт. ст. может быть рекомендовано суточное мониторирование АД с возможным последующим назначением антигипертензивной терапии. При развитии сердечной недостаточности показано назначение сердечных гликозидов, метаболическая терапия или прерывание беременности при сохранении высокого (более III) функционального класса сердечной недостаточности.

Подготовка к родам и родоразрешение

- Определить градиент давления между верхними и нижними конечностями.
- При высоком градиенте давления (более 60 мм рт. ст.) или стойком повышении АД более 160/100 мм рт. ст.
- Следует ограничить двигательный режим и проводить постоянную гипотензивную терапию.

При отсутствии эффекта от лечения дальнейшее пролонгирование беременности противопоказано.

- Провести ядерную магнито-резонансную томографию головного мозга в сосудистом режиме для исключения аневризмы сосудов головного мозга (если не была проведена ранее).
- При отсутствии факторов, определяющих тяжесть течения, родоразрешение осуществляется на доношенном сроке под медикаментозным обезболиванием (при низком градиенте давления или нормальном АД) или с ограничением потуг под длительной перидуральной анестезией (при сохранении артериальной гипертензии). При наличии одного из факторов, определяющих тяжесть течения коарктации аорты, родоразрешение с исключением потуг под длительной эпидуральной анестезией или эндотрахеальным наркозом. Решение о способе родоразрешения оперированной коарктации аорты принимается исходя из результата оперативного лечения (уровень остаточного градиента давления, наличие аневризматического расширения аорты).

ВРОЖДЕННЫЕ ПОРОКИ СЕРДЦА С ЦИАНОЗОМ

При пороках сердца, сопровождающихся цианозом, наблюдают комплекс аномалий. В настоящее время большинство пациенток подвергаются оперативному лечению в детском или подростковом возрасте. Пациентки с хорошей компенсацией аномалии доживают до взрослого

репродуктивного возраста. Это относится, в частности, к пациенткам с аномалией Эбштейна и умеренно выраженной тетрадой Фалло. Но некоторые пороки связаны с сохраняющимся увеличением сосудистого сопротивления в легких (синдром Эйзенменгера) и не поддаются коррекции.

Врожденные пороки сердца с цианозом подразделяются на пороки, протекающие со сниженным легочным кровотоком и с повышенным легочным кровотоком. Оба варианта представляют высокий риск для матери и плода.

Материнский риск

Пациентки с шунтированием крови справа налево обычно характеризуются наличием эритроцитоза и более выраженной гипоксией, более высоким содержанием гемоглобина и гематокрита, чем при шунтировании крови слева направо. Во время беременности, протекающей с увеличением адгезивности тромбоцитов и снижением фибринолиза, для матери, имеющей порок сердца с цианозом, возрастает риск тромбозов. В связи с этим необходимо избегать чрезмерно активного лечения с использованием диуретиков из-за опасности гемокон-центрации и ухудшения функции почек. При развитии тромбофлебита или тромбоза глубоких вен у пациенток с цианотическими пороками сердца появляется высокий риск не только тромбоэмболии легочной артерии, но и па-радоксальных эмболий через септальный дефект. Последнее обстоятельство обусловливает деликатное отношение к состоянию венозной системы ног у беременных с шунтированием крови справа налево. Рекомендуется избегать дегидратации; обязательно ношение эластичных чулок и возможно более ранняя послеродовая реабилитация.

Назначение антикоагулянтов не может быть рекомендовано всем без исключения, так как женщины с пороками сердца и цианозом склонны к кровотечениям. Это объясняется дефицитом факторов свертывания крови, продуцируемых печенью, снижением числа тромбоцитов с нарушением их функций. Возможно, что назначение аспирина начиная с I триместра является достаточно безопасным, не увеличивает риск кровотечений и, видимо, может снизить риск тромботических осложнений. Аспирин не обладает неблагоприятным действием на плод. Профилактические дозы гепарина могут назначаться в условиях стационара только у пациенток с высоким риском тромбоза, определяемым клинически или по результатам коагулограммы.

Риск для плода

При пороках сердца с цианозом риск гибели плода превышает 50%, если Sa02 у матери менее 85%. Новорожденные у таких матерей отличаются малым весом и высокой перинатальной смертностью. Также очень высок риск формирования ВПС у плода, поскольку в большинстве случаев причиной ВПС является генетический дефект.

Тетрада и триада Фалло

Тетрадой Фалло (ТФ) называется ВПС, включающий в себя дефект межжелудочковой перегородки, обструкцию выносящего тракта правого желудочка вследствие стеноза легочной артерии, декстропозицию аорты (аорта «сидит верхом» на межжелудочковой перегородке и из правого желудочка имеется непосредственный выход в просвет аорты) и гипертрофию правого желудочка.

Вследствие обструкции выносящего тракта правого желудочка возникает шунт справа налево через ДМЖП с поступлением венозной крови в аорту. При значительном стенозе и больших размерах дефекта (наиболее частая анатомическая ситуация) во время систолы кровь из обоих желудочков поступает в аорту и в меньшей степени в легочную артерию. На поздних стадиях заболевания возникает стабильный право-левый (веноартериальный) сброс крови, что означает переход в цианотическую форму порока.

Патогенез осложнений гестации

Как результат снижения общего периферического сопротивления, отмечаемого при нормально протекающей беременности, возможно возрастание шунта справа налево с некоторым ростом цианоза. Таким образом, у матери даже с умеренно выраженным цианозом возможно усиление заболевания во время беременности. Роды и потуги могут представлять серьезную опасность вследствие развития гипотензии с усугублением шунта справа налево.

Право- и левожелудочковая недостаточности могут отмечаться у беременных с тетрадой Фалло и быть связанными с аортальной недостаточностью. Аортальная регургитация может иметь тенденцию к прогрессированию у неоперированных пациентов с тетрадой Фалло, так как створка аортального клапана не имеет поддержки и пролабирует в дефект перегородки. Кроме того, аорта из-за увеличенного кровотока обычно имеет больший размер, чем в норме. Другая проблема у беременных с этим ВПС может быть связана с предсердными аритмиями, которые обычно встречаются во II и III триместрах беременности.

Вынашивание беременности с тетрадой Фалло сопровождается крайне высоким риском, как в отношении матери, так и в отношении плода.

При триаде Фалло вынашивание беременности возможно, вопрос о способе родоразрешения решается индивидуально. Гемодинамика, симптомы, диагностика складываются из проявлений стеноза легочной артерии (подклапанный и/ил и клапанный) и ДМПП.

Клиническая и аускультативная картины

Клиническая картина зависит от тяжести обструкции выносящего тракта правого желудочка, изменения которого могут быть самыми разными: от легкой гипоплазии до атрезии легочного ствола.

Диагноз обычно устанавливается в первые 6-12 мес. жизни по появлению одышки, цианоза, грубого систолического шума. Толерантность

к физической нагрузке у детей снижена, они часто присаживаются на корточки или лежат в постели с подтянутыми к животу ногами (свернувшись калачиком). Благодаря этому уменьшается венозный приток крови к сердцу и облегчается состояние больного.

Очень важным симптомом тетрады Фалло служат одышечно-цианотические приступы. Приступы начинаются внезапно: ребенок становится беспокойным, увеличивается одышка, цианоз, затем возможны апноэ, потеря сознания (гипоксическая кома), судороги, гемипарез. Возникновение приступов связано со спазмом инфундибулярного отдела правого желудочка, в результате чего вся венозная кровь через ДМЖП поступает в аорту и вызывает или усиливает гипоксию центральной нервной системы. Симптом «часовых стекол» и «барабанных палочек» появляется в зависимости от степени гипоксемии, часто в первые годы жизни.

У взрослых больных цианоз может быть и незначительным, и выраженным, что зависит от степени стеноза легочной артерии. Чаще у взрослых степень стеноза выражена умеренно. При аускультации определяется громкий I тон, систолический шум во втором-третьем межреберье слева от грудины различной степени выраженности.

Осложнения гестации:

- эритроцитоз и тромбозы;
- повышение давления в правом желудочке;
- реверсия шунта (усиление цианоза);
- кровотечение.

Противопоказания к самопроизвольным родам после радикальной коррекции триады и тетрады Фалло:

- выраженная регургитация на клапане легочной артерии;
- гематокрит более 60 %;
- сатурация кислорода в артериальной крови менее 80%.

Осложнения гестации после радикальной коррекции триады и тетрады Фалло:

- пароксизмальная желудочковая тахикардия;
- хроническая правожелудочковая сердечная недостаточность.

Подготовка к родам и родоразрешение

- В специальной подготовке пациентки не нуждаются. При развитии сердечной недостаточности назначаются сердечные гликозиды, метаболические препараты.

Родоразрешение на доношенном сроке с исключением или ограничением потуг в зависимости от результатов радикальной коррекции порока.

Аномалия Эбштейна

Впервые в мире сердечная аномалия, получившая название аномалии Эбштейна (АЭ), была описана терапевтом и прозектором Эбштейном в 1886г.

Аномалия Эбштейна характеризуется смещением трехстворчатого клапана в правый желудочек вследствие аномального прикрепления его створок, делит правый желудочек на проксимальную атриализованную (предсердную) часть и дистальную функциональную, значительно уменьшенную желудочковую камеру. Диагностические затруднения при АЭ обусловлены многообразием и сложностью вариантов порока.

Патогенез

Вследствие смещения клапана правый желудочек оказывается разделенным на две части — верхнюю, функционально относящуюся к правому предсердию, и нижнюю, функционирующую в качестве правого желудочка. «Истинное» правое предсердие гипертрофировано и расширено.

Сердечная стенка в предсердном отделе правого желудочка значительно редуцируется, истончается, а мышечный слой нижней части правого желудочка может быть гипертрофированным. Но полость этого отдела слишком мала и не в состоянии вместить всей крови, находящейся в атриализованном отделе правого желудочка и правого предсердия. Это ведет к уменьшению ударного объема правого желудочка, что в свою очередь значительно уменьшает объем легочного кровотока. Нарушение опорожнения правого предсердия приводит со временем к гипертрофии и дилатации его, а затем к повышению давления в нем. Венозная гипертензия в правом предсердии распространяется на весь венозный сектор большого круга кровообращения. Наличие сопутствующих внутрисердечных сообщений при АЭ (около 50 % больных имеют ДМПП или открытое овальное окно) приводит к тому, что большой круг кровообращения получает смешанную кровь и при значительном веноартериальном сбросе наблюдается постоянный цианоз свекловичного оттенка. Это имеет важное клиническое значение, так как прогрессирование нарушений гемодинамики приводит к развитию цианоза («поздний цианоз»), тогда как «чистая» АЭ без дефекта межпредсердной перегородки всегда «белая».

Патогенез осложнений гестации

Хотя беременность у пациенток с АЭ и связана с замедленным развитием плода, преждевременными родами и низкой массой новорожденных, в большинстве случаев прогноз вполне оптимистичен.

Беременность хорошо переносится пациентками после пластики или протезирования трикуспидального клапана, а риск парадоксальных эмболий устраняется закрытием ДМПП.

Клиническая и аускультативная картины

Одышка при АЭ наблюдается с раннего возраста, нередки приступы параксизмальной тахикардии и другие нарушения ритма. Границы сердца расширены в обе стороны, выслушиваются ослабленные, определяются III и

IV тоны («ритм галопа»). Шума над сердцем может не быть совсем, но часто определяется нежный короткий систолический шум в третьем-четвертом межреберьях слева у грудины, диастолический шум в мезокардииальной зоне. Частым симптомом являются набухшие, но не пульсирующие вены шеи, увеличенная, но не пульсирующая печень. Больные АЭ никогда не принимают облегчающих поз. Лицо у них нередко лунообразно за счет одутловатости его нижней половины. Обращает на себя внимание хорошо развитая подкожная венозная сеть.

У многих пациенток с АЭ и цианозом положительный эффект дает оперативное лечение.

Осложнения гестации:

- правожелудочковая недостаточность, прогрессирующая с возрастом;
- предсердные нарушения ритма и пароксизмальные тахикардии из-за сопутствующего синдрома WPW (чаще праворасположенные дополнительные пути проведения). В возрасте старше 20 лет мерцательная аритмия имеется практически у всех больных;
- внезапная смерть. Повышенный риск ее возникновения у таких больных связан с подверженностью желудочковым аритмиям;
- парадоксальная эмболия и абсцесс мозга;
- склонность к инфекционному эндокардиту.

Лечение

По показаниям в стационарных условиях проводится антиаритмическая терапия и лечение сердечной недостаточности. При развитии мерцательной аритмии или наличии других источников тромбоэмболий (тромбоз глубоких и поверхностных вен нижних конечностей) показано проведение антикоагулянтной терапии нефракционирован ным гепарином или низкомолекулярными гепаринами.

Подготовка к родам и родоразрешение

- В специальной подготовке пациентки не нуждаются.
- Показано проведение холтеровского мониторирования сердечного ритма, динамический ЭхоКГ-контроль размера правого желудочка и клиническое определение ФКСН.

Родоразрешение через естественные родовые пути или операцией КС под общей или эпидуральной анестезией при участии опытного кардиолога

Транспозиция магистральных сосудов

Транспозиция магистральных сосудов (ТМС) представляет собой порок, при котором аорта отходит от правого желудочка, легочная артерия — от левого. С гемодинамической точки зрения различают полную и корригированную ТМС.

Патогенез

Корригированная ТМС в изолированном виде долго не приводит к нарушению гемодинамики, выраженность и характер которой определяются сопутствующими ВПС. При ДМЖП нарушения гемодинамики такие же, как

при изолированном пороке, а при сочетании ДМЖП с легочным стенозом — аналогичны тетраде Фалло. Нарушения гемодинамики при недостаточности створок артериального атриовентрикулярного клапана соответствуют митральной недостаточности при нормальном расположении магистральных сосудов.

Патогенез осложнений гестации

Вынашивание беременности более реально при корригированной ТМС

Клиническая и аускультативная картины

Клиническая картина ТМС характеризуется развитием общего цианоза. Наличие более выраженного цианоза верхней половины тела, чем нижней, патогномонично для ТМС в сочетании с открытым артериальным протоком. У больных отмечаются тахикардия, одышка, а в тяжелых случаях — увеличение размеров сердца, печени, появление отеков и асцита. При аускультации определяются усиление обоих тонов, систолический шум органического или относительного (при дефекте межпредсердной перегородки) стеноза легочной артерии, шум ДМЖП или открытого артериального протока.

Осложнения гестации:

- левожелудочковая (морфологически — правого желудочка) недостаточность;
- частое сочетание с АВ-блокадами различной степени;

Лечение

При развитии сердечной недостаточности, чаще — по левожелудочковому типу (одышка, удушье в ночные часы, ортопноэ), показана терапия сердечными гликозидами, метаболическими препаратами. При развитии АВ-блокады высокой степени показана имплантация электрокардиостимулятора.

Подготовка к родам и родоразрешение

- При усилении симптомов выше III ФК — досрочное родоразрешение.
- склонность к тромбозам, при полной ТМС — к «парадоксальным» эмболиям;
- коронарная недостаточность.

Проведение суточного холтеровского мониторирования сердечного ритма (при развитии АВ-блокады высокой степени показана консультация кардиохирурга).

- Динамический (на сроках 25-27 и 34-36 нед. беременности) ЭхоКГ-контроль размера правого желудочка и функционального класса сердечной недостаточности.
- Показанием к прерыванию беременности является снижение фракции выброса (ФВ) до менее чем 40 % и выраженная (III степени) регургитация на атриовентрикулярном клапане (трехстворчатом), участвующем в системном кровотоке.

- Родоразрешение с исключением потуг при условии строгого соответствия объемов вводимой жидкости и диуреза.

Единственный желудочек сердца

При врожденном пороке сердца, известном как единственный желудочек сердца (ЕЖС), или двуприточный желудочек сердца, отсутствует межжелудочковая перегородка, а строение сердца является трехкамерным.

Внутренняя архитектоника ЕЖС может иметь строение:

- левого желудочка;
- правого желудочка;
- левого и правого желудочков;
- выходного отдела правого желудочка или неопределенное строение.

Патогенез

В единственном желудочке происходит смешение артериальной крови из левого предсердия и венозной крови из правого предсердия. При этом проявления порока, кроме циркуляции смешанной крови по большому кругу кровообращения, зависят от наличия сопутствующего сужения легочной артерии. Со временем у больных развивается тяжелая легочная артериальная гипертензия, через легкие проходит все больше и больше крови, а в системный кровоток попадает очень мало. Резко снижается также перфузия миокарда. У больных обязательно отмечаются полицитемия, гипоксемия и увеличение вязкости крови.

Патогенез осложнений гестации

Важными факторами, определяющими выживаемость матери и плода, являются сократительная функция миокарда и степень цианоза.

При сочетании ЕЖС и стеноза легочной артерии возможно проведение операции Фонтена (ОФ), заключающейся в создании анастомоза между легочной артерией, с одной стороны, и верхней полой вены, и/или нижней полой вены, или правым предсердием — с другой, так как циркуляцию крови затрудняет имеющийся выраженный подклапанный стеноз легочной артерии. После этой паллиативной операции функцию нагнетания крови в малый круг кровообращения выполняет правое предсердие, а циркуляция крови в большом круге кровообращения осуществляется ЕЖС. Отдаленные результаты ОФ при ЕЖС благоприятные. Больные становятся активными, повышается толерантность к нагрузке, исчезает цианоз.

ЕЖС является достаточно редко встречаемой аномалией у женщин репродуктивного возраста, лишь проведение ОФ позволяет успешно выносить беременность до сроков 25-35 нед.

Оперативное родоразрешение пациенток с ЕЖС проводится как под эпидуральной анестезией, так и под эндотрахеальным наркозом

Клиническая и аускультативная картины

ЕЖС, как правило, диагностируют вскоре после рождения и у 1/3 больных в течение первых 6 месяцев жизни. Более чем у 2/3 больных

выявляется цианоз, который возникает сразу после рождения или появляется в возрасте 1-2 лет. Цианоз, как правило, выражен нерезко, имеет голубой оттенок, локализуется на губах, кончиках пальцев, усиливается при крике и физической нагрузке. Артериальную гипоксемию подтверждают положителный симптом «часовыхстекол» и «барабанныхпалочек», снижение насыщения капиллярной крови кислородом. Цианоз более выражен при сопутствующем стенозе легочной артерии. Взрослые больные значительно отстают в физическом развитии, имеют выраженный цианоз, жалуются на одышку, при небольшой нагрузке — на боли в сердце.

Сердечный горб определяется у 2/3 больных. Сердечный толчок разлитой, приподнимающийся, границы сердца расширены в обе стороны, возможно систолическое дрожание («локализация выпускника»). Следует помнить о частом сочетании порока с декстрокардией. При аускультации выслушивается громкий I тон, II тон над легочной артерией усилен (вследствие легочной гипертензии или левопозиции аорты), единый или слабо расщеплен. Пансистолический шум, возникающий вследствие прохождения крови через выпускник, определяется в сочетании с III тоном и мезодиастолическим шумом вдоль левого края грудины и на верхушке (отражает повышенный кровоток через митральный клапан). На верхушке может выслушиваться систолический шум недостаточности митрального клапана. При сочетании со стенозом легочной артерии в третьем межреберье слева имеется грубый систолический шум изгнания.

Осложнения гестации:

- левожелудочковая (морфологически — правого) сердечная недостаточность;
- мерцательная аритмия, предсердная экстрасистолия;
- тромбозы (шунта, внутриполостные сердца, сосудов плаценты);
- преждевременные роды.

Лечение

Проведение антикоагулянтной терапии (аспирин, тромбоасс, кардио-аспирин); при клинических, ультразвуковых или лабораторных признаках тромбоза показана длительная терапия нефракционированным или низкомолекулярным гепарином в терапевтических дозах. При развитии сердечной недостаточности показано назначение сердечных гликозидов, строго по показаниям — диуретиков (учитывая склонность пациенток к гиперкоагуляции).

Подготовка к родам и родоразрешение после операции Фонтена

- Проведение холтеровского мониторирования сердечного ритма с целью контроля возможной аритмии.
- Динамический (не менее двукратного за время беременности) ЭхоКГ-контроль размера правого желудочка, степени трикуспидальной недостаточности, стеноза легочной артерии и клиническая оценка функционального класса сердечной недостаточности.

- Контроль за коагулограммой.
- Сроки и длительность госпитализации определяются по индивидуальным показаниям.

Родоразрешение операцией КС на сроках, близких к доношенному, под эндотрахеальным наркозом или эпидуральной анестезией при условии строго соответствия объемов вводимой жидкости и диуреза, мониторным контролем и под наблюдением опытного кардиолога.

Синдром Эйзенменгера

Синдромом Эйзенменгера (СЭ) называют необратимую тяжелую легочную гипертензию с двунаправленным сбросом крови или сбросом справа налево через открытый артериальный проток, дефект межпредсердной пергородки или дефект межжелудочковой перегородки.

Патогенез

При синдроме Эйзенменгера отмечается высокая резистентность сосудов легких. Этот феномен является результатом продолжительного подъема давления в легочной артерии и облитерации интимы сосудов. К факторам, ускоряющим развитие синдрома Эйзенменгера, относят повышенный кровоток и давление в легочной артерии, а также наличие гипоксии или гиперкапнии. Патологические изменения при синдроме Эйзенменгера охватывают мелкие легочные артериолы и мышечные артерии. Гистологически они классифицируются следующим образом: тип 1 — утолщение медии; тип 2 — утолщение медии и интимы; тип 3 — дополнительно к вышеназванным изменениям происходит гипоплазия медиального ряда мышечных артерий и сетчатые поражения. Медиальная гипоплазия предрасполагает к аневризматической дилатации артерий. Сетчатые поражения характерны для тяжелой необратимой обструктивной болезни сосудов легких.

Патогенез осложнений гестации

Степень обструктивного поражения сосудов легких определяет выраженность цианоза. Многие женщины с СЭ доживают до репродуктивного возраста, но во время третьего десятилетия жизни отмечается нарастание симптомов. СЭ у беременных значительно увеличивает риски из-за ограничения выброса правого желудочка, а развивающаяся вазодилатация благоприятствует шунтированию крови справа налево с нарастанием выраженности цианоза. Даже минимальное снижение артериального давления во время ваговагального обморока или при незначительной кровопотере может вызвать внезапную смерть

Клиническая и аускультативная картины

При развитии СЭ у больных нарастают одышка и слабость, вначале при нагрузке, а затем и в покое, которые из-за сниженного миокардиального резерва сопровождаются сердцебиением, изредка ангинозной болью. Часто отмечается кровохарканье, обусловленное либо тромбозом мелких ветвей легочной артерии *in situ* с развитием инфаркта легкого, либо разрывом

мелких капилляров при физическом и эмоциональном напряжении. При разрыве артериол может развиться легочное кровотечение с летальным исходом. Нарастают признаки правожелудочковой недостаточности. При физикальном обследовании обращают на себя внимание стойкий цианоз кожи в покое (результат праволевого шунта) и «барабанные палочки». Появляются набухание шейных вен и периферические отеки. Важно помнить, что с уменьшением сброса крови звучность шума и его пальпаторного эквивалента — дрожания — резко ослабевает, что является грозным и прогностически неблагоприятным признаком. Усиливается акцент II тона над легочной артерией и исчезает его расщепление (в отличие от сохраняющегося фиксированного расщепления II тона при дефекте межпредсердной перегородки). Часто фиксируются систолический тон изгнания крови в легочную артерию, правожелудочковый ритм галопа (появление дополнительного тона в диастоле), протодиастолический шум относительной недостаточности растянутых клапанов легочной артерии (шум Грэма—Стилла) вдоль левого края грудины. При выраженной дилатации правого желудочка вследствие его недостаточности между верхушкой и мечевидным отростком определяется пансистолический шум относительной недостаточности трехстворчатого клапана.

Осложнения гестации:

- ✓ нарастание цианоза;
- ✓ тромбозы;
- ✓ внезапная смерть.

Лечение

Пациентка с СЭ нуждается в стационарном наблюдении и лечении (часто — непрерывном) на протяжении всего периода гестации.

Подготовка к родам и родоразрешение

При СЭ пролонгирование беременности противопоказано.

Если же женщина настаивает на сохранении беременности, требуется тщательное наблюдение. Для предотвращения нарастания сброса крови и изменения его направления, а также в целях снижения потребности в кислороде врач назначает длительный постельный режим, проводит профилактику

В связи со склонностью к развитию в раннем послеродовом периоде тромбообразования в системе легочных сосудов из-за полицитемии (которая еще более усиливается после родов вследствие обильного диуреза) и повышенной свертываемостью крови, пациенткам с СЭ в послеродовом периоде показана терапия непрямыми антикоагулянтами или нефракционированным гепарином под строгим контролем коагулограммы и показателей свертываемости крови.

ПРИОБРЕТЕННЫЕ ПОРОКИ СЕРДЦА

Митральный стеноз

Митральный стеноз (МС) представляет собой сужение левого предсердно-желудочкового отверстия (чаще всего ревматической природы, реже носит врожденный характер). Причиной МС является деформация створок митрального клапана и образование сращений между ними

Патогенез

При МС створки клапана обычно утолщены, сращены между собой; иногда эти сращения выражены нерезко и относительно легко разделяются при оперативном вмешательстве. В других случаях сращение створок клапана сопровождается выраженными склеротическими процессами с обезображиванием подклапанного аппарата, который не подлежит простой комиссуротомии. При этом митральное отверстие превращается в канал воронкообразной формы, стенки которого образуются створками клапана и припаянными к ним сосочковыми мышцами. Ограничению подвижности створок способствует также кальцификация клапана.

МС нередко сопровождается и митральной недостаточностью (МН), хотя у 1/3 больных с этим пороком бывает «чистое» сужение. Среди больных митральным стенозом женщины составляют 75 %.

В норме площадь митрального отверстия составляет 4-6 $см^2$. При уменьшении этой площади вдвое достаточное наполнение кровью левого желудочка происходит лишь при повышении давления в левом предсердии. При уменьшении площади митрального отверстия до 1 $см^2$ давление в левом предсердии достигает 20 мм рт. ст. В свою очередь, повышение давления в левом предсердии и в легочных венах приводит к повышению давления в легочной артерии (легочной гипертензии).

Умеренное повышение давления в легочной артерии может происходить в результате пассивной передачи давления из левого предсердия и легочных вен на артериальное русло легких. Более значительное повышение давления в легочной артерии обусловлено рефлекторно вызываемым спазмом артериол легких из-за повышения давления в устьях легочных вен и левом предсердии.

При длительной легочной гипертензии возникают органические склеротические изменения артериол с их облитерацией. Они необратимы и стойко поддерживают высокий уровень легочной гипертензии даже после устранения стеноза.

Нарушения внутрисердечной гемодинамики при этом пороке характеризуются прежде всего некоторым расширением и гипертрофией левого предсердия и, одновременно, гипертрофией правых отделов сердца. В случаях чистого митрального стеноза левый желудочек практически не страдает, и его изменения указывают на митральную недостаточность или другое сопутствующее заболевание сердца. Заболевание долгое время

может оставаться почти бессимптомным и обнаруживается при случайном врачебном осмотре.

Патогенез осложнений гестации

Беременность у женщин с выраженным МС всегда ассоциируется с угрозой значительного ухудшения состояния.

Наиболее высокий риск материнских осложнений отмечается при МС II и III стадий. При отсутствии хирургического лечения МС до беременности рекомендуется тщательное наблюдение начиная с 3-го мес. беременности и далее ежемесячно, включая клиническое и регулярное эхокардиографическое обследование. При наличии риска ухудшения клинического состояния во время беременности рекомендуется проведение чрескожной митральной комиссуротомии.

Толерантность к гемодинамическим перегрузками во время I триместра в основном сохраняется удовлетворительной, так как возможно появление тахикардии и значительного увеличения сердечного выброса. Обычно клинические симптомы МС развиваются во II триместре, причем отек легких может быть первым симптомом, особенно у пациенток с сочетанием МС и фибрилляции предсердий (мерцательной аритмии).

Клиническая и аускультативная картины

При достаточно выраженном стенозе на том или ином этапе заболевания прежде всего появляется одышка при физическом напряжении, а затем и в покое.

Одновременно могут быть кашель, кровохарканье, сердцебиение с тахикардией, нарушение ритма сердца в виде экстрасистолии, мерцательной аритмии. В более тяжелых случаях митрального стеноза периодически может возникать отек легких в результате значительного повышения давления в малом круге кровообращения, например, при физическом напряжении. Для МС характерен диастолический шум, более интенсивный в начале диастолы или (чаще) в пресистоле, в момент сокращения предсердий. При появляется одышка при физическом напряжении, а затем и в покое.

Одновременно могут быть кашель, кровохарканье, сердцебиение с тахикардией, нарушение ритма сердца в виде экстрасистолии, мерцательной аритмии. В более тяжелых случаях митрального стеноза периодически может возникать отек легких в результате значительного повышения давления в малом круге кровообращения, например, при физическом напряжении. Для МС характерен диастолический шум, более интенсивный в начале диастолы или (чаще) в пресистоле, в момент сокращения предсердий. При мерцательной аритмии пресистолический шум исчезает. При синусовом ритме шум может выслушиваться только перед I тоном (пресистолический).

У некоторых больных при МС шумы в сердце отсутствуют, могут не определяться и указанные изменения тонов сердца («молчаливый» митральный стеноз), что обычно встречается при незначительном сужении отверстия. Но и в таких случаях выслушивание больного после физической

нагрузки в положении на левом боку может выявить типичные аускультативные признаки МС. Аускультативная симптоматика бывает атипичной и при выраженном, далеко зашедшем МС, особенно при мерцательной аритмии и сердечной недостаточности, когда замедление кровотока через суженное митральное отверстие приводит к исчезновению характерного шума. Уменьшение тока крови через левое предсердно-желудочковое отверстие способствует образованию тромба в левом предсердии. Частой локализацией тромба является ушко левого предсердия и при больших тромбах — полость левого предсердия.

Осложнения гестации:

- ✓ острая левожелудочковая недостаточность в форме кардиальной астмы и отека легких (могут возникнуть на фоне хорошего самочувствия);
- ✓ тахисистолическая форма мерцательной аритмии;
- ✓ при развитии мерцательной аритмии — тромбоэмболические осложнения по большому кругу кровообращения.

Факторы, определяющие тяжесть МС у беременных:

- ❖ площадь АВ-отверстия менее 1,5 $см^2$;
- ❖ легочная гипертензия (систолическое давление в легочной артерии более 40-50 мм рт. ст.);
- ❖ клинические признаки СН III ФК (акроцианоз, одышка и тахикардия при незначительной физической нагрузке и др.);
- ❖ мерцательная аритмия — угроза тромбоэмболических осложнений

Лечение

При развитии сердечной недостаточности по левожелудочковому типу (одышка, удушье в ночные часы, ортопноэ) показана терапия сердечными гликозидами, бета-адреноблокаторами, диуретиками и метаболическими препаратами.

Подготовка к родам и родоразрешение

- При отсутствии факторов, определяющих тяжесть МС, возможно пролонгирование беременности.
- При развитии мерцательной аритмии показано проведение антикоагулянтной терапии нефракционированным гепарином или низкомолекулярными гепаринами.
- При развитии мерцательной аритмии для контроля оптимальной частоты сердечных сокращений могут использоваться сердечные гликозиды или антагонисты кальция (производные дифенилалкиламина — изоптин, верапамил). Необходимо избегать тахикардии, вызывающей укорочение диастолы и повышение давления в легочной артерии.

При наличии одного из факторов — консультация кардиохирурга о возможности проведения закрытой комиссуротомии или баллонной

вальвулопластики на сроке 21-24 нед. беременности, затем решается вопрос о пролонгировании беременности.

При невозможности проведения закрытой комиссуротомии или баллонной вальвулопластики (выраженный кальциноз клапана и комиссур, сочетание с выраженной митральной недостаточностью, необратимость легочной гипертензии) и площади АВ-отверстия менее 1,5 см^2 ***показано прерывание беременности.***

Рекомендуются роды через естественные родовые пути у пациенток с I—II ФК СН и систолическим артериальным давлением в легочной артерии ниже 40-50 мм рт. ст. Роды через естественные родовые пути возможны даже у женщин с III и IV ФК СН и мониторным контролем гемодинамики с помощью катетеризации легочной артерии, хотя чаще всего роды осуществляются путем КС под общей анестезией. Рекомендуется, особенно при наличии факторов, осложняющих течение МС, избегать выраженного падения общего периферического сопротивления (введение вазодилататоров, чрезмерная кровопотеря). Это состояние может компенсироваться тахикардией, что ухудшает сократительную функцию сердца.

Недостаточность митрального клапана

Недостаточностью митрального клапана называют неспособность левого предсердно-желудочкового клапана препятствовать обратному движению крови из левого желудочка в левое предсердие во время систолы желудочков сердца.

Классификация

В отличие от митрального стеноза, митральная недостаточность может возникнуть в результате многих причин, таких как:

- ✓ ревматизм — наиболее тяжелое поражение створок митрального клапана с развитием регургитации различной степени (чаще в сочетании с сужением левого венозного отверстия);
- ✓ инфекционный эндокардит (эпизоды немотивированной высокой лихорадки в анамнезе, вегетации на клапанах);
- ✓ миксоматозная дегенерация митрального клапана;
- ✓ разрыв створок в результате травмы;
- ✓ отрыв папиллярных мышц митрального клапана;
- ✓ дисфункция сосочковых мышц после инфаркта миокарда.

Патогенез

При значительной МН наблюдают расстройства внутрисердечной гемодинамики. Уже в начале систолы, до открытия створок аортального клапана, в результате повышения давления в левом желудочке происходит возврат крови в левое предсердие. Он продолжается в течение всей систолы желудочка.

Величина регургитации крови в левое предсердие зависит от размеров клапанного дефекта, градиента давления между левым желудочком и левым предсердием. В тяжелых случаях она может достигать 50-75% общего выброса крови из левого желудочка. Это приводит к увеличению диастолического давления в левом предсердии. Его объем также увеличивается, что сопровождается большим наполнением левого желудочка в диастолу с увеличением его конечного диастолического объема. Такая повышенная нагрузка на левый желудочек и левое предсердие ведет к дилатации камер и гипертрофии их миокарда. Таким образом, в результате МН возрастает нагрузка на левые камеры сердца. Повышение давления в левом предсердии вызывает переполнение венозного отдела малого круга кровообращения и застойные явления в нем.

Патогенез осложнений гестации

Беременные в силу развивающейся периферической вазодилатации МН даже с выраженной регургитацией переносят хорошо.

Клиническая и аускультативная картины

В период компенсации бессимптомное течение болезни можно наблюдать в продолжение нескольких лет. В дальнейшем больную начинают беспокоить сердцебиения, одышка при нагрузке. Быстрая утомляемость свидетельствует о снижении эффективного сердечного выброса при тяжелой митральной недостаточности и систолической дисфункции левого желудочка. Возникающая охриплость голоса вследствие сдавливания возвратного нерва увеличенным левым предсердием (синдром Ортнера) более типична для митрального стеноза или сочетания митрального стеноза и митральной недостаточности. Кровохарканье менее характерно, чем при стенозе. При тяжелой митральной недостаточности могут появляться периферический цианоз и цианотический румянец.

Аускультативная симптоматика наиболее типична над верхушкой сердца — ослабление или исчезновение I тона, убывающий систолический шум различной продолжительности и громкости, проводящийся в подмышечную область, меньше — к основанию сердца. Этот шум возникает при прохождении обратной волны крови (волны регургитации) из левого желудочка в левое предсердие через относительно узкое отверстие между неплотно сомкнутыми створками митрального клапана. Продолжительность шума в общем отражает выраженность порока, при тяжелом пороке шум — пансистолический. Тембр шума различный: мягкий, дующий или грубый. Он может сочетаться с пальпаторно ощутимым систолическим дрожанием на верхушке сердца. При митральной недостаточности, связанной с пролапсом створки, шум возникает обычно после добавочного систолического тона и занимает вторую половину систолы. Если регургитация осуществляется по задней комиссуре, то шум проводится в левую подмышечную область. Если регургитация осуществляется по передней комиссуре, то шум проводится вдоль левого края грудины к основанию сердца.

Основные нарушения гемодинамики:

- ✓ регургитация в левое предсердие;
- ✓ увеличение размера левого предсердия;
- ✓ возможность развития мерцательной аритмии;
- ✓ повышенная нагрузка на левый желудочек с увеличением его диастолического объема.

Осложнения гестации:

- ➢ отек легких (встречается крайне редко, предшествует нарастающая одышка);
- ➢ мерцательная аритмия;
- ➢ снижение выброса левого желудочка (при значительной и анамнестически длительной регургитации).

Факторы, определяющие тяжесть МН у беременных:

- ✓ атриомегалия (передне-задний размер левого предсердия) более 4,5 см;
- ✓ увеличение размера ЛЖ (КДР более 5,5-5,7 см);
- ✓ выраженная степень МН (II и более);
- ✓ снижение ФВ левого желудочка (менее 55-60 %);
- ✓ развитие пароксизмальной тахикардии и мерцательной аритмии;
- ✓ клинические признаки СН (одышка при ФН, стойкая синусовая тахикардия).

Лечение

При регистрации на ЭКГ признаков дистрофии миокарда (изменения сегмента *ST* и зубца *T)* показана длительная метаболическая терапия (рибоксин, оротат калия, предуктал). Возникновение одышки при физической нагрузке, признаков перегрузки и гипертрофии правых отделов сердца на ЭКГ и ЭхоКГ является показанием к назначению периферических вазодилататоров (сиднофарм, молсидомин) и диуретиков (индап, гипотиазид).

Подготовка к родам и родоразрешение

- При наличии одного из факторов, определяющих тяжесть течения заболевания, — динамическое клиническое и эхокардиографическое (на сроках 26-28 и 35-36 нед беременности) наблюдение.
- При атриомегалии прогнозируется развитие мерцательной аритмии, которая может потребовать контроля частоты ритма (назначения сердечных гликозидов или β-адреноблокаторов) и аитикоагулянтной терапии (непрямые или прямые ангтикоагулянты).
- ***При превышении конечно-диастолического размера (КДР) ЛЖ 6см или снижении ФВ ЛЖ менее 50 % показано прерывание беременности или досрочное родоразрешение.***

При отсутствии факторов, определяющих тяжесть течения, — родоразрешение через естественные родовые пути без «выключения» потуг. Рекомендуется поддерживать нормальную или слегка повышенную частоту

сердечных сокращений, избегать брадикардии. Низкая частота сердечных сокращений вызывает удлинение диастолы и периода регургитации.

С целью профилактики и лечения брадикардии артериальной гипотензии может быть использован α-блокатор эфедрин (20-50 мг подкожно или внутривенно).

При наличии одного или нескольких факторов, определяющих тяжесть течения, — роды с ограничением потуг либо под длительной эпидуральной или комбинированной спинально-эпидуральной анестезией, либо с использованием вакуум-экстракции плода. При превышении КДР ЛЖ 6 см или снижении ФВ ЛЖ менее 50 % на доношенном сроке — родоразрешение с исключением потуг (предпочтительно — КС под эндотрахеальным наркозом) со строгим контролем объема вводимой жидкости, не превышающего объемы кровопотери и диуреза.

Стеноз устья аорты

Стеноз устья аорты представляет собой препятствие изгнанию крови из левого желудочка во время систолы

Причины приобретенного клапанного стеноза аорты:

- ✓ ревматическое поражение створок клапана (наиболее частая причина);
- ✓ атеросклероз аорты;
- ✓ инфекционный эндокардит и некоторые другие;
- ✓ первично-дегенеративные изменения клапанов с последующим их обызвествлением

Факторы, определяющие тяжесть течения болезни, ведение беременности и родов при ревматическом стенозе аорты, такие же, как при врожденном стенозе устья аорты.

Недостаточность аортального клапана

Недостаточность аортального клапана (НАК) характеризуется неполным смыканием створок клапана во время диастолы, что приводит к возникновению обратного диастолического тока крови из аорты в ЛЖ.

Различают врожденную и приобретенную недостаточность аортального клапана, а также органическую и функциональную. Органическая недостаточность характеризуется утолщением, сморщиванием и укорочением створок полулунного (аортального) клапана, отложением в них кальция и поражением подклапанных структур, а функциональная (относительная) — несмыканием (сепарацией) его створок.

Наиболее частые причины органической недостаточности аортального клапана:

- ▪ ревматизм (около 70 % случаев заболевания);
- ▪ инфекционный эндокардит.

Патогенез осложнений гестации

Развивающаяся у беременных периферическая вазодилатация несколько облегчает переносимость НАК. Тем не менее, резкое увеличение

объема циркулирующей крови (повышенное потребление жидкости) может привести к дилации левого желудочка с дальнейшим нарушением его сократительной функции.

Клиническая и аускультативная картины

Сформировавшаяся недостаточность аортального клапана в течение длительного времени (10-15 лет) может не сопровождаться субъективными клиническими проявлениями и не привлекать внимание больного и врача.

Исключение составляют случаи остро развившейся недостаточности клапана аорты у больных с инфекционным эндокардитом, расслаивающей аневризмой аорты и т. д. Одним из первых клинических проявлений болезни является неприятное ощущение усиленной пульсации в области шеи, в голове, а также усиление сердечных ударов (больные «ощущают свое сердце»), особенно в положении лежа. Эти симптомы связаны с высоким сердечным выбросом и пульсовым давлением в артериальной системе.

К этим ощущениям нередко присоединяется учащенное сердцебиение, связанное с характерной для недостаточности аортального клапана синусовой тахикардией. При значительном дефекте аортального клапана у больных может появляться головокружение, внезапно возникающее чувство дурноты и даже склонность к обморокам, особенно при нагрузке или быстром изменении положения тела. Это указывает на недостаточность мозгового кровообращения.

Типичными аускультативными признаками аортальной недостаточности являются диастолический шум на аорте и в точке Боткина, ослабление II и I тонов сердца, а также, так называемый, сопровождающий систолический шум на аорте функционального характера. Обычно I тон на верхушке сердца ослаблен в результате резкой объемной перегрузки ЛЖ. Иногда I тон бывает расщепленным. В зависимости от этиологии порока II тон может или усиливаться, или ослабляться вплоть до исчезновения. Деформация и укорочение створок клапана вследствие ревматизма или инфекционного эндокардита способствуют ослаблению II тона на аорте или его исчезновению. Сифилитическое поражение аорты характеризуется усиленным II тоном с металлическим оттенком («звенящий» II тон).

Патологический III тон выслушивается при аортальной недостаточности довольно часто. Появление III тона указывает на выраженную объемную перегрузку ЛЖ, а также на снижение его сократительной способности и диастолического тонуса. Диастолический шум на аорте является наиболее характерным аускультативным признаком аортальной недостаточности. Шум лучше всего выслушивается во втором межреберье справа от грудины и в третьем-четвертом межреберьях у левого края грудины и проводится на верхушку сердца. Диастолический шум при аортальной недостаточности начинается в протодиастолический период, т.е. сразу после II тона, постепенно ослабевая на протяжении диастолы. В зависимости от степени регургитации изменяется частотная характеристика диастолического шума: небольшая регургитация сопровождается мягким

дующим, преимущественно высокочастотным шумом; при выраженной регургитации определяется смешанный частотный состав шума; тяжелая регургитация приводит к появлению более грубого низко- и среднечастотного шума.

Такой характер шума наблюдается, например, при сифилитическом поражении аорты. Следует помнить, что при декомпенсации порока, тахикардии, а также при сочетанном аортальном пороке сердца интенсивность диастолического шума аортальной недостаточности уменьшается.

У больных с органической недостаточностью клапана аорты часто выслушивается функциональный систолический шум относительного стеноза устья аорты. При этом на аорте и в точке Боткина, помимо органического диастолического шума аортальной недостаточности, во время изгнания крови выслушивается функциональный систолический шум, который может проводиться на всю область грудины, верхушку сердца и распространяться в область яремной вырезки и вдоль сонных артерий. Шум возникает вследствие значительного увеличения систолического объема крови, выбрасываемого в аорту ЛЖ в период изгнания, для которого нормальное неизмененное отверстие аортального клапана становится относительно узким — формируется относительный (функциональный) стеноз устья аорты с турбулентным током крови из ЛЖ в аорту. У больных с органической недостаточностью аортального клапана может изредка выслушиваться функциональный диастолический шум Флинта: пресистолический шум относительного (функционального) стеноза левого атриовентрикулярного отверстия, который возникает в результате смещения передней створки митрального клапана струей регургитации крови из аорты. Это создаёт препятствие во время активной систолы предсердия на пути диастолического кровотока из ЛП в ЛЖ.

При обследовании сосудистой системы у больных с НАК необходимо обращать внимание на существование еще двух сосудистых аускультативных феноменов: двойного шума Дюрозье и двойного тона Траубе.

Первый аускультативный феномен выслушивается над бедренной артерией в паховой области, непосредственно под пупартовой связкой. При простом прикладывании стетоскопа в этой области (без давления) может определяться тон бедренной артерии — звук, синхронный с местным артериальным пульсом. При постепенном надавливании головкой стетоскопа в этой области создается искусственная окклюзия бедренной артерии и начинает выслушиваться вначале тихий и короткий, а затем более интенсивный систолический шум. Последующее сдавливание бедренной артерии приводит иногда к появлению диастолического шума. Этот второй шум тише и короче систолического шума. Феномен двойного шума Дюрозье обычно объясняют большей, чем в норме, объемной скоростью кровотока или ретроградным (по направлению к сердцу) током крови в

крупных артериях. Второй аускультативный феномен является достаточно редким, когда на крупной артерии (например, бедренной) выслушиваются (без сдавливания сосуда) два тона. Второй тон принято связывать с обратным током крови в артериальной системе, обусловленным выраженной регургитацией крови из аорты в ЛЖ.

Осложнения гестации:

- острая левожелудочковая недостаточность в форме отека легких;
- острая коронарная недостаточность в виде болевого синдрома в грудной клетке, напоминающего стенокардию;
- тромбоэмболия по большому кругу кровообращения при наличии вегетаций на аортальном клапане (причина НАК — инфекционный эндокардит);
- разрыв синуса Вальсальвы с острой сердечной недостаточностью вследствие шунта аорта — правое предсердие или аорта — правый желудочек (причина НАК — инфекционный эндокардит).

Факторы, определяющие тяжесть НАК у беременных:

- степень аортальной недостаточности (более II);
- увеличение КДР ЛЖ более 5,5-5,7 см;
- дистрофические изменения на ЭКГ;
- клинические и ЭКГ-признаки коронарной недостаточности.

Лечение

При регистрации на ЭКГ признаков дистрофии, ишемии миокарда (изменения сегмента *ST* и зубца *T)* и стенокардии показана длительная метаболическая терапия (рибоксин, оротат калия, предуктал).

Подготовка к родам и родоразрешение

Кардиомегалия с КДР ЛЖ более 6 см чаще всего сопровождается III степенью аортальной недостаточности и является противопоказанием к вынашиванию беременности.

При наличии одного из факторов, определяющих тяжесть течения НАК, верифицируют промежуточный риск развития осложнений.

Отсутствие по данным ЭхоКГ, проведенной на сроке беременности 25-27 нед, отрицательной динамики (нарастание степени аортальной недостаточности до III и КДР ЛЖ более 6 см) свидетельствует о возможности пролонгирования беременности до доношенного срока.

При наличии одного или нескольких факторов, определяющих тяжесть течения НАК, роды осуществляются на максимально доношенном сроке с исключением потуг (предпочтительно — КС под эндотрахеальным наркозом), со строгим контролем объема вводимой жидкости, не превышающего объемы кровопотери и диуреза.

При отсутствии факторов, определяющих тяжесть течения НАК, — родоразрешение через естественные родовые пути без «выключения» потуг. Возможно использование длительной эпидуральной или комбинированной спинально-эпидуральной анестезии.

СОЧЕТАННЫЕ И КОМБИНИРОВАННЫЕ ПОРОКИ СЕРДЦА

Сочетание стеноза и недостаточности называют сочетанным пороком, а при сочетании дефектов на разных клапанах говорят о комбинированном пороке сердца (комбинированный митрально-аортальный порок и т.п.).

Симптомы и течение болезни зависят от выраженности и степени поражения того или иного клапана.

Наиболее часто встречается сочетанный митральный порок — недостаточность митрального клапана и стеноз левого венозного отверстия. При обследовании больных в этих случаях находят признаки и того и другого порока: один из них, как правило, преобладает; реже признаки недостаточности клапана и стеноза отверстия выражены в равной степени.

При сочетанном митральном пороке сердца рано появляются одышка и цианоз. Сердце увеличивается влево, вверх и вправо, так как при этом гипертрофируются левое предсердие и оба желудочка. При аускультации сердца звучность I тона у верхушки зависит от преобладания порока: если превалирует недостаточность митрального клапана, I тон ослабевает, если преобладает митральный стеноз, он усиливается, становится хлопающим. У верхушки сердца выслушиваются два шума: систолический, как проявление недостаточности клапана, и диастолический, обусловленный стенозом отверстия.

Сочетанный аортальный порок сердца, как правило, является результатом ревматического эндокардита. Для него характерно наличие и систолического, и диастолического шумов, выявляемых при аускультации над аортой. Сосудистые пульсации и большое пульсовое давление, типичные для аортальной недостаточности, при комбинированном поражении аорты выражены не так резко. Наряду с этим типичные для стеноза аорты малый и медленный пульс, малое пульсовое давление при комбинированном аортальном пороке также менее выражены.

При одновременном поражении нескольких клапанов сердца тщательное клинико-инструментальное исследование больных позволяет выявить симптомы, характерные для каждого порока. В случае комбинированного поражения клапанного аппарата сердца необходимо судить о степени тяжести каждого порока и о преобладании одного из них.

Регургитацию на трехстворчатом клапане, носящую функциональный характер, отличает отсутствие структурных изменений со стороны створок клапана. Она отмечается часто и не влияет на течение беременности. Регургитация должна дифференцироваться от поражения трехстворчатого клапана ревматической этиологии, имеющей свои особенности лечения, в частности, в случае стеноза клапана. Аортальная регургитация ревматичекой этиологии часто отмечается при митральном стенозе, однако не оказывает влияния на течение беременности. И наоборот, сочетание с аортальным стенозом часто приводит к снижению толерантности к нагрузкам. Выраженность аортального стеноза часто трудно определить, так как сочетание его с митральным стенозом может снижать аортальный

градиент. Это лежит в основе необходимости тщательного определения площади аортального клапана с использованием планиметрии.

Считается, что беременность и роды протекают тяжелее у пациенток с сочетанными или комбинированными пороками по сравнению со случаями поражения одного клапана.

Прогноз в отношении плода при ревматических пороках

У пациенток с ревматическими пороками сердца чаще отмечается задержка внутриутробного роста плода, преждевременные роды, более низкая масса плода и балльная оценка по Апгар, чем в контрольной группе.

Функциональный класс СН матери во многом определяет риск в отношении плода, особенно серьезный при III-IV ФК.

Ведение беременных высокого риска

Беременные высокого риска нуждаются в наблюдении со стороны кардиолога и акушера с частотой, необходимой для своевременной диагностики ухудшения гемодинамики. При родах и потугах обязательно активное участие анестезиолога.

Соблюдение постельного режима способствует снижению потребности миокарда в кислороде. Больным показан отдых в положении на боку с целью исключения давления плода на нижнюю полую вену, ограничивающего венозный возврат. В III триместре во время госпитализации рекомендуется соблюдение строгого постельного режима.

Во время эпизодов одышки рекомендуется ингаляция кислорода через маску, хотя существуют лишь единичные исследования о благоприятном воздействии этой процедуры в отношении матери и плода.

Состояние плода оценивается по уровню эстриола в сыворотке крови и данным ультразвуковой фетометрии.

При развитии сердечной недостаточности могут использоваться сердечные гликозиды и диуретики, однако при применении диуретиков возможно развитие гемоконцентрации.

Единого мнения по поводу применения гепарина у беременных с врожденными пороками сердца высокого риска среди медиков нет. Хотя в основном во время беременности и наблюдается гиперкоагуляция, и для этих пороков сердца характерно наличие высокого показателя гематокрита, пациентки характеризуются парадоксально высоким риском кровотечений. Гепарин в профилактических дозах может быть назначен беременным с наиболее высоким риском тромботических осложнений только при условии соблюдения постельного режима в стационаре.

Ранее роды через естественные родовые пути считались более предпочтительными, так как кровопотеря при них меньше, чем при КС. Кровопотеря у здорового человека от 500 до 1000 мл протекает без больших осложнений, но при СЭ кровообращение в легких не успевает быстро приспособиться к внезапному падению общего периферического сопротивления, поэтому необходимо незамедлительное восстановление

объема циркулирующей крови. В последние годы предпочтительным способом родоразрешения стало плановое КС под общей анестезией или комбинированной спинально-эпидуральной анестезией.

Роды ведутся в операционной под мониторным контролем с инвазивным венозным и артериальным контролем и многократным определением содержания газов крови в артерии. Полезной является катетеризация центральной вены, так как позволяет быстро определять нарушения кровотока в шунте и осуществлять оценку гемодинамики.

Эпидуральная анестезия достаточно безопасна при отсутствии гипотензии. Любое снижение артериального давления должно быть незамедлительно корригировано при помощи норадреналина. Развитие гипотензии чревато снижением давления в левых отделах сердца, увеличением шунтирования крови справа налево и развитием (усугублением) гипоксемии. Уменьшение объема крови, поступающей в правый желудочек, на фоне стеноза легочной артерии является серьезным фактором, обусловливающим катастрофическую гиповолемию малого круга кровообращения с уменьшением объема оксигенированной крови.

Спинальная анестезия может быть использована только с применением невысоких дозировок препаратов во избежание риска гипотензии, однократное введение препарата противопоказано.

В случае родов через естественные родовые пути более предпочтительна низкодозовая эпидуральная анестезия, так как она позволяет уменьшить неблагоприятные гемодинамические последствия потуг. Рекомендуется укорочение второго периода родов наложением акушерских щипцов или использованием вакуум-экстрактора.

Пациентка должна соблюдать постельный режим и находиться под постоянным мониторным наблюдением на протяжении первых суток после родов с поэтапной активизацией. Обязательно использование эластичных бинтов или чулок.

Пациентка может быть выписана не ранее, чем на 14-й день после родов, так как сохраняется риск внезапной смерти.

Беременных высокого риска с ограниченными возможностями изменения сердечного выброса и склонных к неблагоприятным гемодинамическим исходам можно условно разделить на две группы: одна группа — с необходимостью исключения гиповолемии (легочная гипер-тензия, аортальный стеноз и гипертрофическая кардиомиопатия) и другая — с высоким риском отека легких (митральный стеноз, аортальный стеноз и гипертрофическая кардиомиопатия).

Среди пациенток с ограниченными возможностями изменения сердечного выброса, у которых высок риск гиповолемии, эпидуральная анестезия должна проводиться под мониторированием центральной гемодинамики с целью контроля за давлением наполнения левого желудочка. КС должно быть проведено по акушерским показаниям под эпидуральной или общей анестезией при исключении спинальной

анестезии. С целью уменьшения вазо-вагального рефлекса рекомендуется при оперативном родоразрешении через естественные родовые пути избегать большой кровопотери и пользоваться вакуум-экстракцией плода.

У второй категории пациенток с ограниченными возможностями изменения сердечного выброса ведение беременности и родов должно быть сфокусировано на снижении риска отека легких. Для этих женщин использование β-адреноблокаторов весьма опасно, мониторирование центральной гемодинамики позволяет контролировать давление «заклинивания» легочной артерии на уровне 14-20ммрт.ст.

Обычно применяют оперативное родоразрешение через естественные родовые пути под эпидуральной анестезией с подъемом верхней половины туловища непосредственно после родов.

Особое внимание должно быть уделено женщинами с СЭ. В послеродовом периоде снижение общего периферического сосудистого сопротивления вызывает увеличение как возможности развития, так и выраженности шунтирования крови справа налево. Это может вызвать снижение легочного кровотока, которое в свою очередь может привести к гипоксемии с ухудшением состояния матери и плода. Все усилия должны быть сосредоточены на стабилизации гемодинамики матери при максимальной оксигенации с исключением артериальной гипотензии.

Вопрос о прерывании беременности до 12 недели решают в зависимости от выраженности порока, функционального состояния системы кровообращения и степени активности ревматического процесса.

Госпитализация в стационар:

- 1-я госпитализация — на 8—10 неделе беременности для уточнения диагноза и решения вопроса о сохранении беременности;
- 2-я госпитализация — на 28—29 неделе беременности для наблюдения за состоянием сердечно-сосудистой системы и при необходимости для поддержания функции сердца в период максимальных физиологических нагрузок. Профилактика и лечение плацентарной недостаточности;
- 3-я госпитализация — на 37—38 неделе для подготовки к родам и выбора метода родоразрешения.

При неэффективности лечения, наличии противопоказаний к оперативному вмешательству на сердце принимают решение о прерывании беременности.

В последнее время несколько расширены показания для проведения кесарева сечения у больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями.

К ним относятся:

1. недостаточность кровообращения IIb—III стадии;
2. ревмокардит II и III степени активности;
3. резко выраженный митральный стеноз;

4. септический эндокардит;
5. коарктация аорты или наличие признаков высокой артериальной гипертонии или признаков начинающегося расслоения аорты;
6. тяжелая стойкая мерцательная аритмия;
7. обширный инфаркт миокарда и признаки ухудшения гемодинамики;
8. сочетание заболевания сердца и акушерской патологии.

Таким образом, учитывая, что беременные с ССП относятся к группе высокого риска с угрозой развития материнской и перинатальной патологии и смертности рекомендуется четкая организация диспансеризации данного контингента женщин, прямая преемственность между участковыми терапевтами, ревматологами, терапевтами женских консультаций и кардиологическим диспансером, активный патронаж, тщательный контроль за течением основного заболевания женщин в гестационном периоде, что позволит предупредить развитие наиболее тяжелых и прогностически опасных состояний для матери и плода.

Противопоказания к донашиванию беременности

Относительные противопоказания:

1. Латентно текущий ревмокардит.
2. Первичный или рецидивирующий ревмокардит в течение последних 12-24 мес.
3. Митральный стеноз с недостаточностью кровообращения I ст. (HI) или с признаками легочной гипертензии, или с наличием в анамнезе приступов сердечной астмы.
4. Другие резко выраженные «чистые», сочетанные и сложные пороки сердца без явных признаков нарушения гемодинамики или при наличии в анамнезе нарушения кровообращения HI.
5. Поражение миокарда с редкими и недлительными приступами пароксизмальной тахикардии, с полной атриовентрикулярной блокадой и частотой ритма не реже 40 в 1 минуту; с блокадой левой ножки пучка Гиса; с частой желудочковой или суправентрикулярной экстрасистолией; с наличием в анамнезе нарушения кровообращения I степени

Абсолютные противопоказания:

1. Активно текущий ревмокардит.
2. Первичный или рецидивирующий ревмокардит в течение последних 12 мес.
3. Митральный стеноз с HIIA или наличие в анамнезе повторных случаев отека легких нарушений кровообращения IIIA ст.

4. Другие «чистые», комбинированные и сложные пороки сердца с HI или с явлениями легочной гипертензии; или наличием в анамнезе нарушения кровообращения IIA ст.
5. Поражение миокарда с сердечной недостаточностью HI; или с наличием в анамнезе случаев с HIIA, мерцательной аритмией или пароксизмами трепетания и мерцания предсердий; с пароксизмами тахикардии и явлениями сердечно-сосудистой недостаточности; с политопной или частой предсердной экстрасистолией; с нестабильной атриовентрикулярной блокадой I-II ст.; с полной атриовентрикулярной блокадой и частотой ритма менее 40 в 1 мин или приступами МЭС.
6. Неэффективная комиссуротомия или рестеноз с HI.

Противопоказания к пролонгированию беременности у женщин с врожденными пороками сердца:

1. выраженный стеноз аорты;
2. коартация аорты 2-3 ст.;
3. цианотические формы врожденных пороков (тетрада и пентада Фалло, транспозиция магистральных сосудов, комплекс Эйзенменгера и др.);
4. выраженный стеноз легочного ствола;
5. пролапс митрального клапана с выраженными пролабированием обеих створок и регургитацией;
6. сложные нарушения ритма;
7. все врожденные пороки с HIIA, НБ, III стадии.

Прерывание беременности считается обязательным при наличии одного из абсолютных или двух относительных противопоказаний, или одного из относительных противопоказаний в сочетании с двумя отягощающими факторами. В этих случаях необходимость прерывания беременности преподносится как решение, не имеющее альтернативы. Неизбежная при этом психологическая травма должна быть смягчена увязкой необходимости прерывания с каким-либо временным обстоятельством (неблагоприятным сезоном года или обострением ревматического процесса и т.д.).

Прерывание беременности настоятельно рекомендуется при наличии одного из относительных противопоказаний или двух и более отягощающих факторов. Если больная категорически настроена на донашивание беременности, необходимо повторное стационарное обследование при сроках 16-20 нед беременности для окончательного решения вопроса.

СОСУДИСТЫЕ ДИСТОНИИ У БЕРЕМЕННЫХ

Частота сосудистой дистонии у беременных женщин составляет от 10 до 24%. К клиническим вариантам нарушений сосудистого тонуса у беременных относится артериальная гипо- и гипертензия, возникающая во время беременности или предшествующая ей (гипертоническая болезнь, нейроциркуляторная дистония по гипо- и гипертензивному типу, симптоматическая гипо- и гипертензия при ряде заболеваний).

Артериальная гипотензия является результатом общих нарушений в организме, симптомом общего заболевания, когда изменяется тонус не только сосудов, но и других органов, неблагоприятно влияет на течение беременности и родов, развитие плода и новорожденного. Наиболее частыми осложнениями во время беременности являются ранний токсикоз, угроза прерывания беременности, недонашивание, гестоз и анемия. При артериальной гипотензии возможны следующие осложнения: внутриутробная гипоксия плода и асфиксия новорожденного (около 30%), родовые травмы (до 29%), недоношенные дети (17%), дети с гипотрофией I—II степени (26%).

Основные принципы лечения артериальной гипотензии

Для повышения эффективности терапии важное значение имеет соблюдение режима труда и отдыха, полноценная диета с витаминами и белковыми продуктами.

Особое место занимает фитотерапия. Назначают различные сборы и травы в виде настоек, экстрактов (настойки аралии, заманихи, экстракт левзеи, эулетерококка). При сниженном тонусе периферических сосудов и мало измененном сердечном выбросе (эукинетический вариант гемодинамики) назначают комплекс витаминов и средства, оказывающих возбуждающее действие на ЦНС (настойка корня женьшеня, китайского лимонника, элеутерококка по 20 капель 2—3 раза в день в течение месяца, с повторными курсами).

При артериальной гипотензии с уменьшением сердечного выброса (гипокинетический вариант гемодинамики) применяют изадрин — препарат, способствующий увеличению объема крови, по 0,005 г сублингвально 3 раза в сутки в течение 10—14 дней.

Назначают препараты, улучшающие метаболические процессы в миокарде (рибоксин, милдронат, панангин, аскорбиновая кислота, витамины группы В).

Учитывая благоприятное действие оксигенотерапии, проводят сеансы гипербарической оксигенации. При гипотонических кризах применяют 0,5 мл 5% раствора эфедрина гидрохлорида, затем 1,0 мл 10% раствора кофеина или 1,0—2,0 мл кордиамина (алупент) и биоэнергетику плаценты (эссенциале).

Артериальная гипертензия во время беременности относят к факторам риска дальнейшего прогрессирования заболевания после родов и развития ИБС.

Выделяют первичную АГ (эссенциальная, идиопатическая, гипертоническая болезнь) и симптоматическую АГ. АГ вызывает функциональные и морфологические изменения сосудов, связанные с сужением их просвета. При этом в ранние сроки беременности возникают нарушения в плацентарном ложе, что впоследствии может приводить к плацентарной недостаточности, гипоксии и гипотрофии плода. АГ повышает опасность преждевременной отслойки плаценты, развития гестоза с характерными осложнениями для плода и для матери.

Осложнениями в родах являются несвоевременное излитие околоплодных вод, слабость родовой деятельности, разрывы промежности.

Послеродовой период нередко осложняется субинволюцией матки, лохиометрой и эндомиометритом. У 12-23% женщин последовый и послеродовой периоды осложняет кровотечение. Сравнительно небольшая кровопотеря (400—500 мл) у рожениц с артериальной гипотензией часто вызывает тяжелый коллапс.

Для скрининга АГ во время беременности на каждом приеме проводят измерение АД.

Профилактика осложнений заключается в нормализации АД.

Критерии диагностики АГ:

- по абсолютному уровню — АД 140/90 мм рт.ст. или выше;
- по разнице АД по сравнению с уровнем до зачатия или АД в I триместре беременности — подъем систолического АД >25 мм рт.ст. и/или подъем ДАД >15 мм рт.ст.

Диагноз АГ основывается на данных многократных (не менее 2 раз) измерений АД.

Для правильной диагностики необходимо соблюдать правила по измерению АД.

- ✓ АД следует измерять через 1—2ч после приема пищи. В течение часа до измерения АД воздержаться от курения, приема пищи, кофе, крепкого чая, лекарственных препаратов, способных повысить уровень АД (симпатомиметики, глазные и назальные капли).
- ✓ Измерять АД в положении сидя, после 5-минутного отдыха, не напрягая мышц рук и ног, без задержки дыхания во время процедуры и не разговаривая с окружающими; рука, на которой измеряется АД, должна находиться на уровне сердца.
- ✓ Измерение АД следует проводить на обеих руках и ориентироваться на более высокое значение АД.
- ✓ При измерении АД нагнетание давления в манжетке, предварительно укрепленной на 2 см выше локтевого сгиба, производят равномерно до уровня, превышающего обычное систолическое АД на 30 мм рт.ст.;

последующее снижение давления в манжетке осуществляют медленно (рекомендуемая скорость — 2 мм рт.ст. в сек).

- ✓ Для регистрации тонов Короткова капсулу стетоскопа фиксируют в локтевой ямке; появление тонов соответствует уровню систолического АД, их исчезновение — уровню диастолического АД.
- ✓ Рекомендуют АД определять 2—3 раза с интервалом 3—5 минут.
- ✓ Целесообразно измерить АД на ногах (следует использовать широкую манжету, расположив фонендоскоп в подколенной ямке).

Регулярное самостоятельное измерение АД в домашних условиях обеспечивает оптимальный контроль за эффективностью гипотензивной терапии, позволяет отработать ее оптимальный режим для каждой беременной.

Гипертоническая болезнь

Беременную, страдающую гипертонической болезнью, трижды за время беременности госпитализируют в стационар.

- o 1-я госпитализация — до 12 недель беременности. При обнаружении IIA стадии заболевания беременность может быть сохранена при отсутствии сопутствующих нарушений деятельности сердечно-сосудистой системы, почек и др. ПБ и III стадии служат показанием для прерывания беременности.
- o 2-я госпитализация в 28-32 недель — период наибольшей нагрузки на сердечно-сосудистую систему. В эти сроки осуществляют тщательное обследование больной, коррекцию проводимой терапии и лечение плацентарной недостаточности.

Исследования, рекомендуемые обязательно:

- общий анализ крови;
- анализы мочи общий и по Нечипоренко;
- определение уровня глюкозы в плазме крови (натощак);
- содержание в сыворотке крови калия, мочевой кислоты, креатинина, общего холестерина, липопротеинов высокой плотности;
- ЭКГ;
- исследование глазного дна;
- Эхо-КГ;
- амбулаторное суточное мониторирование АД.

Суточное мониторирование АД — информативная методика исследования вариабельности АД, определения влияния поведенческих факторов, изучения динамики антигипертензивной терапии, получения дополнительной информации для диагностических и терапевтических заключений.

- o 3-я госпитализация должна быть осуществлена за 2 недели до предполагаемых родов для подготовки женщин к родоразрешению.

Чаще всего роды проводят через естественные родовые пути. В первом периоде необходимы адекватное обезболивание, гипотензивная терапия, ранняя амниотомия. В период изгнания гипотензивную терапию

усиливают с помощью ганглиоблокаторов. В зависимости от состояния роженицы и плода II период сокращают, производя эпизиотомию или наложение акушерских щипцов. В III период родов осуществляют профилактику кровотечения. На протяжении всего родового акта проводят профилактику гипоксии плода.

Частота осложнений в большей степени определяется течением гипертонической болезни. По мере нарастания тяжести основного заболевания увеличивается частота таких осложнений беременности, как самопроизвольные аборты и преждевременные роды. В структуре осложнений беременности при гипертонической болезни наиболее высок удельный вес гестоза, который проявляется с 24 недели беременности. Как правило, гестоз протекает крайне тяжело, плохо поддается терапии и повторяется при последующих беременностях. Большая частота гестоза при гипертонической болезни обусловлена общностью патогенетических механизмов нарушения регуляции сосудистого тонуса и деятельности почек. Одним из тяжелых осложнений беременности является преждевременная отслойка плаценты.

При гипертонической болезни страдает плод. Нарушения функции плаценты приводят к гипоксии, гипотрофии и даже гибели плода. Роды при гипертонической болезни часто приобретают быстрое, стремительное или затяжное течение.

Основные принципы лечения артериальной гипертензии у беременных

- Максимальная эффективность для матери и безопасность для плода.
- Терапия должна начинаться как можно раньше (сразу после определения показаний), I триместр гестации не является противопоказанием к проведению гипотензивной терапии. Основным критерием выбора препарата является тип гемодинамики или вариант суточной кривой АД.
- Гипотензивная терапия у беременных должна проводится в постоянном режиме, следует избегать назначения гипотензивных средств для эпизодического приема («под контролем АД») в связи с возможным развитием синдрома отмены и ухудшения состояния беременной.
- При недостаточном эффекте лечения или плохой переносимости препарата — переход к препаратам другого класса.
- При отсутствии эффекта от монотерапии в течение 3-5 дней необходима комбинированная терапия.
- Для лечения АГ у беременных следует использовать современные, в том числе и пролонгированные гипотензивные средства, нецелесообразно с гипотензивной целью использование препаратов с низкой эффективностью (папаверин, дибазол, папазол, сульфат магния).
- При выборе гипотензивного препарата у беременных следует принимать во внимание не только показатели гемодинамики, наличие сопутствующих заболеваний и индивидуальную переносимость, но и влияние гипотензивных средств на тонус миометрия.

- Дозировка препарата должна быть достаточной. У беременных, в связи с увеличением объема циркулирующей крови и более высоким, чем вне беременности, уровнем основного обмена, эффективная дозировка, как правило, не меньше, а иногда и больше, чем у терапевтических больных. Вместе с тем, в каждом конкретном случае доза подбирается индивидуально.
- Диуретики для плановой гипотензивной терапии у беременных не используются в связи с риском развития гиповолемии и нарушений водно-электролитного баланса.
- В I триместре беременности применение (β-адреноблокаторов нежелательно в связи с возможным риском развития ВПН и гипотрофии плода.
- При лечении гестоза гипотензивную терапию следует сочетать с сульфатом магния, препаратами, улучшающими микроциркуляцию, эуфиллином и другими и лечением ФПН.
- В случае приема женщиной антигипертензивных средств на этапе планирования или в ранние сроки беременности — коррекция медикаментозной терапии: отмена ингибиторов ангиотензин превращающего фермента и блокаторов рецепторов ангиотензина II и дозы препарата, достижение целевого уровня АД.

Прием в I триместре ингибиторов ангиотензинпревращающего фермента и блокаторов рецепторов ангиотензина II не является абсолютным показанием к прерыванию беременности, а требует консультации генетика и тщательного УЗ-контроля для исключения пороков развития плода.

БЕРЕМЕННОСТЬ И РОДЫ ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ПОЧЕК

Среди экстрагенитальных заболеваний у беременных болезни почек и мочевыводящих путей занимают второе место после болезней сердечно-сосудистой системы и представляют опасность как для матери, так и для плода.

Беременность предрасполагает к заболеванию почек вследствие нарушения уродинамики и кровообращения в почках, обусловленного изменениями топографо-анатомических взаимоотношений по мере увеличения размеров матки; ослабления связочного аппарата почек, способствующего патологической подвижности почек; увеличения частоты пузырно-маточного рефлюкса; изменений концентрации и соотношения гормонов-эстрогенов и прогестерона, приводящих к уменьшению пассажа мочи.

Пиелонефрит — наиболее частое заболевание при беременности (от 6 до 12%).

Для беременных женщин с хроническим пиелонефритом характерен отягощенный акушерский анамнез, что обусловливает необходимость выделения их в группу высокого риска по внутриутробному инфицированию, невынашиванию, мертворождаемости и ранней неонатальной смертности.

Пиелонефрит чаще развивается у первобеременных в связи с недостаточностью адаптационных механизмов, присущих организму женщины в это время.

Острый пиелонефрит развивается у 20-40% беременных с бессимптомной бактериурией, что позволяет рассматривать ее также в качестве фактора риска развития гестационного пиелонефрита.

При пиелонефрите вследствие хронической интоксикации возникают гемодинамические нарушения, приводящие к нарушению гестации. Также пиелонефрит в большинстве случаев сопровождается анемией, которая может осложнять течение беременности, родов и послеродового периода. Пиелонефрит приводит к увеличению частоты развития гестоза, преждевременных родов, хронической плацентарной недостаточности и гипотрофии плода, повышается риск иифекционно-септических осложнений у матери и плода.

Критическим сроком обострения заболевания является II триместр беременности (22-28 недель), а формирование акушерских (угроза прерывания беременности, гестозы) и перинатальных (гипоксия и гипотрофия плода) осложнений — 21—30 недель. При пиелонефрите в родах возникают такие осложнения, как аномалии родовых сил, кровотечения, гипоксия плода и асфиксия новорожденного.

Перинатальная смертность составляет 24%.

Факторы риска развития гестационного пиелонефрита:

- предшествующие инфекции мочевыводящих путей;
- пороки развития почек и мочевых путей;
- мочекаменная болезнь;
- воспалительные заболевания женских половых органов;
- низкий социально-экономический статус;
- сахарный диабет;
- нарушения уродинамики, обусловленные беременностью (дилатация и гипокинезия внутри полостной системы почек, мочеточников на фоне метаболических изменений).

Профилактика гестационного пиелонефрита направлена на ранее выявление бессимптомной бактериурии, нарушений уродинамики, начальных признаков заболевания.

Антибактериальная терапия бессимптомной бактериурии у беременых значительно снижает риск развития пиелонефрита.

Немедикаментозные мероприятия по профилактике обострений пиелонефрита включают адекватный питьевой режим (1,2—1,5 л в сутки),

позиционную терапию (коленно-локтевое положение), применение фитотерапии.

Беременные, больные пиелонефритом, должны быть госпитализированы при обострении заболевания, появлении признаков гестоза, ухудшении состояния плода (гипоксия и гипотрофия).

Лабораторно-инструментальные исследования:

- общий анализ мочи (пиурия присутствует практически у всех больных с пиелонефритом и является ранним лабораторным симптомом);
- анализ мочи по Нечипоренко (лейкоцитурия более 4000 в 1 мл мочи);
- клинический анализ крови (лейкоцитоз свыше $11x10^9$ г/л, нейтрофильный сдвиг лейкоцитарной формулы влево, гипохромная анемия (гемоглобин менее 10^9 г/л), повышение СОЭ);
- биохимический анализ крови (диспротеинемия -увеличение уровня a_2- и γ-глобулинов, повышение уровня сиаловых кислот, мукопротеинов, положительная реакция на С-реактивный белок; значения общего белка, холестерина, остаточного азота длительное время в пределах нормы);
- проба Реберга (уменьшение реабсорбции с последующим нарушением фильтрации наблюдают при тяжелом поражении почек);
- микробиологическое исследование (диагностическая ценность бактериологического исследования мочи может быть определена как высокая при обнаружении роста возбудителя в количестве $>10^5$ КОЕ/мл);
- УЗИ почек (косвенные признаки острого пиелонефрита: увеличение размеров почки, понижение эхогенности паренхимы в результате отека; вспомогательный метод).

Принципы лечения заключаются в увеличении пассажа мочи, ликвидации ее застоя, интенсивном выведении микробов и их токсинов и санации мочевыводящих путей, назначают полноценную витаминизированную диету (в меню рекомендуют вводить виноград, дыню, арбуз, груши, крыжовник, персики, черную смородину, огурцы, морковь, свеклу), коленно-локтевое положение на 10—15 минут несколько раз в день и сон на здоровом боку, диатермию околопочечной области, питье минеральных вод (Ессентуки № 20). Антибиотики — 8—10 дней, ортосирон («почечный чай») 2 раза в день в течение 14—20 дней, фитолизин — 2 раза в день.

Беременные с гестационным пиелонефритом должны находиться под тщательным наблюдением акушера-гинеколога женской консультации и терапевта для выявления ранних признаков заболевания. Лечение необходимо проводить только в стационаре.

Критерием излеченности является отсутствие лейкоцитурии при троекратном исследовании мочи. В дальнейшем в течение беременности необходим контроль за лабораторными показателями 1 раз в 2 недели,

ежемесячно следует проводить микробиологическое исследование мочи и лечение с учетом результатов чувствительности.

Своевременно и правильно леченный пиелонефрит не представляет серьезной опасности для развития беременности и плода. Несмотря на это, больные пиелонефритом должны быть отнесены к группе высокого риска по возникновению осложнений в периоде гестации.

М.М.Шехтман (1987), В.Н.Серов и соавт. (1989) выделяют III степени риска. К I степени риска относятся больные с неосложненным пиелонефритом, возникшим во время беременности; ко II степени риска — больные хроническим пиелонефритом, существовавшим до беременности; к III степени риска — больные с пиелонефритом и гипертензией или азотемией, пиелонефритом единственной почки. Больным с I и II степенями риска разрешается беременность. Они должны находиться на диспансерном учете. **При III степени риска беременность противопоказана.**

Больные пиелонефритом беременные должны быть госпитализированы при каждом обострении заболевания, при появлении признаков гестоза или ухудшения состояния плода (гипоксия, гипотрофия).

Гломерулонефрит беременных встречается с частотой от 0,1 до 9%. Это инфекционно-аллергическое заболевание, приводящее к иммунокомплексному поражению клубочков почек. Возбудитель — гемолитический стрептококк. В ранние сроки беременности необходимо обследование и решение вопроса о возможности сохранения беременности. Острый гломерулонефрит является показанием к прерыванию беременности. После перенесенного острого гломерулонефрита беременность возможна не ранее чем через 3—5 лет.

Хронический гломерулонефрит в стадии обострения с выраженной гипертензией и азотемией является противопоказанием для пролонгирования беременности.

Ведение и лечение женщин с гломерулонефритом проводят совместно акушер-гинеколог и нефролог. Кроме первичной госпитализации в ранние сроки беременности, показано стационарное лечение в любые ее сроки при ухудшении общего состояния, признаках угрозы прерывания беременности, гестоза, гипоксии и гипотрофии плода.

При сроке беременности 36—37 недель необходима плановая госпитализация в отделение патологии беременных для подготовки к родам и выбора метода родоразрешения. Показанием для досрочного родоразрешения считают обострение хронического гломерулонефрита, сопровождающееся нарушением функции почек (уменьшение суточного диуреза, клубочковой фильтрации, почечного кровотока, нарушение белкового обмена, нарастание азотемии, повышение АД, присоединение тяжелых форм гестоза, отсутствие эффекта от проводимого лечения).

При латентной форме хронического гломерулонефрита беременность допустима

При гипертонической и смешанной формах вследствие нарушения функции почек и системы кровообращения беременность противопоказана.

Больные нефротической формой хронического гломерулонефрита производят неблагоприятное впечатление в силу наличия больших отеков и выраженных биохимических сдвигов. Однако они в большинстве случаев поддаются симптоматической терапии. Беременность можно допустить, если есть условия для тщательного наблюдения и длительного стационарного лечения больной. Гипертензия больше отягощает прогноз для женщин и плода, чем хроническая недостаточность белка и является основным фактором, обусловливающим антенатальную гибель плода. Дефицит белка хотя и способствует развитию гипотрофии плода, не так опасен для жизни ребенка, как гипертензия.

Таким образом акушерская тактика у женщин, болеющих гломерулонефритом, должна быть дифференцированной. Все эти больные составляют группу риска, но степень его различна.

М.М. Шехтман с соавт. (1989) дифференцирует 3 степени риска. К группе с I (минимальной) степенью риска относятся больные с латентной формой гломерулонефрита; ко II (выраженной) — нефротической формой гломерулонефрита; к III (максимальной) — беременные с гипертонической и смешанной формами хронического гломерулонефрита, с острым гломерулонефритом, с обострением хронического гломерулонефрита, со всеми формами заболевания, протекающими с азотемией. **При III степени риска беременность противопоказана.**

Все больные гломерулонефритом должны быть взяты на учет до 12 нед. беременности. В эти сроки необходимо обследование с целью уточнения формы заболевания и решения вопроса о возможности пролонгирования беременности (в условиях терапевтического стационара). Больные с латентной формой гломерулонефрита нуждаются в повторной госпитализации при обострении заболевания или при присоединении позднего гестоза (в 20% случаев).

Больные с нефротической формой должны быть госпитализированы столько раз и находиться в стационаре столько времени сколько требует их состояние (иногда несколько месяцев до родов). Если больные, отнесенные к группе с III степенью риска, отказываются от прерывания беременности, на них распространяется тактика, рекомендуемая при нефротической форме гломерулонефрита.

Если острый гломерулонефрит женщина перенесла более чем за 1 год до наступления беременности и достигнуто полное излечение, беременность может быть сохранена, она обычно протекает без осложнений.

При латентной форме гломерулонефрита женщины могут рожать своевременно и самопроизвольно.

При нефротической, гипертонической и смешанной формах развивается гипотрофия плода, а также возникает угроза его

внутриутробной гибели. Поэтому в интересах плода целесообразно досрочное родоразрешение и необходима госпитализация в 36-38нед.

Мочекаменная болезнь.

Современные данные свидетельствуют, что беременность мало влияет на течение МКБ. Тем не менее, выделяют ряд особенностей клинической картины МКБ у беременных женщин:

- частое отсутствие типичного проявления МКБ — почечной колики: более характерны тупые, ноющие боли в поясничной области, которые требуется дифференцировать с клинической картиной «острого живота», а в конце беременности с началом родовых схваток;
- частое сочетание МКБ с инфекцией мочевыводящих путей;
- течение МКБ под маской гестационного пиелонефрита; наличие же конкрементов в почках диагностируется после родов.

Приступ возникает внезапно — боль в пояснице с иррадиацией в паховые области, половые губы, ногу, эпигастрий. У беременных чаще возникает правосторонняя колика. Симптом Пастернацкого положительный. Анализ крови в норме, в анализах мочи — эритроциты, лейкоциты, кристаллы солей. Приступ приводит к угрозе прерывания беременности, преждевременным родам. В некоторых случаях приходится проводить досрочное родоразрешение, если приступ не удается купировать.

Особенности диагностики МКБ при беременности.

Для беременных женщин основным визуализирующим методом является УЗИ почек и мочевого пузыря. В ряде случаев по показаниям может быть выполнена цистоскопия. Лабораторное исследование мочи и биохимический анализ крови, пробы Реберга, Зимницкого дают ценную информацию по определению функциональной способности почек.

Особенности течения беременности

МКБ не оказывает существенного влияния на течение беременности и состояние плода, если она не осложнена инфекцией или присоединением позднего гестоза.

Осложнения беременности при уролитиа

- Обострение МКБ (30-40 %).
- Обострение вторичного хронического калькулезного пиелонефрита (80 %) .
- Угроза прерывания беременности, преждевременные роды (15-19%).
- В случае наличия сопутствующего калькулезного пиелонефрита это осложнение наблюдается у 25 % .
- Присоединение гестоза (15 %) ..
- Хроническая внутриутробная гипоксия, гипотрофия плода, СЗРП, внутриутробное инфицирование (18-22 %), фетоплацентарная недостаточность (5-20 %).

Тактика ведения беременных

Наблюдение за беременными, страдающими МКБ, осуществляется акушером-гинекологом в условиях женской консультации совместно с урологом. В случаях нефролитиаза и особенно при наличии коралловидных камней необходима консультация нефролога. Обязательным является скрининговое обследование всех беременных с МКБ в I триместре на наличие бессимптомной бактериурии, при выявлении которой необходимо проведение этиотропной антибактериальной терапии, так как частота возникновения острого пиелонефрита у этих пациенток колеблется, по различным данным, от 14 до 57 %.

В процессе наблюдения необходимо своевременно выявлять присоединение или обострение пиелонефрита, гестоз, угрозу преждевременных родов. В этих случаях показана госпитализация в стационар для лечения осложнений беременности и профилактики фетоплацентарной недостаточности. По нашим данным, у пациенток с МКБ, осложненной пиелонефритом, риск гестационных осложнений беременности значительно возрастает: среди материнских осложнений чаще всего встречаются угроза прерывания беременности (25 %), тяжелые формы гестоза (10,7%), анемия (62%); среди осложнений со стороны плода — развитие фетоплацентарной недостаточности (20-33 %) и внутриутробное инфицирование (17,6-21,8%).

Если диагноз заболевания ясен и мочекаменная болезнь протекает при минимальных симптомах, а развитие плода не нарушается, амбулаторное наблюдение может продолжаться вплоть до родов. Беременность при МКБ единственной почки противопоказана. Во время беременности предпочтительнее консервативное лечение МКБ, хотя в некоторых случаях без хирургического вмешательства не удается обойтись. Прогрессирование артериальной гипертензии, нарастание азотемии у пациенток с МКБ могут являться показаниями к родоразрешению или прерыванию беременности на любых сроках, а выявление окклюзии мочеточников с развитием острой почечной недостаточности является показанием к операции на мочевых путях, однако в каждом конкретном случае этот вопрос решается строго индивидуально.

Большое внимание должно уделяться диете пациентов, которая зависит от характера нарушений обмена веществ.

При нарушении пуринового обмена и уратных камнях (pH мочи <6,5) исключают продукты с высоким содержанием пуриновых соединений, являющихся источником образования в организме мочевой кислоты. В диете должны преобладать молочные и растительные продукты, это обеспечивает увеличение pH мочи. При уратном уролитиазе не рекомендуется употреблять: мед, кофе, шоколад, виноград и продукты из него, бульоны, сырокопченые продукты, субпродукты из внутренних органов, бобовые, кремовые торты, пирожные, молоко цельное, щавель, салат, редьку, редиску, жареную рыбу, свинину и продукты из нее,

продукты с консервантами, цветную капусту. Можно ограниченно: варено-копченые продукты, кофейные напитки, помидоры (2-3 штуки в день), зеленый лук, петрушку, сливу, сало, джин, водку, сливочное масло, молоко в кашах, чае. Необходимо употреблять: картофель (только чищенный), крупы, макаронные изделия, мясо, рыбу, птицу (отварную, запеченную в фольге), зеленые яблоки, морковь, свеклу, огурцы, тыкву, сметану, творог, кефир, арбузы, лимоны, капусту белокочанную, лук, чеснок (ежедневно), укроп, хлеб (ржаной, пшеничный), яйца (3 штуки в неделю), зеленый чай, сосиски, колбасу вареную, масло растительное (оливковое). Беременной следует рекомендовать обильное питье до 2,0-2,5л в сутки (при условии отсутствия склонности к задержке жидкости). Рекомендуется употребление щелочных минеральных вод: Ессентуки-20, Славяновская, Смирновская, Нафтуси. Диета при кальций-фосфатном нефролитиазе предусматривает ограничение потребления продуктов, богатых неорганическим фосфором: рыбы, сыра (твердых сортов), молочных продуктов, орехов, грибов. Рекомендуется обильное питье 1,5-2,0-2,5 л в сутки.

При кальций-оксалатном нефролитиазе ограничивается прием продуктов с повышенным содержанием кальция, аскорбиновой кислоты и оксалатов и также рекомендуется обильное питье.

Категорически нельзя употреблять продукты с высоким содержанием оксалатов: фрукты (мандарины, грейпфрут, лимонная цедра, бананы, антоновские яблоки, слива, виноград, шиповник, малина, голубика, черника, крыжовник, вишня, земляника, черная смородина, брусника), листовую зелень (шпинат, щавель, сельдерей, ревень, петрушка, салат, зеленый лук); овощи (огурцы, свекла, кабачки, зеленая фасоль, горох, помидоры, редис). Кроме того не рекомендуется употреблять кофе, чай, какао, шоколад, орехи, проросшую пшеницу, высушенные бобы, соленья, приправы, маринады, пряности, бульоны (мясные, рыбные, грибные), колбасные изделия, полуфабрикаты, чипсы, сухарики, желатин (студни, заливное, желе), сливочное масло, рис. Можно ограниченно употреблять продукты с низким содержанием оксалатов: некислые яблоки, абрикосы, дыню, арбуз, кизил, изюм, персики, тыкву, груши, айву, капусту, картофель, морковь, репу, курагу, некрепкие чай и кофе. Рекомендуются продукты, богатые магнием (овсянка, гречка, пшено, сухофрукты, хлеб из муки грубого помола, пшеничные отруби). Потребление жидкости должно составлять 2 л в день, больше во второй половине дня. Можно употреблять компоты из сухофруктов, соки (не кислые) и минеральные воды: Боржоми, Смирновская, Славянская. В качестве прегравидарной подготовки рекомендуется принимать Донат- Mg (1/2 стакана 3 раза в день в теплом виде за 30 мин до еды; 10 дней в месяц — 6-12 мес), раствор для питья: цитрат натрия 98 г с добавлением 140 г лимонной кислоты и 1 л воды, Цитросоду (1 лимон+1 чайная ложка соды+1 л воды (10 мл 2-3 раза в день 1 мес ежеквартально). Также полезно употреблять фитосборы: трава спорыша, семена укропа, лист земляники — поровну; трава хвоща полевого,

лист земляники, семена укропа — поровну; лист мяты, кукурузные рыльца, золотая розга — поровну; 1 столовую ложку смеси трав заливают 400 мл кипятка, настаивают ночь в термосе, процеживают, принимают по 1-3 столовых ложки за 30 мин до еды. Продолжительность лечения составляет 6 месяцев. Каждые 10 дней состав сбора меняют.

Медикаментозное лечение беременных, страдающих МКБ, направлено на купирование болевого синдрома, ликвидацию инфекции мочевыводящих путей. Для купирования болей показано проведение спазмолитической терапии: 2 % раствор папаверина гидрохлорида 2 мл подкожно, раствор но-шпы* 2 мл подкожно. Применяются 0,2 % раствор платифиллина гидротартрата 1-2 мл подкожно, баралгин 5 мл внутривенно струйно или внутримышечно, а также атропин, который, как считается, обладает более выраженным спазмолитическим действием на гладкую мускулатуру мочеточников, чем вышеуказанные препараты. Если с помощью спазмолитических средств приступ почечной колики купировать не удается, прибегают к наркотическим анальгетикам: раствор 1-2 % промедола 1 мл подкожно или внутримышечно; 1 мл 1 % раствора морфина гидрохлорида подкожно. В некоторых случаях хороший эффект получается от приема спазмолитических средств, избирательно расслабляющих мускулатуру мочеточников: цистенал по 20 капель на кусок сахара под язык, а далее по 10 капель 3 раза в день после еды; ависан по 2 таблетки 3-4 раза в день после еды. Цистенал и ависан обладают не только спазмолитическим, но и противовоспалительным действием. Прием жидкости следует увеличить до 2л в сутки. Если спазмолитические и наркотические средства не купируют приступ почечной колики, производят катетеризацию мочеточника или установку внутреннего стента. Катетеризация мочеточника (после предварительной хромоцистоскопии) восстанавливает нарушенный отток мочи, и приступ колики прекращается. Эти манипуляции производятся урологом. Если уролитиаз сочетается с пиелонефритом, очень важно начать своевременную антибактериальную терапию, подробно описанную в разделе пиелонефрит и беременность при условии восстановления нарушенного оттока мочи. При калькулезном пиелонефрите очень эффективна катетеризация мочеточника. В некоторых случаях, когда катетер не удается провести мимо камня, плотно охваченного мочеточником, катетеризация оказывается безуспешной. В таких случаях могут возникнуть показания к хирургическому лечению (чрескожная пункционная нефростомия или уретеролитотомия, уретеролитоэкстракция).

Операции на мочевыводящих путях показаны при:

- анурии, вызванной обтурацией мочеточника камнем и не поддающейся лечению;
- возникновении гнойных апостематозных форм пиелонефрита;
- частых повторяющихся приступах почечной колики, если отсутствует тенденция к самопроизвольному отхождению камней.

Хирургическое лечение уролитиаза включает :

- открытые оперативные вмешательства на почке и мочевыводящих путях;
- инструментальные методы удаления камней: цистолитотрипсию, уретеролитотрипсию, контактное уретероскопическое разрушение камня.

В ранние сроки беременности при наличии показаний пациенток следует оперировать, не считаясь с состоянием плода, т.к. промедление с урологической операцией может представлять угрозу жизни для женщины. В зарубежной литературе приводится много данных об успешности операций при обтурации мочеточника. Проведение уретероскопии с последующей уретеролитоэкстракцией во время беременности не увеличивает числа послеоперационных осложнений, которые встречаются с такой же частотой, как у небеременных пациенток. Необходимым условием успеха в таких ситуациях является наличие высококвалифицированных специалистов и современной технической оснащенности стационара.

Особое значение приобретают операции у пациенток с ПКБ единственной почки или нефролитиазом почечного трансплантата в случае отказа пациенток от прерывания беременности.

Если показания к операции возникают в позднем сроке беременности, целесообразно первоначально произвести родоразрешение пациентки, а потом проводить операции на почке или мочеточниках.

Родоразрешение пациенток с МКБ обычно не представляет трудностей и производится через естественные родовые пути. Некупирующаяся почечная колика в поздних сроках беременности может стать показанием к родоразрешению пациентки, а при неготовности родовых путей к родам — показанием к кесареву сечению.

В послеродовом периоде следует проводить профилактический курс антибактериальной терапии, учитывая высокий риск инфекционно-воспалительных осложнений.

Для лечения МКБ после родов может быть использована дистанционная ударно-волновая литотрипсия или другие операции на почке и мочевыводящих путях, выбор которых зависит прежде всего от конкретной клинической ситуации.

Следует иметь в виду, что хирургическое лечение МКБ не является этиотропным, т. к. причина камнеобразования остается.

Прогноз

МКБ не является противопоказанием для пролонгирования беременности, за исключением случаев имеющейся почечной недостаточности и, как правило, не оказывает существенного влияния на течение беременности и состояние плода. В случае присоединения инфекционных осложнений риск развития гестоза, прерывания беременности, ФПН и перинатальной заболеваемости существенно возрастает.

Беременность и роды у женщин с одной почкой

Отсутствие почки может быть следствием врожденной аномалии или удаления пораженной почки. Преимущественно эта патология наблюдается вследствие удаления почки по поводу различных (органических, воспалительных) заболеваний: опухоль почки, пионефроз, туберкулез почки, пиелонефрит с тяжелой гипертонией, нефролитиаз, гидронефроз и трамвы. Благодаря компенсаторным возможностям организма, беременность может развиваться нормально как с одной почкой, так и с одним яичником, надпочечником, одним легким. Однако женщин с одной почкой нельзя считать абсолютно здоровыми. Состояние женщины в период гестации зависит от причины удаления почки (пионефроз, туберкулез) или врожденного отсутствия почки. Сохранение беременности в подобной ситуации зависит от состояния оставшейся почки. Более неблагоприятный акушерский прогноз у женщин с врожденной аплазией одной почки, т. к. она может оказаться функционально несостоятельной.

В гестационном периоде у беременных, перенесших нефрэктомию и страдающих пиелонефритом единственной почки, возможно обострение основного процесса, либо присоединение тяжелых форм позднего гестоза со снижением функции единственной почки и появление признаков почечной недостаточности. Следовательно, больные с пиелонефритом единственной почки представляют группу высочайшего риска развития перинатальной и материнский патологии и тяжелых осложнений в период гестации как для плода, так и для матери. Наличие пиелонефрита или резкого снижения функции единственной почки (азотемия, гипертензия) является противопоказанием к беременности. При отсутствии патологии единственной почки беременность может быть пролонгирована при тщательном наблюдении уролога и акушера. Если единственная почка расположена в малом тазу, возможно неправильное положение плода. В этих случаях рекомендуется родоразрешение кесаревым сечением.

Хроническая почечная недостаточность и беременность

Хроническая почечная недостаточность (ХПН) — клинико-лабораторный симптомокомплекс, развивающийся вследствие постепенной гибели нефронов в исходе многих хронических болезней почек. Основной особенностью ХПН является исчерпанность компенсаторных возможностей почек и невозможность регенерации паренхимы.

Классификация

Согласно классификации Лопаткина И. А. (2002 г.), выделяют четыре стадии ХПН.

I стадия — доклиническая (латентная) почечная недостаточность — характеризуется снижением скорости клубочковой фильтрации (СКФ) до 50-60 мл/ мин. Клинических проявлений может не быть. Иногда выявляются минимальные клинические симптомы в виде слабости, быстрой утомляемости, сухости во рту, снижения аппетита, нарушении сна, иногда

жажды. Показатели азотистого обмена в пределах нормы.При функциональных пробах можно обнаружить снижение секреторной активности канальцев, изменение фосфорно-кальциевого обмена, периодическую протеинурию, увеличение экскреции Сахаров, дизаминоацидурию. При проведении пробы Зимницкого имеет место гипоизостенурия (относительная плотность мочи меньше 1018).

II стадия — компенсированная, при которой СКФ снижается до 30-49 мл / мин. Описанные выше симптомы носят более стойкий характер. Показатели азотемии — нормальные или находятся на верхней границе нормы. Суточное количество мочи увеличивается до 2,0-2,5 л в результате нарушения канальцевой реабсорбции, осмолярность мочи снижена, возможны умеренно выраженные электролитные нарушения за счет повышения экскреции натрия, изменения фосфорно-кальциевого обмена с развитием признаков остеодистрофии. Отмечается умеренно выраженная нормохромная анемия, тромбоцитопения, лейкоцитоз со сдвигом влево, повышение СОЭ.

III стадия — интермиттирующая, наблюдается при СКФ до 15-29 мл/ мин. При этом имеют место стойкая азотемия (повышение уровней мочевины до 8-29 ммоль/л и креатинина до 0,2-0,5 ммоль/л), выраженные нарушения электролитного и кислотно-основного состояния. Для этой стадии характерна более выраженная клиническая картина с вышеописанными жалобами. Отмечаются периоды ухудшения состояния, связанные с обострением основного заболевания, перенесенными интеркуррентными заболеваниями, оперативными вмешательствами и др., а также улучшения после проведенной адекватной терапии.

IV стадия — терминальная, обусловленная дальнейшим прогрессированием гибели паренхимы почек, СКФ снижается до 5-14 мл/мин и ниже, характеризуется необратимостью изменений в почках. Клиническая картина соответствует уремической интоксикации, наступившей независимо от этиологического фактора.

Этиология

Наиболее частые причины ХПН:

- Заболевания, протекающие с преимущественным поражением клубочков почек, — хронический гломерулонефрит (ХГН), подострый гломерулонефрит.
- Заболевания, протекающие с преимущественным поражением почечных канальцев и интерстиция, — хронический пиелонефрит, интерстициальный нефрит.
- Диффузные болезни соединительной ткани — системная красная волчанка, системная склеродермия, узелковый полиартериит, геморрагический васкулит
- Болезни обмена веществ — сахарный диабет, амилоидоз, подагра, нарушение кальциевого обмена (гиперкальциемия).

- Врожденные заболевания почек: поликистоз, гипоплазия почек, синдром Фанкони, синдром Альпорта и др.
- Первичные поражения сосудов — злокачественная гипертония, стеноз почечных артерий, гипертоническая болезнь (эссенциальная гипертония).
- Обструктивные нефропатии — мочекаменная болезнь, гидронефроз, опухоли мочеполовой системы.

Самой частой причиной развития терминальной ХПН являются сахарный диабет II типа и гипертонический нефросклероз, III и IV место среди причин — поликистоз почек и врожденные аномалии развития мочевыводящих путей. На последнем месте стоят приобретенные заболевания почек — хронический гломерулонефрит, а также хронические гломерулонефриты при системных заболеваниях.

Патогенез

Несмотря на многообразие этиологических факторов, морфологические изменения в почках при выраженной ХПН однотипны и сводятся к преобладанию фибропластических процессов с замещением функционирующих нефронов соединительной тканью и формированием нефросклероза.

Резкое снижение массы действующих нефронов при ХПН проявляется нарушением всех функций почек:

- регуляторной (поддержание нормального водно-электролитного, осмотического и кислотно-щелочного гомеостаза);
- депурационной (выведение продуктов азотистого метаболизма);
- эндокринной (снижение синтеза кальцитриола, эритропоэтина и т. д.).

В начальных стадиях ХПН адаптационным механизмом поддержания СКФ на необходимом уровне является повышение нагрузки на оставшиеся нефроны, которые гипертрофируются. В последних развивается гиперфильтрация, еще больше усугубляющая их структурные изменения. Уже на ранних стадиях ХПН (СКФ менее 60 мл/ч) нарушается концентрационная способность почек, что сопровождается поли- и никтурией, снижением относительной плотности мочи.

Выделение электролитов, в частности, натрия, может быть повышенным или пониженным. При преимущественно канальцевой ХПН происходит снижение реабсорбции натрия до 80% и повышение его экскреции, что проявляется снижением натрия в крови. При преимущественном поражении клубочков, особенно при сохранении функции канальцев, отмечается задержка натрия в организме, что приводит к накоплению жидкости, отекам и артериальной гипертензии.

Выделение калия происходит в результате его секреции в дистальном отделе канальцев. В норме до 95 % калия выводится почками. При ХПН основную функцию по выведению калия берет на себя кишечник, поэтому

гиперкалиемия возникает при СКФ менее 15 мл / мин в термальной стадии ХПН.

Уже на ранних стадиях ХПН развиваются гиперхлоремический ацидоз, гиперфосфатемия, умеренное повышение содержания магния в сыворотке крови и гипокальциемия. По мере снижения СКФ нарушается катаболизм многих белков, что приводит к задержке продуктов белкового обмена: мочевины, креатинина, мочевой кислоты, индола и т. д.

По мере прогрессирования почечной недостаточности гипокальциемия, развивающаяся как следствие нарушения образования активной формы витамина D_3 и снижения всасывания кальция в кишечнике, становится все более выраженной. Гипокальциемия стимулирует продукцию паратгормона, в отдельных случаях компенсаторная геперпродукция паратгормона приводит к гиперплазии паращитовидных желез, к развитию вторичного гиперпаратиреоза с повышением уровня кальция в крови.

Помимо снижения образования активных метаболитов витамина D, в патогенезе уремии имеет значение снижение и других эндокринных функций почки — уменьшение продукции эритропоэтина, изменение почечной прессорно-депрессорной системы (ренин-простагландины), задержка в крови пролактина.

Клиническая картина

I стадия ХПН начинается при гибели около 50 % функционирующих нефронов и характеризуется отсутствием явных симптомов.

Начальный период ХПН обычно беден клиническими симптомами (если нет тяжелой гипертензии и ее осложнений). Больные могут жаловаться на слабость, утомляемость, сонливость, апатию, может отмечаться снижение аппетита. Ранними признаками являются полиурия и никтурия. Довольно рано развивается гипопластическая анемия, связанная со снижением образования в почках эритропоэтина. В целом эта стадия характеризуется малыми симптомами, часто почечными.

В II и III стадиях ХПН (условно III, IV по классификации хронической болезни почек имеются отчетливые нарушения функций почек вследствие гибели до 90% функционирующих нефронов. Клинически эти стадии характеризуются экстраренальными признаками почечной недостаточности. Появляются изменения сердца, легких, функций печени, желудочно-кишечного тракта, т.е. проявляются поражения всех органов, но без значительного нарушения их функций. Определяется выраженная анемия. Усиливаются слабость, сонливость, утомляемость, апатия (уремическая энцефалопатия), мышечная слабость, мышечные подергивания, связанные с электролитными расстройствами, в первую очередь с гипокальциемией. Развиваются разнообразные поражения костной системы, связанные с нарушением фосфорно-кальциевого обмена: остеомаляция (с болью в костях, часто с проксимальной миопатией, повышением уровня щелочной фосфатазы сыворотки), почечный фиброзирующий остеит (при

гиперпаратиреозе — с повышением содержания кальция в крови, субпериостальными эрозиями фаланг, метастатическими кальцификатами в периферических артериях конечностей и в мягких тканях), остеопороз. С задержкой «уремических токсинов» связаны кожный зуд (иногда мучительный), парестезии, кровоточивость (носовые кровотечения, подкожные геморрагии). При длительной задержке мочевой кислоты может развиться «уремическая подагра», с характерной болью в суставах. Ярким признаком уремии является диспепсический синдром — тошнота, рвота, икота, потеря аппетита вплоть до отвращения к пище, понос (реже — запор), стоматит, глоссит, хейлит. Рвота может быть мучительной, приводит к дегидратации, электролитным сдвигам, похуданию. При осмотре больного выявляют бледно-желтоватый цвет лица (сочетание анемии и задержки урохромов), «синяки» на руках и ногах. Кожа сухая, со следами расчесов, язык сухой, коричневатый. При выраженной уремии изо рта ощущается запах мочи. Моча очень светлая (низкой концентрации и к тому же лишенная урохромов). У 80 % больных задержка натрия приводит к гипертензии, часто с чертами злокачественности, с ретинопатией, сердечной астмой, ритмом галопа. Развитие гипертензии ускоряет прогрессирование почечной недостаточности. Гипертензия, анемия, а также электролитные сдвиги ведут к развитию тяжелого поражения сердца. Поражению миокарда способствуют также гиперлипидемия с атеросклерозом, дефицит витаминов и микроэлементов в пище, гиперпаратиреоз. По мере прогрессирования уремии нарастает неврологическая симптоматика, появляются судорожные подергивания, усиливается энцефалопатия.

Характерны множественные эндокринные нарушения, в том числе аменорея, связанная с задержкой пролактина.

IV стадия — функционирующих нефронов менее 10 %, и это уже декомпенсация не только почек, но и всех систем организма, вовлеченных в патологический процесс. В терминальной стадии ХПН (условно V стадия по классификации хронической болезни почек K/DOQI) полиурия сменяется олигурией и анурией. У пациенток диагностируются выраженные анемия, сердечная недостаточность, может быть развитие перикардита, уремический отек легких. Иногда развивается тяжелая миопатия, когда больные не могут подняться на ступеньки, стоять в вертикальном положении. Прогрессирует анемия, развивается лейкоцитоз и тромбоцитопения, способствующая кровоточивости. В терминальной стадии ХПН вышеперечисленные симптомы уремии проявляются у пациентов при разных значениях креатинина плазмы, без прямой корреляции с показателями азотовыделительной функцией почек, но, тем не менее, порой именно они (например, перикардит), а не лабораторные параметры, являются определяющими в переходе на диализное лечение. В связи со стойким изменением гормонального статуса при нарастании степеней ХПН у пациентов появляются множественные эндокринные нарушения, в том числе — аменорея, связанная с задержкой пролактина. Вследствие этого,

пациентки, имеющие уровень креатинина плазмы 3мг/дл или выше (более 270 мкмоль/л), как правило, не беременеют. Однако описание изменений, происходящих буквально во всех органах и системах организма, характерных для терминальной стадии ХПН, очень важно с точки зрения характеристики здоровья этих пациенток, попадающих в дальнейшем на диализное лечение или трансплантацию почки, т.к. при проведении этого лечения вновь наступает возможность возникновения и вынашивания беременности.

Диагностика

Решающее значение в диагностике ХПН принадлежит лабораторным методам.

При обычном приеме пищи и жидкости (1,5-2,0 л) относительная плотность мочи у здорового человека в пробе по Зимницкому колеблется между 1010-1025, при выраженной ХПН плотность мочи не превышает 1004-1001.

Надежный показатель функциональной способности почек — СКФ. Для диагностики ХПН следует принимать показатель СКФ.

В норме величина СКФ составляет 80-130 мл/ мин, концентрация креатинина в сыворотке крови 0,058- 0,096 ммоль/л (58-96 мкмоль/л или 0,66-1,09 мг/дл). Нормальные показатели мочевины в сыворотке крови соответствуют 1,7-8,3 ммоль/л (10,2-49,8мг/дл). При ХПН повышаются креатинин и мочевина в крови и снижается СКФ менее 60 мл/ мин.

Установить наличие почечной недостаточности можно уже при первом контакте с больным на основании тщательного сбора анамнеза (активное выявление никтурии, полиурии, жалоб накожный зуд, кровоточивость, диспепсии) и осмотра (цвет кожи, ее сухость, расчесы, «синяки», шум трения перикарда, характерный запах изо рта). Выявление анемии и низкой относительной плотности мочи подтверждает диагноз, так же как и обнаружение азотемии. Значительное уменьшение размеров почек (обзорный снимок, томограмма, УЗИ) свидетельствует о терминальной почечной недостаточности.

Нормальные размеры почек при нарастающей ХПН позволяют думать об обострении патологического процесса в почках, при настойчивом лечении которого еще можно добиться улучшения почечной функции. При ХПН на фоне амилоидоза и поликистоза почек уменьшения размеров, как правило, не бывает, в отличие от гломерулонефрита и пиелонефрита.

Установление диагноза ХПН у больного без анамнестических указаний на заболевание почек иногда значительно запаздывает. Это бывает в тех случаях, когда заболевание почек протекает длительно бессимптомно, и больной обращается впервые к врачу лишь при появлении уремической интоксикации, по поводу диспепсий, гипертензии, боли в суставах, кровотечений. Основная задача врача в этой ситуации — подумать о возможности ХПН.

Особенности течения беременности

Осложнения беременности варьируют в зависимости от стадии ХПН, а также от наличия или присоединения артериальной гипертензии.

- Присоединение гестоза, который имеет раннее начало и, как правило, тяжелое течение и проявляется:
- присоединением или усугублением гипертензии;
- ухудшением функции почек;
- трудностью дифференциальной диагностики между проявлениями почечной патологии с наличием гестоза;
- Угроза выкидыша, невынашивание, преждевременные роды;
- Фетоплацентарная недостаточность и, как следствие, высокая перинатальная смертность;
- Анемия;
- Развитие инфекционных осложнений, как правило, со скудной клинической симптоматикой.

Выявляемость этих осложнений варьирует в широких пределах в зависимости от стадии ХПН.

Успешность родоразрешения пациенток определяется именно отсутствием или сведением к минимуму перечисленных выше осложнений, вероятность возникновения которых четко коррелирует с показателями артериального давления и функцией почек.

Выделяет три категории беременных с ХБП:

- I — пациентки с сохранной функцией почек или ее легким нарушением: креатинин плазмы крови <1,4мг/дл (133 мкмоль/л);
- II — пациентки с умеренной почечной недостаточностью: креатинин плазмы крови 1,5-3 мг/дл (134- 170 мкмоль/л);
- III — пациентки с тяжелым нарушением функции почек: креатинин плазмы крови более 3 мг/дл (171 мкмоль/л и более).

Очень важным прогностическим фактором с точки зрения благополучного завершения беременности является уровень артериального давления и характер артериальной гипертензии. Способность к зачатию и благополучному вынашиванию беременности зависит главным образом от наличия артериальной гипертензии и нарушения функции почек, а не от характера исходного хронического заболевания почек

Категории больных с нижеперечисленными заболеваниями

системная склеродермия

узелковый полиартериит,

системная красная волчанка с высокой степенью активности,

тяжелые формы хронического гломерулонефрита (фокально-сегментарный гломерулосклероз, мембранопролиферативный гломерулонефрит).,

так же как и пациенткам с умеренной и тяжелой почечной недостаточностью любой этиологии и/или неконтролируемой артериальной гипертензией, беременность противопоказана.

Лечение

Лечение больных с признаками почечной недостаточности в том случае, если они отказались от аборта или прерывания беременности в более поздние сроки, заключается в создании режима, назначении диеты и проведении медикаментозной терапии. Такие пациентки, особенно имеющие нарушение азотовыделительной функции почек, обязательно должны пребывать в стационаре преимущественно всю беременность.

Основные задачи лечения:

- поддержание гомеостаза. замедление прогрессирования поражения почек;
- профилактика ФПН;
- лечение осложнений беременности.

Очень важным является соблюдение правильной диеты. Избыток белка явно нарушает функции почек. Беременным пациентам с ХПН рекомендуется ограничение белка до 80-100 г в сутки, наряду с введением достаточного количества аминокислот, с увеличенным содержанием углеводов и жиров. Калорийность пищи не должна быть ниже 1200-2200 ккал/сут. Пациентки могут без ограничения употреблять овощи и фрукты, соки, хлеб, каши. Очень полезны продукты, содержащие полиненасыщенные жирные кислоты (растительные масла, морепродукты) или их таблетированные заменители. Дефицит аминокислот может восполняться назначением кетостерила.

При выраженном отечном синдроме или гипертензии следует ограничить поступление в организм натрия и фосфора. Если у пациентки нет полиурии или признаков гестоза, то можно воспользоваться формулой подсчета водной нагрузки: 500 мл + количество мочи, выделенной за предыдущий день.

Патогенетическая терапия проводится пациенткам при:

- системных заболеваниях;
- обострении хронического гломерулонефрита;
- хроническом пиелонефрите, который в период ХПН часто протекает бессимптомно, при этом антибиотики и другие антибактериальные препараты необходимо дозировать с учетом сниженной функции почек;
- обструкции мочевых путей, требующей оперативного вмешательства.

Медикаментозное лечение должно проводиться под обязательным контролем электролитов крови. При гипокальциемии применяют 10 % раствор кальция глюконата или хлорида по 50 мл в сутки внутривенно, а также препараты кальция перорально.

Устранение гиперкалиемии может быть проведено путем:

- применения антагонистов калия — глюконат кальция или хлорид кальция в суточной дозе 30-50 мл на 5 % растворе глюкозы в/вкапельно или пероральный прием препаратов кальция;

- стимуляцией поступления калия в клетку — натрия оксибутират 20 % — 10,0 в/в 2-3 раза в сутки;
- связыванием калия в печени путем стимуляции глюконеогенеза (введение в течение часа 500 мл 20 % раствора глюкозы с инсулином, затем инфузия 50 мл 5 % раствора глюкозы);
- выведением калия из организма: для выведения калия почками возможно применение лазикса, для усиления выведения калия через желудочно-кишечный тракт возможно назначение слабительных и сорбентов. Лечение метаболического ацидоза осуществляется путем введения ощелачивающих растворов (натрия гидрокарбонат, натрия лактат, трисамин).

Существенно улучшает течение ХПН рациональное использование диеты в сочетании с сорбентами. В качестве сорбентов чаще всего используют энтеродез трижды в день через два часа после еды, иногда применяют крахмал в сочетании с активированным углем.

Очень важным прогностическим фактором при всех ХБП является уровень артериального давления. Пациенткам с хорошо контролируемым уровнем АД и незначительной почечной дисфункцией беременность не противопоказана, но такие пациентки требуют тщательного наблюдения и должны быть предупреждены, что может возникнуть необходимость прерывания беременности в случае ухудшения функции почек или развития неконтролируемой артериальной гипертензии. Женщинам с артериальной гипертензией и/или умеренными и тяжелыми нарушениями функции почек следует рекомендовать избегать беременности, поскольку при ее наступлении и 40 % случаев развивается или усугубляется артериальная гипертензия или наступают необратимые нарушения функции почек. Лечение артериальной гипертензии во время беременности включает: адренергические средства, не снижающие почечного кровотока (допегит и клофелин), β-адреноблокаторы (анаприлин); периферические вазадилататоры (нифедипин). Указанные выше средства можно комбинировать между собой, действуя на различные патогенетические звенья гипертензии. Хороший эффект может быть получен комбинацией периферических ар териолодилататоров (миноксидин, гидралазин) с калий-сберегающими салуретиками и малыми дозами β-блокаторов. Антагонисты кальция, не вызывающие задержку воды и снижение почечного кровотока, могут быть также использованы (амлодипин). Введение магния сульфата должно проводиться с осторожностью, под контролем его уровня во избежание передозировки.

Большое внимание должно быть уделено лечению или профилактике анемии. Для борьбы с анемией применяют препараты железа под контролем уровня сывороточного ферритина. Применяются пероральные препараты железа: сорбифер, ферлатум и т. д. или в/в введение: венофер 100 мл на 150мл физиологического раствора два раза в неделю и вит. B_{12}. Необходимо корригировать дозы фолиевой кислоты. Для коррекции анемии может быть

применен эритропоэтин, применение которого может сопровождаться гипертензией, что должно быть учтено в группе пациенток с артериальной гипертензией или гестозами. Лечение или профилактика фетоплацентарной недостаточности осуществляется путем назначения витаминов, антигипоксантов, спазмолитиков. Лечение угрозы прерывания беременности осуществляется по стандартным схемам с учетом нефротоксичности препаратов. Для лечения хронического ДВС-синдрома применяют фраксипарин, препараты никотиновой кислоты. При СКФ 20 мл/мин и ниже назначают фосфоросвязывающие препараты: карбонат кальция и цитрат натрия под контролем содержания фосфатов в крови. Для угнетения продукции паратиреоидного гормона используют кальцитриол (0,25-0,5 мкг/сут).

В случае выявления бактериурии или обострения хронических инфекций мочевыводящих путей показана антибактериальная терапия. Антибактериальные препараты можно применять в обычных или сниженных дозах: пенициллин — в полной дозе, защищенные пенициллины — в половинной, аминогликозиды в связи с их нефротоксичностью у данной категории пациенток не применяются.

В случае снижения СКФ менее 10-15 мл/ мин, чему, как правило, соответствует повышение уровня креатинина в сыворотке крови до 1000-1200 мкмоль/л (IV стадия ХПН, условно V стадия ХБП по классификации K/DOQI), наблюдается уменьшение суточного диуреза и иже 800 мл, возможности консервативной терапии исчерпываются, и встает вопрос о проведении заместительного лечения.

На сегодняшний день существует два метода заместительной почечной терапии: это диализ и трансплантация почки.

Из диализной терапии выделяются два направления: перитонеальный диализ и гемодиализ.

Особенности состояния здоровья пациенток, находящихся на диализном лечении:

- значительные нарушения не только выделительной, но и других систем организма: сердечно-сосудистой, нервной, гормональной, костно-мышечной, кроветворной и т.д.;
- снижение иммунной реактивности, предрасположенность к инфекционным заболеваниям со стертой клиникой инфекционного процесса вследствие дефицита как Т-, так и В-лимфоцитов;
- наличие множественных, связанных с диализом, вирусных заболеваний (гепатиты С и В, цитомегаловирусная инфекция и т. д.);
- хроническая анемия и тромбоцитарная дисфункция с нарушением тромбообразования и коагуляции, и как следствие, высокий риск кровотечения.

БЕРЕМЕННОСТЬ И ЗАБОЛЕВАНИЯ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА

Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь

Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь — воспалительное и/или невоспалительное поражение дистальной части пищевода вследствие повторяющегося заброса желудочного и/или дуоденального содержимого с развитием характерных симптомов. Заболевание занимает 2—3 место среди болезней органов пищеварения. У женщин встречается в 3—4 раза реже, чем у мужчин. Болезнь развивается впервые во время беременности в 21% случаев (чаще у многорожавших). У 5% беременных наблюдают симптоматический вариант болезни.

Важными факторами развития гастроэзофагеальной рефлюксной болезни являются:

- нарушение моторики пищевода и желудка;
- изменение резистентности слизистой оболочки пищевода;
- агрессивность компонентов желудочного содержимого.

Во время беременности повышается внутрижелудочное давление, что наряду с другими механизмами заброса желудочного содержимого (недостаточность кардии, аксиальные грыжи пищеводного отверстия диафрагмы) предрасполагает к желудочно-пищеводному рефлюксу. У беременных чаще развивается так называемый рефлюкс-эзофагит. Нарушения гестации при данном заболевании, как правило, не бывает. Клинически гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь у беременных проявляется изжогой (при физическом напряжении, наклонах, в положении лежа, после еды) и срыгиванием кислого содержимого. Изжога наблюдается чаще во II и III триместрах, обычно после употребления обильной жирной жареной и острой пищи. На фоне длительной изжоги возможно появление болей за грудиной, отрыжки воздухом, дисфагии. При формировании пептической стриктуры пищевода, как правило, возникает дисфагия (ощущение затруднения или препятствия прохождения пищи по пищеводу). Для постановки диагноза в преобладающем большинстве случаев достаточно клинических данных.

Положительный «щелочной» тест (быстрое купирование изжоги в ответ на прием всасывающихся антацидов) косвенно свидетельствует о наличии рефлюкс-эзофагита.

Для уточнения причин изжоги по показаниям у беременных проводят эзофагогастродуоденоскопию и pH-метрию. Обязательное условие успешного лечения — соблюдение рекомендаций по изменению образа жизни и питания:

- ✓ избегать положений, способствующих возникновению изжоги, при отсутствии противопоказаний рекомендуется сон с приподнятым головным концом кровати;

- ✓ избегать запоров, так как любое натуживание приводит к повышению внутрибрюшного давления, забросу кислого желудочного содержимого в пищевод и появлению изжоги;
- ✓ соблюдать строгую диету, питаться дробно, малыми порциями, без переедания.

Медикаментозная терапия. При терапии рефлюкс-эзофагита во время беременности допустимо применение невсасывающихся антацидов, обволакивающих и вяжущих ЛС растительного происхождения (отвары зверобоя, ольхи, ромашки, крахмал), прокинетиков, блокаторов Н2-рецепторов гистамина. Хороший результат достигается при назначении вяжущих препаратов в комбинации с антацидами.

Невсасывающиеся антациды реализуют свое действие посредством двух основных механизмов: они нейтрализуют и адсорбируют продуцируемую желудком соляную кислоту. К невсасывающимся антацидам относят кальция карбонат, магния гидроксид, магния карбонат основной. Невсасывающиеся антациды обладают высокой эффективностью и слабой выраженностью побочных эффектов, поэтому их допустимо назначать беременным, не опасаясь подвергнуть мать и плод особому риску. Исключение составляют алюминий содержащие антациды.

Для ликвидации сопутствующих дискинезий, нормализации тонуса ЖКТ назначают метоклопрамид внутрь 10 мг 2—3 раза в сутки в течение 10—14 дней.

Язвенная болезнь — хроническое, циклически протекающее заболевание с разнообразной клинической картиной и изъязвлением слизистой оболочки желудка или двенадцатиперстной кишки в период обострения. Язвенной болезнью страдают 8—10% населения. У женщин заболевание встречается в 4—10 раз реже. Беременность благоприятно влияет на течение язвенной болезни. В большинстве случаев наблюдают ремиссию заболевания вследствие изменения секреторной и моторно-эвакуаторной функции желудка, улучшения кровоснабжения и активизации процессов пролиферации в слизистой оболочке. Это обусловлено изменением уровня половых и гастроинтестинальных гормонов, а также простагландинов, эндорфинов, других биологически активных веществ. Осложнения язвенной болезни, такие, как перфорация или кровотечение, чрезвычайно опасны для жизни матери и будущего ребенка, если не распознаны вовремя. Частота осложнений, требующих хирургического лечения, у беременных составляет 1—4 на 10 000, при этом материнская смертность достигает 16%, а перинатальная — 10%.

При неосложненной язвенной болезни беременность допустима и оказывает положительное влияние на течение заболевания. Заболевание не оказывает отрицательного влияния на развитие плода и родоразрешение производится естественным путем.

В случаях, когда беременность сопровождалась рецидивом язвенной болезни, за 2 нед до родов целесообразно проведение профилактического курса лечения язвенной болезни.

В тех случаях, когда консервативная противоязвенная терапия оказалась недостаточной к моменту родоразрешения рекомендуется вести роды через естественные родовые пути с обязательным введением тонкого зонда в желудок для постоянного контроля за желудочным содержимым с целью своевременной диагностики желудочно-кишечного кровотечения.

Если язвенное кровотечение возникает в первом периоде родов, это является показанием для срочной лапаротомии, кесарева сечения и оперативного лечения язвы желудка или двенадцатиперстной кишки с последующим дренированием брюшной полости. Если же язвенное кровотечение возникает во втором периоде родов, то это требует срочного родоразрешения под тщательным обезболиванием путем наложения акушерских щипцов с последующим оперативным лечением язвенной болезни.

В случаях остановки желудочного кровотечения консервативными методами рекомендуется родоразрешение проводить на фоне противоязвенной терапии. Рецидивы же кровотечения являются показанием к срочному оперативному вмешательству.

При возникновении осложнений язвенной болезни во время беременности допустимо оперативное вмешательство с последующим сохранением беременности.

Лечение язвенной болезни в период беременности должно быть комплексным, индивидуализированным с назначением медикаментозной терапии исключительно в стадии обострения заболевания, подтвержденного не только клинически, но и лабораторными и инструментальными методами обследования. Подобного рода рекомендации направлены на исключение отрицательного действия лекарственных средств на развитие плода.

Поэтому основой терапии язвенной болезни при беременности является палатный режим и дробное питание по Певзнеру (диета №1).

Для снижения агрессии желудочного содержимого при беременности используются антацидные препараты. Предпочтение нужно отдавать препаратам с высокой нейтрализующей способностью, хорошо сбалансированным составом закрепляющих и послабляющих средств.

К таким препаратам относятся: молоко — комбинация гидроокисей магния и алюминия, гелусиллак, фосфалюгель. Антациды назначают в обычных терапевтических дозах 4-5 раз в день.

В качестве антисекреторных средств могут применяться некоторые неселективные М-холинолитики. Предпочтительнее назначать платифиллин или метацин, которые наряду с угнетением секреторной функции желудка обладают расслабляющим влиянием на миометрий, что позволяет применять его при язвенной болезни даже у женщин с угрожающим выкидышем

Селективные М-холинолитики, также как и H_2-блокаторы, беременным и родильницам противопоказаны.

Хороший противоязвенный эффект оказывают обволакивающие и вяжущие препараты растительного происхождения (отвары из цветов ромашки, зверобоя, тысячелистника, мяты, душицы, укропа). Послабляющим действием обладают кора крушины, ревень, жостер.

Содержит противоязвенный фактор U сок свежей капусты, который применяют по 0,5 — 1 стакану за 30 мин до еды. Картофельный сок является нейтрализатором желудочного сока, назначают его по 0,5 стакана за 30 мин до еды длительно.

Из средств, нормализующих моторную функцию желудка, можно рекомендовать метаклопрамид (реглан, церукал) в обычных дозах. Эти препараты показаны при раннем гестозе у беременных, страдающих язвенной болезнью.

При выраженном болевом синдроме показаны спазмолитические препараты — но-шпа, папаверин.

Не рекомендуется применение беременным висмутсодержащих препаратов ввиду неблагоприятного воздействия на плод.

Из репарантов применяются солкосерил, гастрофарм, масло шиповника, облепихи, поливитамины.

Влияние цитопротекторов (сукральфат, синтетических простагландинов) на плод до конца не изучена.

Анаболические средства беременным противопоказаны.

Питье щелочных минеральных вод во второй половине беременности при развитии симптомов позднего гестоза ограничивается.

Критериями эффективности лечения язвенной болезни во время беременности является наступление клинической ремиссии заболевания, а также отрицательные результаты исследования кала на скрытое кровотечение и рубцевание язвы, подтвержденное эндоскопически.

Всем беременным, перенесшим обострение язвенной болезни, за 2-3 нед. до родов необходимо провести курс противоязвенного профилактического лечения, продолженного в послеродовом периоде.

Женщины, страдающие язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки, во время беременности должны находиться на диспансерном учете не только у акушера, но и терапевта (желательно гастроэнтеролога). Весной и осенью, при осложнении беременности ранним гестозом, за 2-3 нед до срока родов, а также сразу после родов им необходимо проводить курсы профилактического лечения.

Желчнокаменная болезнь — заболевание, характеризующееся образованием желчных камней в печени, желчных протоках или желчном пузыре (чаще в последнем). Хронический холецистит — хроническое рецидивирующее заболевание, связанное с наличием воспалительных изменений в стенке желчного пузыря. Хроническими заболеваниями

желчевыводящих путей страдают 3% беременных. Бескаменный холецистит во время беременности встречают редко (в 0,3% случаев) в связи с расслабляющим действием прогестерона на гладкую мускулатуру желчного пузыря и протоков. Частота холецистэктомии при беременности составляет около 0,1-0,3%.

Основной метод диагностики — УЗИ. Также проводят клинический и биохимический анализы крови (исследуют общий и свободный билирубин, печеночные ферменты).

Рентгенологические методы исследования при беременности не применяют немедикаментозное лечение. Принципы лечения такие же, как и вне беременности.

При хроническом холецистите необходимо соблюдение диеты, которая должна способствовать предупреждению застоя желчи в желчном пузыре, уменьшению воспалительных явлений. Рекомендуют частое, дробное питание. При сопутствующей гипомоторной дискинезии предпочтительны «холецистокинетические» продукты, богатые липотропными веществами. При гипермоторной форме рекомендуют теплые минеральные воды низкой минерализации.

Желчегонным действием обладают отвары лекарственных растений (цветки бессмертника песчаного, кукурузные рыльца, лист мяты перечной, семена укропа, плоды шиповника, корень барбариса).

Медикаментозная терапия:

- ✓ желчегонные лекарственные средства показаны всем беременным. Поскольку у них превалирует гипомоторная форма дисфункции желчевыводящих путей, наиболее показаны холецистокинетики, обладающие и послабляющим эффектом;
- ✓ антибактериальные препараты назначают при присоединении инфекции. При их выборе следует учитывать срок беременности;
- ✓ спазмолитики и анальгетики показаны при выраженном болевом синдроме (дротанерин, папаверина гидрохлорид, метамизолнатрий в обычных дозах);
- ✓ метоклопрамид нормализует моторику пузыря у беременных независимо от вида дискинезии, в том числе и при рвоте беременных.

<u>Регуляция функции желудочно-кишечного тракта.</u>

Проблема запора во время беременности продолжает оставаться чрезвычайно актуальной, что связано с выработкой при запорах серотонина, оказывающего влияние на прерывание беременности.

Суть влияния запора на матку заключается в выбросе большого количества серотонина обкладочными клетками толстого кишечника при затруднениях дефекации. Следствием этого является возбудимость матки

вследствие активизации ионами кальция клеток миометрия (историческая параллель — гениальное открытие врачами XVIII века утеротонического действия касторового масла и «встречной» клизмы).

С целью профилактики и лечения запора у беременных целесообразен комплекс мероприятий, включающих обучение и психологическое воздействие на беременную с запором (выработка рефлекса дефекации в определенное время суток); коррекция диеты — увеличение количества пищевых продуктов, стимулирующих функцию толстой кишки (чернослив), увеличивающих массу кала (пшеничные отруби), а также включение в рацион квашеной капусты, биойогуртов и биокефира; коррекция образа жизни (увеличение физической активности при отсутствии противопоказаний), удаление скопившихся газов из кишечника или ускорение их эвакуации (адсорбенты, пеногасители), дюфалак, восстановление микробиоценоза кишечника — назначение пробиотиков (живые культуры лакто- и бифидобактерий).

ЗАБОЛЕВАНИЕ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ И БЕРЕМЕННОСТЬ

ГИПОТИРЕОЗ И БЕРЕМЕННОСТЬ

Гипотиреоз — клинический синдром, вызванный длительным, стойким недостатком гормонов щитовидной железы (ЩЖ) в организме или снижением их биологического эффекта на тканевом уровне.

В регионах даже с легким йодным дефицитом беременность является довольно жестким фактором стимуляции ЩЖ. Стимуляция функции ЩЖ в процессе гестации происходит за счет возрастания степени связывания тиреоидных гормонов с белками крови, повышения уровня хорионического гонадотропина (ХГТ), обладающего слабым «тиреотропным» эффектом, недостаточного снабжения ЩЖ матери йодом в связи с повышенной экскрецией йода с мочой во время беременности и потреблением йода фетоплацентарным комплексом, а также повышения плацентарного дейодирования тироксина (T_4). Все перечисленные механизмы носят адаптационный физиологический характер и при наличии достаточного количества йода приводят к тому, что выработка тиреоидных гормонов в первой половине беременности повышается на 30-50 %. Сниженное поступление йода во время беременности приводит к хронической стимуляции ЩЖ, относительной гестационной гипотироксинемии (увеличение выработки T_4 только на 15-20 %) и формированию зоба, причем как у матери, так и у плода.

Наиболее часто во время беременности встречается гипотиреоз вследствие аутоиммунного тиреоидита (АИТ). Носительство АТ к ЩЖ

(даже при нормальной исходной функции и структуре ЩЖ) во время беременности сопровождается повышением риска самопроизвольного прерывания беременности на ранних сроках, манифестации гипотиреоза, развития послеродового тиреоидита.

Классификация, этиология и патогенез

По уровню поражения различают гипотиреоз

- первичный (тиреогенный);
- вторичный (гипофизарный);
- третичный (гипоталамический);
- тканевой (транспортный периферический).

Вторичный и третичный гипотиреоз часто объединяют в центральный, поскольку их клиническая дифференцировка затруднена, и оба эти заболевания встречаются достаточно редко.

Гипотиреоз различают по степени тяжести:

- субклинический (латентный);
- манифестный:
- компенсированный;
- декомпенсированный;
- тяжелого течения (осложненный) — с развитием сердечной недостаточности, кретинизма, выпота в серозных полостях, вторичной аденомой гипофиза.

Наиболее часто встречается первичный гипотиреоз, причинами которого могут быть:

- врожденные формы:
- аномалии развития ЩЖ (дисгенез, эктопия);
- врожденные энзимопатии, сопровождающиеся нарушением биосинтеза тиреоидных гормонов;
- приобретенные формы:
- аутоиммунный тиреоидит (АИТ), в том числе в рамках аутоиммунного полигландулярного синдрома чаще II типа (синдром Шмидта), реже I типа;
- операции на щитовидной железе;
- тиреостатическая терапия (радиоактивным йодом, тиреостатики, препараты лития);
- подострый вирусный, послеродовый;
- тиреоидиты (гипотиреоидная фаза);
- эндемический зоб.

Причины вторичного гипотиреоза:

- врожденный и приобретенный пангипопитуитаризм (синдром Шиена—Симмондса, крупные опухоли гипофиза, аденомэктомия, облучение гипофиза, лимфоцитарный гипофизит);
- изолированный дефицит ТТГ;

- в рамках синдромов врожденного пангипопитуитаризма.

Причины третичного гипотиреоза:

- нарушение синтеза и секреции тиролиберина.

Периферический гипотиреоз обусловлен:

- синдромами тиреоидной резистентности, протекающими с различной клинической картиной.

Синдром резистентности к тиреоидным гормонам был описан S.Refetoff в 1967 г. Причина данного синдрома — мутация гена, ответственного за синтез рецептора к гормонам ЩЖ.

Клиническая картина

Основные клинические симптомы гипотиреоза: утомляемость, слабость, сонливость, снижение памяти и интереса к окружающему, плохая переносимость холода, сухость кожи, ломкость волос, повышенная масса тела при сниженном аппетите, низкий «хрипловатый» голос, склонность к запорам, нарушения менструального цикла но типу меноррагии, олигоменореи, аменореи, артралгия, парестезии, карпальный туннельный синдром. Часто гипотиреоз у беременных может протекать бессимптомно, не иметь специфических проявлений или маскироваться под проявления беременности.

Диагностика гипотиреоза при беременности

При субклиническом первичном гипотиреозе выявляют изолированное повышение концентрации ТТГ при нормальном содержании свободного T_4 (св T_4), при манифестном первичном гипотиреозе — сочетание повышенного уровня ТТГ и пониженной концентрации св T_4. При вторичном гипотиреозе снижено содержание как ТТГ, так и T_4.

Почти в 90% случаев причина спонтанного гипотиреоза — АИТ. Основанием для диагноза АИТ, по рекомендациям Российской ассоциации эндокринологов (2002 г.), считают «большие» клинико-лабораторные признаки.

- Первичный гипотиреоз (манифестный или стойкий субклинический).
- Наличие АТ к ткани ЩЖ и ультразвуковые признаки аутоиммунной патологии (увеличение объема при гипертрофической форме, диффузное снижение или повышение эхогенности и неоднородность ткани ЩЖ). Антитиреоидные АТ (АТ к тиреоглобулину, АТ к тиреоидной пероксидазе) определяются при АИТ в 80-90 % случаев, и, как правило, в очень высоких титрах. Среди АТ к ткани ЩЖ при диагностике аутоиммунного заболевания принципиальное значение имеют АТ к тиреоидной пероксидазе, поскольку изолированное носительство АТ к тиреоглобулину

встречают крайне редко и оно имеет меньшее клиническое и диагностическое значение.

При отсутствии хотя бы одного из этих диагностических признаков диагноз АИТ носит вероятностный характер.

При выявлении у женщин, планирующих беременность, АТ к ЩЖ и/или ультразвуковых признаков АИТ при отсутствии гипотиреоза необходимо исследовать функцию ЩЖ (концентрации ТТГ и св T_4 в крови) перед наступлением зачатия, в 8-12 недель гестации, и далее раз в триместр беременности. При выявлении гипотиреоза (манифестного или субклинического) немедленно назначают терапию левотироксином натрия.

Скрининг

Рекомендовано определять уровень тиреотропного гормона (ТТГ) у беременных женщин, относящихся к группам риска:

- Женщины с нарушениями функции ЩЖ, послеродовым тиреоидитом и операциями на щитовидной железе в анамнезе.
- Женщины с семейным анамнезом заболеваний щитовидной железы.
- Женщины с зобом.
- Женщины с антителами к щитовидной железе.
- Женщины с симптомами или клиническими проявлениями тиреотоксикоза и гипотиреоза.
- Женщины с сахарным диабетом 1-го типа.
- Женщины с аутоиммунными заболеваниями.
- У женщин с бесплодием уровень ТТГ должен определяться в рамках программы обследования по бесплодию.
- Женщины с предшествовавшим облучением головы и шеи.

В настоящее время всем беременным женщинам, проживающим в регионах с йодным дефицитом, в сроке 8-12 нед беременности (а оптимально еще на этапе планирования беременности) рекомендовано определять уровень ТТГ, учитывая высокую частоту впервые выявленного гипотиреоза во время беременности.

Особенности течения беременности при гипотиреозе

Неадекватное лечение материнского гипотиреоза может вести к таким осложнениям беременности, как спонтанные выкидыши (19,8%), ранний токсикоз (33%), угроза прерывания беременности в различные сроки гестации (62 %), железодефицитная анемия (76 %), гестоз (11,2 %), плацентарная недостаточность (70 %), отслойка плаценты (5%), внутриутробная гибель плода (2-7%), послеродовые кровотечения (4,2 %)

Наиболее частым встречаемым осложнением беременности является анемия, что может объясняться ахлоргидрией желудочного сока, снижением всасывания железа в тонком кишечнике и отсутствием стимулирующего влияния тиреоидных гормонов на эритропоэз у пациенток с гипотиреозом. Чаще других плацентарная недостаточность (у 85 %), гестоз (у 71 %), угроза

прерывания беременности (у 71 %) наблюдаются у пациенток с аутоиммунным полигландулярным синдромом (наиболее неблагоприятной формой гипотиреоза), при котором имеет место сочетание аутоиммунного поражения ЩЖ и β-клеток поджелудочной железы.

Также чаще других плацентарная недостаточность (у 48 %), гестоз (у 63 %) выявляются у беременных с врожденным гипотиреозом, что объясняется длительным течением заболевания у этих пациенток, частым наступлением беременности на фоне декомпенсации гипотиреоза, недостаточной длительностью периода компенсации.

Угроза прерывания беременности более часто встречается у пациенток с гипотиреозом вследствие АИТ, что подтверждается рядом исследований. Антитиреоидные антитела, возможно, являются маркером генерализованной аутоиммунной дисфункции, в результате которой и происходит выкидыш.

У плода трансплацентарный пассаж материнского тироксина в ранние сроки беременности может играть критическую роль в нормальном развитии мозга.

Даже при рождении здоровыми 50% детей от матерей с недостаточно хорошо компенсированным гипотиреозом могут иметь нарушения полового созревания, снижение интеллекта, высокую заболеваемость. У детей, родившихся у матерей с повышенным содержанием АТ- ТПО, даже при нормальной функции ЩЖ возрастает риск задержки умственного развития.

Лечение гипотиреоза во время беременности

Лечение гипотиреоза во время беременности проводят тиреоидными гормонами (левотироксин натрия), причем сразу же после наступления беременности доза левотироксина натрия увеличивается примерно на 50 мкг/сут или на 30-50 %. Первый контроль уровня ТТГ и $свТ_4$ проводится в сроке 8-12 нед гестации, затем 1 раз в триместр.

При гипотиреозе, впервые выявленном во время беременности (как манифестном, так и субклиническом), или при декомпенсации ранее существовавшего гипотиреоза полную заместительную дозу левотироксина натрия назначают сразу, т. е. без постепенного ее увеличения. Так, при манифестном гипотиреозе расчетная доза левотироксина натрия составляет 2,3 мкг на кг массы тела, а при субклиническом — 1,8 мкг на кг массы тела.

Левотироксин натрия необходимо принимать на голодный желудок за 30-40 мин до завтрака ежедневно. Если у пациентки имеется утренняя тошнота или рвота, прием препарата можно перенести на более поздние часы, но все равно натощак также за 30-40 мин до еды. С учетом того, что некоторые лекарства могут значительно снижать биодоступность левотироксина натрия (например, карбонат кальция, препараты железа), прием любых других препаратов возможен через 4 часа после приема левотироксина натрия.

Исследования концентраций ТТГ и $свТ_4$ на фоне приема левотироксина натрия проводят каждые 8-12 нед. Содержание ТТГ при назначении тиреоидных гормонов изменяется очень медленно, поэтому во время беременности при исходно повышенном уровне ТТГ окончательный подбор дозы левотироксина натрия проводят по концентрации $свТ_4$ в сыворотке крови, который должен находиться ближе к верхней границе лабораторной нормы. По существующим международным рекомендациям, уровень ТТГ в I триместре не должен превышать 2,5 мЕд/л и в II и III триместрах гестации — 3,0 мЕд/л.

При определении содержания $свТ_4$ у беременных, находящихся на заместительной терапии левотироксином натрия, непосредственно перед забором крови для гормонального анализа не следует принимать препарат, поскольку в этом случае результаты исследования могут быть несколько завышены. При исследовании только ТТГ прием левотироксина натрия не отражается на результатах исследования.

Дозу левотироксина натрия на протяжении процесса гестации постепенно увеличивают, к концу беременности повышают на 30-50 % от дозы, применяемой в начале беременности.

Нет оснований отказываться от обязательного для всех беременных, проживающих в йоддефицитном регионе, приема профилактических физиологических (200 мкг/сут калия йодида) доз йода (пациентки с АИТ и изолированным носительством АТ к ЩЖ — не исключение).

Родоразрешение пациенток с гипотиреозом

Течение родов при гипотиреозе часто осложняется несвоевременным излитием околоплодных вод, патологическим прелиминарным периодом, послеродовыми кровотечениями

Для профилактики возможных аномалий родовой деятельности у данной категории пациенток целесообразно проводить программированные роды при абсолютной биологической готовности организма к родам, предоставлять адекватное обезболивание, при несвоевременном излитии околоплодных вод и при выявлении слабости родовой деятельности своевременно проводить профилактику и лечение выявленных осложнений.

Лактация, особенности течения послеродового периода

Пациенткам с гипотиреозом лактация не противопоказана. После родов доза левотироксина натрия должна быть уменьшена до исходной, применяемой до беременности. Через *2* мес. после родов необходим контроль уровня ТТГ в сыворотке крови, так как при наличии полноценной лактации потребность в левотироксине натрия может быть несколько больше, чем доза тироксина до беременности (в среднем на 20 %).

Учитывая тот факт, что ранние стадии эмбриогенеза (до 12 нед) протекают под контролем только материнских тиреоидных гормонов, то и

компенсация гипотиреоза должна быть проведена еще на стадии прегравидарной подготовки.

Компенсированный гипотиреоз — не противопоказание к планированию и пролонгированию беременности!

На прегравидарном этапе проводят определение содержания тиреотропного гормона (ТТГ) и $свТ_4$ в сыворотке крови, коррекцию дозы левотироксина натрия. Адекватная компенсация гипотиреоза на стадии планирования беременности соответствует концентрации ТТГ 0,4-2,0 мМЕ/л и концентрации свободного тироксина ($Т_4$) ближе к верхней границе нормы.

У женщин с декомпенсированным гипотиреозом довольно часто отмечают нарушения менструального цикла различной степени тяжести (наиболее часто — гиполютеинизм), что в дальнейшем при наступлении беременности может привести к угрозе прерывания беременности в ранние сроки и развитию первичной плацентарной недостаточности (ПН). Кроме того, при первичном гипотиреозе примерно у 40 % пациенток выявляют гиперпролактинемию. Адекватная заместительная терапия левотироксином натрия в большинстве случаев нормализует секрецию пролактина.

Учитывая высокую частоту врожденных пороков развития (ВПР) у новорожденных от матерей с гипотиреозом, в периконцепционный период (оптимально за 2-3 мес до зачатия) и до 12 нед беременности показано применение фолиевой кислоты в дозе 0,8-1 мг в сутки.

Динамическое наблюдение за беременной с гипотиреозом

- При компенсированном гипотиреозе регулярность наблюдения эндокринологом составляет 1 раз в триместр гестации, акушером-гинекологом — согласно нормативам.
- Пренатальную диагностику состояния плода проводят в общепринятые сроки генетического скрининга.
- Начиная с 20-й недели, при УЗИ проводят допплерометрическое исследование кровотока в артерии пуповины, аорте и средней мозговой артерии плода. Частота проведения УЗИ составляет 1 раз в 4 нед.
- С 12-й недели беременности 1 раз в месяц проводят исследование гормонов фетоплацентарного комплекса (плацентарный лактоген, прогестерон, эстриол, кортизол и АФП). Оценка полученных результатов должна быть динамической, комплексной с использованием перцентильной оценки всех пяти параметров.
- Начиная с 26-й недели беременности, показано проведение кардиотокографического исследования с объективной оценкой показателей моторики матки и частоты сердечных сокращений (ЧСС) плода.

Профилактика осложнений беременности при гипотиреозе

Лечение угрозы прерывания беременности проводят по общепринятым схемам. Препараты из группы β-адреномиметиков (бриканил, гинипрал, партусистен) при лечении угрозы прерывания беременности у пациенток с гипотиреозом не противопоказаны.

Принимая во внимание высокий риск развития плацентарной недостаточности у пациенток с плохо компенсированным гипотиреозом, с профилактической целью целесообразно применять комплекс метаболической терапии в течение 21 дня в II и III триместрах беременности.

При появлении клинико-лабораторных признаков ФПН лечение проводят в условиях акушерского стационара. Комплексное лечение плацентарной недостаточности включает применение инфузий вазоактивных, метаболических и улучшающих обменные процессы препаратов, а также ингаляции гепарином.

Для лечения анемии у беременных с гипотиреозом необходима комбинация железа, фолиевой и аскорбиновой кислот, а также витаминов группы В, так как при гипотиреозе понижается кислотность желудочного сока и в условиях ахлоргидрии снижается всасывание вышеупомянутых витаминов и микроэлементов из продуктов питания.

Подбор заместительной дозы левотироксина натрия при отсутствии гестационных осложнений не требует стационарного лечения и возможен амбулаторно.

Прогноз

Прогноз при гипотиреозе благоприятный. При впервые выявленном во время беременности гипотиреозе (особенно субклиническом) в послеродовом периоде возможна отмена тироксина с последующей верификацией диагноза.

ТИРЕОТОКСИКОЗ

Диффузный токсический зоб (ДТЗ) (аутоиммунный тиреотоксикоз (гипертиреоз) или болезнь Грейвса),— аутоиммунное заболевание с генетическим компонентом. Заболевание обусловлено избыточной продукцией тиреоидных гормонов ЩЖ вследствие выработки тиреоидстимулирующих антител (АТ-рТТГ), которые связываются с рецептором ТТГ и активируют его.

При ДТЗ в сыворотке появляются и другие аутоантитела (к тиреоглобулину (АТ-ТГ), тиреоидной пероксидазе (АТ-ТПО)), а также развивается экстратиреоидная патология (эндокринная офтальмопатия, претибиальная микседема, акропатия).

Клиническая картина и диагностика диффузного токсического зоба (болезни Грейвса) при беременности

- Для тиреотоксикоза у беременных характерны выраженное сердцебиение (пульс более 100 в минуту), высокое пульсовое давление, мышечная слабость, эмоциональная лабильность, кожный зуд, тремор рук. Могут усиливаться такие симптомы беременности, как общая слабость, потливость, сниженная толерантность к физическим нагрузкам. Диффузное увеличение ЩЖ при пальпации и увеличение объема ЩЖ при УЗИ (не всегда). Увеличение объема ЩЖ (в норме при беременности до 18 мл), диффузное снижение эхогенности и неоднородность железы при ультразвуковом исследовании.
- Диффузное снижение эхогенности и неоднородность ткани ЩЖ при УЗИ.
- Высокий уровень свободных форм тиреоидных гормонов ($свТ_3$ и $свТ_4$) и низкое содержание ТТГ в крови. Следует учитывать, что исследование уровня ТТГ не всегда бывает информативно, так как в ранние сроки беременности и в отсутствие тиреотоксикоза происходит снижение уровня ТТГ из-за влияния ХГ. Кроме того, типичной ошибкой интерпретации результатов исследования гормональной функции у беременных можно считать определение общих фракций тиреоидных гормонов: $обТ_4$ и $обТ_3$ в крови, а не $свТ_4$ и $свТ_3$. Увеличение связывающей способности белков плазмы и тканей во время беременности приводит к повышению в крови уровней $обТ_4$ и $обТ_3$ (примерно в 1,5 раза), что не отражает истинного функционального состояния ЩЖ и может привести к грубой диагностической ошибке.
- Наличие тиреостимулирующих антител (АТ-рТТГ) и антитиреоидных антител (АТ-ТГ и АТ-ТПО).
- Эндокринная офтальмопатия (не всегда).
- Симптоматика тиреотоксикоза при беременности может являться следствием не только аутоиммунного процесса в ЩЖ, но также метаболических и гормональных изменений, присущих собственно беременности. Как известно, ХГ, благодаря молекулярному сходству с ТТГ, оказывает прямое стимулирующее действие на ЩЖ матери, причем это влияние наиболее выражено в конце I триместра беременности. Действуя как слабый «аналог» ТТГ, ХГ вызывает небольшое повышение сывороточного уровня $свТ_4$ и $свТ_3$ и понижение сывороточного уровня ТТГ.

У большинства здоровых беременных стимулирующий эффект ХГ на ЩЖ является коротким и не приводит к клинически значимым последствиям. Однако у 1-2 % всех беременных в I триместре снижение концентрации ТТГ и повышение уровня $свТ_3$ и $свТ_4$ сопровождается клинической картиной тиреотоксикоза и часто ассоциируется с

неукротимой рвотой беременных, что затрудняет его диагностику из-за того, что для ранних сроков беременности, в принципе, характерны тошнота и рвота.

Данный синдром получил название «гестационный транзиторный тиреотоксикоз». С повышенной частотой он встречается при многоплодной беременности и пузырном заносе.

Это состояние обычно носит временный характер, самостоятельно разрешается к II триместру беременности и не требует лечения тиреостатическими препаратами.

Планирование беременности при тиреотоксикозе

На стадии планирования беременности следует обсудить с пациенткой различные методы достижения эутиреоза (оперативное лечение, радиойодтерапия, медикаментозное лечение) и тщательно взвесить преимущества и недостатки каждого из них в конкретной ситуации. Независимо от выбранной тактики лечения проводится подбор контрацепции (не противопоказан прием низкодозированных оральных контрацептивов).

Показания к оперативному лечению (предельно-субтотальная резекция ЩЖ или тиреоидэктомия).

- ✓ Рецидив тиреотоксикоза после тиреостатической терапии, большой зоб (более 45 мл), загрудинный зоб, непереносимость тиреостатиков.
- ✓ Необходимость быстрого наступления эутиреоза (например, пациентка позднего репродуктивного возраста планирует беременность). Оперативное лечение с последующей коррекцией послеоперационного гипотиреоза позволяет быстро достичь эутиреоза и перейти к вопросам планирования беременности.
- ✓ Сочетание тиреотоксикоза с другой экстрагенитальной патологией (не препятствующей вынашиванию беременности: например, бронхиальная астма в стадии стойкой ремиссии, компенсированный СД 1-го типа без тяжелых поздних осложнений).
- ✓ Женщины с бесплодием, которые включены в программу вспомогательных репродуктивных технологий (IVF/ET, ICSI, искусственная инсеминация).

После терапии радиоактивным йодом планирование беременности возможно не ранее чем через год.

Практически всегда после радиойодтерапии наступает гипотиреоз, который требует заместительной терапии L-тироксином. Поэтому этот метод подходит для пациенток молодого возраста, имеющих ребенка и планирующих последующую беременность не ранее, чем через год, а также при послеоперационном рецидиве тиреотоксикоза (при высоком риске повторного оперативного вмешательства:

1. послеоперационный гипопаратиреоз, парез гортани при пересечении возвратного нерва).

2. при небольших размерах зоба, тщательном гормональном контроле, хорошей комплаентности пациентки и поддержании стойкого биохимического эутиреоза малыми дозами тиреостатиков (5-10мг тиамазола или 50-100 мг пропилтиоурацила) к моменту зачатия можно планировать и вынашивать беременность на фоне тиреостатической терапии.

Перед наступлением беременности пациентка должна быть осмотрена эндокринологом, офтальмологом, акушером-гинекологом; проведено УЗИ ЩЖ, определены в сыворотке крови уровни ТТГ, $свТ_3$, $свТ_4$, АТ-рТТГ (при необходимости). В прегравидарном периоде корригируется доза L-ироксина (при послеоперационном гипотиреозе или гипотиреозе после радиойодтерапии) или тиреостатиков. С целью профилактики врожденных пороков развития за 2-3 мес до зачатия назначается фолиевая кислота в дозе 0,8-1 мг в сутки.

Противопоказания для планирования беременности.

- ✓ Тяжелый тиреотоксикоз с осложнениями (т. н. тиреотоксическая печень, тиреотоксическая кардиомиопатия: нарушение сердечного ритма, сердечно-сосудистая недостаточность).
- ✓ Сочетание тиреотоксикоза с обострением эндокринной офтальмопатии, требующей лечения большими дозами глюкокортикоидов или рентгенотерапии на область орбит.

Особенности течения беременности при диффузном токсическом зобе

Самыми частыми гестационными осложнениями были угроза прерывания в различные сроки беременности, гестоз и ФПН, особенно в группах с декомпенсированным течением заболевания. Значительно чаще, чем в популяции, беременность протекала на фоне анемии.

Гестоз при тиреотоксикозе имеет своеобразное течение: раннее начало и преобладание гипертензивного синдрома (так называемый «моногестоз»), что создает проблему дифференциальной диагностики с гемодинамическими изменениями, свойственными обострению самого тиреотоксикоза.

Динамическое наблюдение за беременной с тиреотоксикозом.

При компенсированном состоянии тиреотоксикоза регулярность наблюдения эндокринологом составляет 1 раз в 3 нед, акушером-гинекологом — согласно нормативам. При декомпенсированном течении заболевания регулярность наблюдения эндокринологом составляет не реже одного раза в 2 нед или при необходимости чаще; акушером-гинекологом — один раз в 2 нед.

Подбор тиреостатического препарата и компенсация тиреотоксикоза при отсутствии гестационных осложнений и

осложнений тиреостатической терапии не требует стационарного лечения и может проводиться амбулаторно.

В I триместре беременная должна быть проконсультирована окулистом (для выявления и лечения экзофтальма), терапевтом (с целью уточнения состояния сердечно-сосудистой системы), неврологом (принимая во внимание высокую частоту неврологических отклонений у больных данной категории).

В группах беременных женщин с патологией ЩЖ обязательным является проведение пренатальной диагностики состояния плода в сроках генетического скрининга. Обследование беременных женщин включает обязательное трехкратное скрининговое УЗИ: в 10-14 нед беременности для оценки анатомии плода и состояния хориона с измерением толщины воротникового пространства для формирования группы риска ВПР и хромосомной патологии; в 22-24 нед — для оценки анатомии плода, состояния плаценты и количества вод с целью выявления ВПР и маркеров (абсолютных и относительных) хромосомной патологи у плода; в 34 нед — для оценки анатомии и степени развития плода для выявления ВПР у плода с поздним их выявлением.

В 10-13 нед беременности осуществляется исследование в крови матери двух сывороточных маркеров хромосомной патологии у плода: PAPP-A и ХГЧ, в 16-20 недель беременности — эстриола, α-фетопротеина (АФП) и ХГЧ. Инвазивная диагностика состояния плода (амниоцентез, кордоцентез, биопсия хориона) проводится по показаниям после консультации генетика.

Учитывая высокий риск развития ФПН при ДТЗ, начиная с 20 нед беременности при УЗИ целесообразно проводить допплерометрическое исследование кровотока в артерии пуповины, аорте и средней мозговой артерии плода. Частота проведения УЗИ составляет 1 раз в 4 нед.

Начиная с 12 нед беременности 1 раз в месяц целесообразно исследовать гормоны фетоплацентарного комплекса (плацентарный лактоген (ПЛ), прогестерон, эстриол, кортизол) и АФП. Оценка полученных результатов должна быть динамической, комплексной с использованием перцентильной оценки всех пяти параметров. Для диагностики ФПН при тиреотоксикозе наиболее информативными являются прогестерон, ПЛ и АФП. Начиная с 26-й недели беременности, показано проведение кардиотокографического исследования с объективной оценкой показателей моторики матки и частоты сердечных сокращений плода.

Лечение тиреотоксикоза во время беременности

Адекватное лечение материнского тиреотоксикоза на любых этапах беременности является решающим для улучшения исхода беременности, как для матери, так и для плода.

Терапия радиоактивным йодом во время беременности противопоказана!

Если пациентке показана радиойодтерапия, она переносится на послеродовый период.

Показания к хирургическому лечению тиреотоксикоза во время беременности (предельно-субтотальная резекция ЩЖ или тиреоидэктомия) значительно ограничены; к ним относятся:

- категорический отказ беременной от приема тиреостатических препаратов;
- выраженные побочные эффекты тиреостатической терапии (аллергические реакции, лейкопения, агра нулоцитоз и т. д.);
- необходимость использования высоких доз тиреостатиков для поддержания эутиреоза у матери.

Оптимальным сроком для проведения оперативного лечения тиреотоксикоза считается II триместр беременности. Оперативное лечение проводится после предварительной подготовки, включающей назначение токолитической терапии, спазмолитиков.

Применение β-адреномиметиков при подготовке к оперативному лечению при тиреотоксикозе противопоказано!

Сразу же после оперативного лечения назначается L- тироксин в дозе 2,3 мкг на кг массы тела под контролем ТТГ и уровня $свТ_4$ в сыворотке крови.

В настоящее время консервативное лечение тиреотоксикоза у беременных является общепризнанным, и целью его является обеспечение эутиреоидного состояния.

Консервативная терапия тиреотоксикоза проводится тиреостатическими препаратами, к которым относятся производные тиомочевины: группа имидазола (мерказолил, тиамазол, метимазол, карбимазол, тиразол) и тиоурацила: пропилтиоурацил (пропицил).

Режим «блокируй и замещай» (сочетание больших доз тиреостатика и L-тироксина) на фоне беременности не используется, так как плацентарный барьер хорошо проницаем для тиреостатиков и в малой степени для L- тироксина, что может привести к развитию зоба и гипотиреоза у плода. Кроме того, одновременный прием L-тирокеина приводит к повышению потребности в тиреостатиках.

Клиническое улучшение при лечении тиреостатиками проявляется уже к концу первой недели терапии, а биохимический эутиреоз достигается через 4-6 нед. Если при снижении дозы тиреостатика возникает рецидив тиреотоксикоза, дозу вновь повышают.

Первое исследование гормонального профиля ЩЖ целесообразно проводить через 2-3 нед после начала терапии. В дальнейшем при компенсации заболевания исследование проводят 1 раз в 3-4 нед, при склонности к частым декомпенсациям заболевания — 1 раз в 2 нед.

Уровни $свТ_4$ и $свТ_3$в сыворотке крови матери при лечении тиреостатиками следует поддерживать на верхней границе нормальных

значений или несколько выше нормы во избежание развития гипотиреоза у плода.

Вследствие физиологических изменений секреции ТТГ во время беременности, уровень этого гормона в крови не является надежным критерием для суждения об адекватности лечения, и он может сохраняться подавленным до конца беременности. Вместе с тем очень высокий уровень ТТГ указывает на развитие медикаментозного гипотиреоза и требует немедленной отмены или снижения дозы тионамидов.

Побочное действие приема тиреостатиков включает сыпь, крапивницу, артралгию, артрит. Наиболее тяжелыми осложнениями тиреостатического лечения являются лейкопения и агранулоцитоз, поэтому перед началом лечения обязательно определяют количество лейкоцитов и лейкоцитарную формулу периферической крови, затем анализ повторяют в течение первых трех месяцев еженедельно, затем — ежемесячно.

Поскольку агранулоцитоз развивается внезапно, его начало можно пропустить, несмотря на повторные исследования крови. Беременную необходимо предупредить, что при появлении лихорадки, боли в горле и других симптомов инфекции она должна немедленно обратиться к врачу-эндокринологу для решения вопроса о возможности продолжения тиреостатической терапии и выбора дальнейшего лечения. С момента выявления агранулоцитоза тиреостатические препараты немедленно отменяют, и пациентке предлагают оперативное лечение.

Длительное использование больших доз (адренергических антагонистов (анаприлин, обзидан в дозе 120- 160 мг) при беременности, осложнившейся развитием тиреотоксикоза, нежелательно, так как они могут вызвать уменьшение массы плаценты, задержку внутриутробного развития плода, постнатальную брадикардию и гипогликемию, а также ослабить реакцию на гипоксию. Эти препараты могут быть использованы только в течение короткого периода для подготовки к оперативному лечению, для лечения гестоза или при развитии тиреотоксического криза. Препаратами выбора в этой ситуации являются селективные (3-адреноблокаторы (атенолол, небивалол).

Лечение угрозы прерывания беременности

Течение беременности при тиреотоксикозе часто осложняется угрозой прерывания (до 50 %), что может быть связано с отрицательным влиянием избытка тироксина и повышенной концентрации антитиреоидных антител на процессы имплантации и дальнейшее развитие плодного яйца.

В I триместре беременности при выявлении данного осложнения назначается общепринятая терапия: спазмолитические препараты, седативная терапия, при необходимости аналоги прогестерона (дюфастон или утрожестан).

При выявлении угрозы преждевременных родов в II и III триместрах беременности назначаются препараты магния: Магне B_6 по 2 таблетки 3

раза в день длительно, при необходимости — до доношенного срока гестации.

При выраженной угрозе прерывания беременности показана госпитализация в акушерский стационар для проведения терапии, направленной на пролонгирование беременности: введение 25% раствора магния сульфата в дозе 30 мл в 200 мл изотонического раствора хлорида натрия.

В дополнение к медикаментозному лечению при угрозе прерывания беременности в II и III триместрах беременности (с 15 до 37 нед беременности) целесообразно применение релаксатора РМ-01 (Диатек).

Препараты из группы атропина (метацин) при тиреотоксикозе следует применять с осторожностью в связи с возможным усугублением тахикардии у беременных с суб- и декомпенсированным течением тиреотоксикоза.

Препараты из группы β-адреномиметиков (партусистен, гинипрал) при лечении угрозы прерывания беременности у пациенток с тиреотоксикозом противопоказаны (!).

Профилактика и лечение фетоплацентарной недостаточности

Принимая во внимание высокий риск развития ФПН (до 65 %) у пациенток с тиреотоксикозом, с профилактической целью целесообразно применять курсы неспецифической метаболической терапии: эссенциале по 2 капсулы 3 раза в день (во время еды) и курантил по 25 мг 3 раза в день, при выраженной угрозе прерывания беременности внутривенно струйно вводятся комбинированные препараты анальгина (баралгин 5 мл), которые обладают антипростагландиновым действием и должны быть включены в комплекс терапии, направленной на пролонгирование, 10-14 дней, или хофитол по 2 драже 3 раза в день и курантил по 25 мг 3 раза в день также в течение 10-14 дней.

Данные препараты целесообразно использовать во II и III триместрах беременности.

При появлении клинико-лабораторных признаков ФПН лечение проводится в условиях акушерского стационара.

Родоразрешение пациенток с тиреотоксикозом

Основным условием успешного проведения родов у женщин с ДТЗ является достижение к моменту родоразрешения стойкого клинического и биохимического эутиреоза. Оптимальным является проведение программированных родов при условии достаточной биологической готовности организма к родам, метод родовозбуждения — амниотомия.

В родах проводится тщательное наблюдение за состоянием сердечно-сосудистой системы, контроль артериального давления и гемодинамических параметров. В начале первого периода родов назначается 20-30 мг тиамазола или 200-300 мг пропилтиоурацила для профилактики послеродового тиреотоксического криза. В начале второго периода родов

вводятся глюкокортикоиды: 75-100 мг гидрокортизона внутримышечно или 30-60 мг преднизолона внутримышечно.

В родах для обработки кожных покровов недопустимо использование концентрированных растворов йода, так как избыток йода может резко ухудшить течение тиреотоксикоза.

С учетом того, что сильная боль и физическое напряжение являются провоцирующими факторами тиреотоксического криза, роженица должная быть тщательно обезболена, а потуги по возможности ослаблены. При сочетании ДТЗ и эндокринной офтальмопатии после консультации офтальмолога может быть использована длительная перидуральная аналгезия.

Профилактика осложнений гестации у беременных с диффузным токсическим зобом

- ✓ Пациентки с ДТЗ нуждаются в прегравидарной подготовке с целью достижения эутиреоидного состояния, а тиреостатическая терапия, начатая до беременности, должна быть перманентной на протяжении всего периода гестации и после родов.
- ✓ Беременные с ДТЗ должны быть взяты на учет максимально рано (с момента констатации беременности) для своевременной диагностики возможного рецидива заболевания, адекватной коррекции тиреостатической терапии и профилактики гестационных осложнений.
- ✓ Ведение беременности у пациенток с ДТЗ является сложной задачей для акушера-гинеколога и эндокринолога, поэтому данная категория беременных должна наблюдаться в специализированных центрах с ежемесячным контролем тиреоидной функции и состояния ФПК.
- ✓ В связи с высоким риском развития гестоза у беременных с ДТЗ, ведущим симптомом которого является гипертензия, беременные должны быть госпитализированы для обследования и проведения суточного мониторирования АД в I триместре беременности.
- ✓ Ввиду высокого риска развития ФПН у беременных с ДТЗ целесообразно неоднократное проведение курсов неспецифической терапии.
- ✓ В связи с высоким риском развития тиреотоксического криза, аномалий родовой деятельности, перинатальной патологии в процессе родов, родоразрешение беременных с ДТЗ должно проводиться в крупных родовспомогательных учреждениях.

Прогноз течения беременности и перинатальных исходов

Своевременное достижение эутиреоза во время гестации — гарантия благополучного течения беременности. При продолжительности компенсации тиреотоксикоза не менее 20 недель во время данной беременности частота осложнений минимальна, а перинатальные исходы — оптимальны.

САХАРНЫЙ ДИАБЕТ И БЕРЕМЕННОСТЬ

Около 7% всех беременностей (более 200 тыс. случаев ежегодно) осложняется гестационным диабетом (от 1 до 14% в зависимости от изучаемой популяции и применяемых методов диагностики).

Гестационный диабет может проявляться незначительной гипергликемией натощак, постпрандиальной (после приема пищи, углеводной нагрузки) гипергликемией либо развитием классической клинической картины сахарного диабета с высокими цифрами гликемии.

Течение беременности и родов при сахарном диабете крайне неблагоприятно сказывается на внутриутробном развитии плода — увеличивается частота пороков развития, высока перинатальная заболеваемость и смертность.

Факторы риска для матери, страдающей СД:

- ✓ прогрессирование сосудистых сложнений (реинопатии, нефропатии, ИБС);
- ✓ частое развитие гипогликемии, кетоацидоза;
- ✓ частые осложнения беременности (гестоз, инфекция, многоводие).

Факторы риска для плода:

- ✓ высокая перинатальная смертность;
- ✓ врожденные аномалии (риск выше в 2—4 раза);
- ✓ неонатальные осложнения;
- ✓ риск развития сахарного диабета (1,3% —если диабет 1 типа у матери, 1,6% — если диабет 1 типа у отца).

В клинической практике различают три основных вида сахарного диабета:

- o сахарный диабет 1 типа;
- o сахарный диабет 2 типа;
- o сахарный диабет 3 типа — гестационный диабет (ГД), который развивается после 28-й недели беременности и представляет собой транзиторное нарушение утилизации глюкозы у женщин во время беременности.

Риск развития гестационного диабета оценивают на первом визите к врачу беременной путем формирования групп риска.

Группу низкого риска развития гестационного диабета составляют женщины:

- ➢ моложе 25 лет;
- ➢ с нормальной массой тела до беременности;
- ➢ не имеющие указаний на сахарный диабет у родственников первой степени родства;
- ➢ никогда не имевших в прошлом нарушений углеводного обмена (в том числе глюкозурии);
- ➢ с неотягощенным акушерским анамнезом.

Для отнесения женщины в группу с низким риском развития гестационного диабета необходимо наличие всех перечисленных признаков.

В группу со средним риском развития гестационного диабета попадают женщины:

- с незначительным избытком массы тела до беременности;
- с отягощенным акушерским анамнезом (крупный плод, многоводие, невынашивание, гестоз, пороки развития плода, мертворождения) и др.

К группе высокого риска развития гестационного диабета относятся женщины:

- с выраженным ожирением (ИМТ 30 кг/м2);
- гестационным диабетом в анамнезе;
- с сахарным диабетом у родственников первой степени родства;
- указаниями на нарушения углеводного обмена в анамнезе (вне беременности).

Для отнесения к группе высокого риска достаточно наличия одного из перечисленных признаков.

Течение сахарного диабета в первые недели беременности у большинства беременных остается без изменений или наблюдают улучшение толерантности к углеводам (влияют эстрогены), что стимулирует выделение инсулина поджелудочной железой. В свою очередь, улучшено периферическое усвоение глюкозы. Это сопровождается снижением уровня гликемии, появлением у беременных гипогликемии, которое требует уменьшения дозы инсулина.

Во второй половине беременности, благодаря повышенной деятельности контринсулярных гормонов (глюкагон, плацентарный лакто ген, пролактин), ухудшается толерантность к углеводам, усиливаются диабетические жалобы, повышается уровень гликемии, нарастает глюкозурия, возможно развитие кетоацидоза. В это время необходимо увеличение дозы вводимого инсулина.

К концу беременности из-за снижения уровня контринсулярных гормонов вновь улучшается толерантность к углеводам, снижается уровень гликемии и доза вводимого инсулина.

В родах у беременных сахарным диабетом возможна как высокая гипергликемия, состояние ацидоза, так и гипогликемическое состояние.

В первые дни послеродового периода уровень гликемии падает, в дальнейшем (к 4—5 дню) — нарастает.

Основным проявлением влияния сахарного диабета при беременности является диабетическая фетопатия. Различают две формы диабетической фетопатии в зависимости от преобладания влияния нарушенного обмена веществ либо поражения сосудов:

• гипертрофическую (при доминировании нарушений углеводного обмена; характеризуется макросомией плода (масса тела

обычно выше 4 кг) при обычной длине тела, увеличением размеров и массы плаценты);

- гипопластическую (при превалировании микроангиопатии и первичного поражения плацентарного ложа с последующим развитием фетоплацентарной недостаточности; проявляется ВЗРП с низкой массой тела при рождении, уменьшенными размерами плаценты и более тяжелыми симптомами внутриутробной гипоксии и асфиксии при рождении).

К основным рекомендациям по ведению беременных с сахарным диабетом относятся:

- ❖ раннее выявление среди беременных скрыто протекающих и клинически явных форм сахарного диабета;
- ❖ планирование семьи у больных сахарным диабетом:

1. планирование беременности у больных сахарным диабетом женщин;

Противопоказания к беременности — медицинские показания к прерыванию беременности (определяют эндокринолог-диабетолог и акушер-гинеколог):

- o тяжелая нефропатия с клиренсом креатинина менее 50 мл/мин, суточной протеинурией 3 ги более, креатинином крови более 120 ммоль/л, с артериальной гипертонией;
- o тяжелые ИБС;
- o прогрессирующая промферативная ретинопатия.

2. своевременное определение степени риска для решения вопроса о целесообразности сохранения беременности;

Беременность нежелательна (определяют эндокринолог-диабетолог и акушер-гинеколог) при:

- возрасте женщины старше 38 лет;
- Нв А1с >7,0% в ранний период беременности;
- развитие диабетического кетоацидоза в ранние сроки беременности;
- наличие диабета у обоих супругов;
- сочетания сахарного диабета с резус-ансибинизацией у матери; при сочетании сахарного диабета и активного туберкулеза легких;
- наличии хронического пленонефрита;
- наличии в анамнезе у больных с хорошо компенсированным во время беременности СД повторных случаев гибели или рождения детей с пороками развития;
- плохих социально-бытовых условиях;
- строгая компенсация сахарного диабета до беременности, во время беременности, в родах и послеродовом периоде;
- профилактика и лечение осложнений беременности;
- выбор срока и метода родоразрешения;

• проведение адекватных реанимационных мероприятий и тщательное выхаживание новорожденных;

• дальнейшее наблюдение за потомством больных сахарным диабетом матерей.

Диагностика гестационного диабета зависит от группы риска.

В группе низкого риска тестирование с применением нагрузочных тестов не проводят и ограничиваются рутинным мониторингом гликемии натощак.

В группе среднего риска тестирование проводят в критические для развития гестационного диабета сроки (24—28 нед) с использованием нагрузочных тестов.

В группе высокого риска используют тесты с нагрузкой глюкозой.

Отечественные и зарубежные эксперты предлагают следующие подходы для диагностики гестационного диабета:

• одношаговый подход (проведение диагностического теста со 100г глюкозы; экономически оправдан у женщин с высоким риском развития гестационного диабета);

• двухшаговый подход (сначала выполняют скрининговый тест с 50 г глюкозы, затем в случае его нарушения — тест со 100 г глюкозы; рекомендован в группе среднего риска).

Основными принципами ведения беременности при сахарном диабете являются:

• строгая, стабильная компенсация сахарного диабета за 3—4 мес. до зачатия и во время беременности, что в первую очередь предусматривает нормализацию углеводного обмена (у беременных с сахарным диабетом уровень гликемии натощак должен быть в пределах 3,3-5,5 ммоль/л, а через 2 ч после еды — 5,0-7,8 ммоль/л);

• Нв А1с <6,5%

• тщательный метаболический контроль;

• соблюдение диеты — в среднем суточная калорийность пищи составляет 1600—2000 ккал, причем 55% от общей калорийности пищи покрывают за счет углеводов, 30% жиров, 15% белков, достаточное количество витаминов и минеральных веществ;

• тщательная профилактика и своевременная терапия акушерских осложнений;

• наблюдения окулиста — осмотр глазного дна 1 раз в триместр;

• наблюдение гинеколога и диабетолога;

• антенатальная оценка состояния плода:

— 7—10 нед. — УЗИ жизнеспособности плода;

— 16 нед. — α-фетопротеин;

— 18 нед. — УЗИ пороков развития;

- с 24 нед. — УЗИ роста плода через каждые 4 нед.;

- с 28 нед. — КТГ (при гестозе — через 1—2 нед);

- с 38 нед. — ежедневно КТГ, при необходимости - амниоцентеза определения зрелости легких.

Следует помнить, что повышенная склонность беременных с сахарным диабетом к развитию тяжелых форм гестоза и других осложнений беременности диктует необходимость строжайшего наблюдения за динамикой массы тела, артериального давления, анализами мочи и крови, а также педантичного соблюдения режима самой беременной.

Если на диете в течение 1—2 недель целевые значения гликемии не достигнуты, назначается инсулинотерапия. Критерии компенсации:

- гликемия в капиллярной крови натощак <5,0 ммоль/л, через 1 ч после еды <7,8 ммоль/л, через 2 ч после еды <6,7—7,2 ммоль/л;
- нормальный (или пониженный) уровень гликированного гемоглобина (HbAlc).

При беременности рекомендуют использовать только генно-инженерные человеческие инсулины. Оптимальная схема — интенсифицированная инсулинотерапия с обязательным ведением дневника, где регистрируют результаты самоконтроля уровня глюкозы в крови (6—8 раз в сутки), количество углеводов на прием пищи, подсчитанных по системе хлебных единиц, дозы инсулина, масса тела (еженедельно), примечания (эпизоды гипогликемии, ацетонурии, АД и т.д.).

Срок родоразрешения беременных с сахарным диабетом определяют индивидуально с учетом тяжести течения сахарного диабета, степени компенсации заболевания, функционального состояния плода, наличия акушерских осложнений.

При сахарном диабете возможно запоздалое созревание функциональной системы плода, поэтому оптимальным показанием являются своевременные роды. Однако нарастание различных осложнений к концу беременности (фетоплацентарная недостаточность, гестоз и др.) диктует необходимость родоразрешения больных в 37—38 недель.

Ведение беременности у больных сахарным диабетом осуществляют в условиях амбулаторного и стационарного наблюдения. У беременных с сахарным диабетом целесообразны три плановые госпитализации в стационар:

- 1-я госпитализация — в ранние сроки беременности для обследования, решения вопроса о сохранении беременности, проведения профилактического лечения, компенсации сахарного диабета;
- 2-я госпитализация — при сроке беременности 21—25 недель в связи с ухудшением течения сахарного диабета и появлением осложнений беременности, что требует проведения соответствующего лечения и тщательной коррекции дозы инсулина;
- 3-я госпитализация — при сроке беременности 34—35 недель для тщательного наблюдения за плодом, лечения акушерских и диабетических осложнений, выбора срока и метода родоразрешения.

Противопоказания к беременности при сахарном диабете.

- Наличие быстро прогрессирующих сосудистых осложнений, которые обычно встречаются при тяжело протекающем заболевании (ретинопатия, нефропатия), осложняют течение беременности и значительно ухудшают прогноз для матери и плода.
- Наличие инсулинорезистентных и лабильных форм сахарного диабета.
- Наличие сахарного диабета у обоих родителей, что резко увеличивает возможность заболевания у детей.
- Сочетание сахарного диабета и резус-сенсибилизации матери, которое значительно ухудшает прогноз для плода.
- Сочетание сахарного диабета и активного туберкулеза легких, при котором беременность нередко приводит к тяжелому обострению процесса.
- Вопрос о возможности беременности, ее сохранении или необходимости прерывания решают консультативно при участии акушеров-гинекологов, терапевта, эндокринолога до срока беременности 12 недель.

Осложнения.

Первая половина беременности у большинства больных сахарным диабетом протекает без особых осложнений. Исключение составляет угроза самопроизвольного выкидыша.

Во второй половине беременности чаще возможны такие акушерские осложнения, как поздний гестоз, многоводие, угроза преждевременных родов, гипоксии плода, инфекции мочевыводящих путей.

Сахарный диабет беременной оказывает большое влияние на развитие плода и новорожденного. Существует ряд особенностей, отличающих детей, рожденных больными сахарным диабетом женщинами, от потомства здоровых матерей. К ним относят характерный внешний вид (круглое лунообразное лицо, чрезмерно развита подкожная жировая клетчатка), большое количество кровоизлияний на коже лица и конечностях, отечность, цианотичность; крупная масса, значительная частота пороков развития, функциональная незрелость органов и систем.

БЕРЕМЕННОСТЬ И ОФТАЛЬМОЛОГИЧЕСКИЕ ОСЛОЖНЕНИЯ

Частота кесарева сечения по причине глазных болезней составляет 30%. В большинстве случаев причиной оперативного родоразрешения служит отслойка сетчатки или ее угроза.

Наиболее распространенная причина отслойки сетчатки — периферические витреохориоретинальные дистрофии (ПВХРД). У женщин фертильного возраста частота ПВХРД равна 14,6%. ПВХРД развиваются на фоне миопической болезни, после оперативных вмешательств, лазерной

коагуляции. При миопии частота ПВХРД составляет около 40%, центральных хориоретинальных дистрофий (ЦХРД) - 5-6%.

Патогенез ПВХРД, приводящих к ее разрывам и отслойке, до настоящего времени окончательно не уточнен. Доказана роль наследственных, трофических и травматических факторов, известны иммунологические механизмы формирования различных форм ПВХРД.

Как при физиологической беременности, так и при осложненном ее течении наряду с перераспределением центрального и мозгового кровообращения происходят существенные изменения гемодинамики глаза. Во время беременности при миопии происходит уменьшение кровенаполнения глаза, снижение внутриглазного давления, что связано с ухудшением кровообращения в ресничном теле. Перечисленные изменения обусловлены спазмом артериол.

Физиологически протекающая беременность при наличии миопии не оказывает существенного отрицательного влияния на зрительные функции.

Отмечают значительный дефицит кровообращения глазной области у беременных с артериальной гипо- и гипертензией, анемией и гестозом. Если у этих женщин диагностируют миопию, их относят к группе высокого риска развития офтальмологических осложнений.

- Выраженное ухудшение гемодинамики наблюдают у беременных с анемией — дефицит кровотока составляет 35—40%.
- Резкие изменения гемодинамики глаза и выраженное сужение сосудов сетчатки наблюдают у беременных с гестозом вследствие гиповолемии, обусловленной повышенной проницаемостью сосудов, нарастающими протеинурией и ангиоспазмом, повышенным периферическим сопротивлением сосудов. Снижение кровенаполнения сосудистой оболочки глаза более выражено, дефицит кровотока составляет свыше 65%.

Наиболее опасны в плане развития отслойки сетчатки ПВХРД по типу:

- решетчатой;
- разрывов сетчатки;
- ретиношизиса;
- смешанные формы.

Наиболее частые жалобы пациенток:

- ✓ фотопсии;
- ✓ плавающие помутнения.

Данные жалобы обусловлены задней отслойкой стекловидного тела, частичным гемофтальмом или выраженной витреоретинальной тракцией.

Продромальные признаки отслойки сетчатки следует знать не только офтальмологам, но и акушерам-гинекологам, так как в этих случаях необходимо предпринимать срочные меры по предупреждению отслойки сетчатки:

- периодическое затуманивание зрения;

- световые ощущения (мелькание, искры);
- рассматриваемые предметы искривлены, неровные, изогнутые.

Осложнения.

Наиболее опасные осложнения:

- отек диска зрительного нерва;
- кровоизлияние в сетчатку;
- отслойка сетчатки.

Обязательный метод обследования при ПВХРД— офтальмоскопия при максимальном медикаментозном мидриазе с осмотром экваториальных и периферических отделов глазного дна по всей его окружности.

При выборе метода профилактического лечения следует исходить из следующего принципа: все разрывы сетчатки, не имеющие тенденции к самоотграничению, зоны решетчатой дистрофии с истончениями сетчатки, а также все зоны дистрофий, сочетающиеся с витреоретинальной тракцией, должны быть блокированы.

Немедикаментозное лечение.

Отграничивающая лазерная коагуляция сетчатки у беременных — наиболее эффективный и наименее травматичный способ профилактики развития отслойки сетчатки. Своевременно проведенная коагуляция сетчатки позволяет свести до минимума опасность возникновения ее отслойки. Если после коагуляции за время беременности состояние глазного дна не ухудшилось, родоразрешение через естественные родовые пути не противопоказано.

Предпочтительно проведение аргоновой лазеркоагуляции сетчатки, что стабилизирует дистрофические изменения на длительный период.

Медикаментозная терапия. Через 3 месяца после хирургического вмешательства проводят медикаментозное лечение. Используют следующие лекарственные средства:

- Spirulina platensis, внутрь по 2 таблетки 3 раза в сутки, в течение 1 мес;
- ницерголин внутрь по 0,01 г 3 раза в сутки, 1—2 мес;
- пентоксифиллин внутрь по 0,4 г 2 раза в сутки, 1 мес;
- рибофлавин, 1% раствор, в/м 1 мл 1 раз в сутки, 30 введений, повторные курсы через 5-6 мес;
- таурин, 4% раствор, в конъюнктивальный мешок по 1 капле 3 раза в сутки, 2 недели, повторные курсы с интервалом 2—3 мес;
- триметазидин внутрь по 0,02 г 3 раза в сутки, в течение 2 месяцев.

Все беременные подлежат своевременному осмотру офтальмологом на 10—14 неделе беременности с обязательной офтальмоскопией в условиях максимального медикаментозного мидриаза. При обнаружении патологических изменений глазного дна показано проведение отграничивающей лазерной коагуляции вокруг разрывов или хирургического вмешательства при отслойке сетчатки. Повторный осмотр

офтальмологом проводят в 36-37 недель беременности, при котором делают окончательное заключение о выборе метода родоразрешения по офтальмологическим показаниям.

Родоразрешение.

Степень миопии не характеризует риск и тяжесть ПВХРД, следовательно, не позволяет оценить опасность офтальмологических осложнений в родах. Поэтому широко распространенное мнение о том, что при близорукости до 6,0 диоптрий возможно родоразрешение через естественные родовые пути, а при миопии более высокой степени показано кесарево сечение, неверно. Лишь наличие дистрофической отслойки сетчатки, а также грубых дистрофических изменений в сетчатке, представляющих угрозу развития осложнений, могут служить показаниями к кесареву сечению по состоянию глаз.

Абсолютные показания к родоразрешению путем кесарева сечения:

- отслойка сетчатки во время настоящих родов;
- отслойка сетчатки, диагностированная и прооперированная на 30—40 неделе беременности;
- ранее оперированная отслойка сетчатки на единственном зрячем глазу.

Относительные показания к родоразрешению путем кесарева сечения:

- обширные зоны ПВХРД с наличием витреоретинальных тракций;
- отслойка сетчатки в анамнезе.

Альтернативный вариант — родоразрешение с выключением потуг во втором периоде родов.

Роды через естественные родовые пути возможны при:

- отсутствии патологических изменений на глазном дне;
- обнаружении форм ПВХРД, не требующих проведения профилактической лазерной коагуляции сетчатки при отсутствии ухудшения состояния глазного дна за время беременности.

Несмотря на то, что врач-офтальмолог дает заключение о предпочтительном способе родоразрешения, решение в каждой конкретной ситуации принимают консультативно с акушером-гинекологом, курирующим данную беременную.

Наблюдение после родов.

Родильницу осматривает офтальмолог в 1—2 сут.

Профилактический осмотр проводят через 1 месяц после родов. В случае обнаружения новых участков ПВХРД решают вопрос о необходимости проведения дополнительной лазерной коагуляции сетчатки.

Всем женщинам с ПВХРД показано наблюдение офтальмолога по месту жительства с осмотром не реже одного раза в год.

БЕРЕМЕННОСТЬ И ЗАБОЛЕВАНИЯ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ

Инфекционные заболевания легких

Острый бронхит — воспалительное заболевание бронхов преимущественно инфекционного происхождения, проявляющееся кашлем (сухим или с мокротой) и продолжающееся не более 3 нед. Чаще всего острый бронхит является одним из проявлений острого респираторного заболевания. Возможен также острый бронхит химической, аллергической и другой неинфекционной природы.

По этиологическому признаку можно выделить вирусный и бактериальный острый бронхит. Существуют другие, более редкие варианты — токсический, аллергический, ожоговый

Острый инфекционный процесс может оказать прямое токсическое влияние на плод в первом триместре беременности вплоть до его гибели. Во II и III триместрах может произойти инфицирование плаценты с развитием в дальнейшем плацентарной недостаточности с формированием ЗВУР и ВУИ.

К осложнениям гестации относят следующее: угроза прерывания беременности, внутриутробное инфицирование, плацентарная недостаточность с формированием задержки внутриутробного развития и хронической гипоксии плода. Возможна гибель плода или формирование пороков развития (при заболевании в I триместре беременности).

Противопоказаний для сохранения беременности нет.

Лечение

I триместр — симптоматическое лечение. Необходимо устранить воздействие на больного факторов окружающей среды, которые, раздражая бронхи, могут провоцировать кашель. С целью улучшения отхождения мокроты и уменьшения тяжести кашля показана гидратация — теплое питье с медом, малиной, липовым цветом; подогретая щелочная минеральная вода; назначение отхаркивающих препаратов — мукалтин (по две таблетки, растворенные в маленьком объеме воды до трех раз в день перед едой). Ввиду того, что острый бронхит в подавляющем большинстве случаев имеет вирусную этиологию, антибактериальная терапия не показана. Антибиотики назначают при появлении гнойной мокроты, гнойного отита, синусита, выраженной интоксикации, продолжительной лихорадки и гематологических изменений, не позволяющих исключить бактериальный генез заболевания.В случае необходимости использования лекарственных препаратов, запрещенных для применения в период беременности, или выявлении пороков развития по УЗИ проводят прерывание беременности. Если острый бронхит является осложнением гриппа, с беременной следует обсудить вопрос о прерывании беременности в связи с высоким (10 %)

риском аномалий развития плода. Прерывание беременности производится после излечения острого бронхита.

II и III триместры. Наряду с лечебными мероприятиями, описанными выше, возможно проведение противовирусной и иммуномодулирующей терапии с использованием интерферонов. При бактериальной инфекции — применение антибиотиков с учетом возможного вредного влияния на плод: защищенные пенициллины (аугментин или амоксиклав 1,2 г два раза в день), цефалоспорины (цефтриаксон 2,0 г один раз в день, цефепим 2,0 г 2 раза в день, цефотаксим по 1,0 г 3 раза в сутки) или макролиды (азитромицин 0,5 г 1 раз в сутки, спирамицин 3 млн 3 раза в сутки, джозамицин 0,5 г 2 раза в сутки). Отхаркивающие средства — амброксол по 1 таблетке 2 раза в день.

При необходимости проводят терапию угрозы прерывания беременности, плацентарной недостаточности по общепринятым схемам. При обнаружении признаков внутриутробной инфекции — внутривенное введение иммуноглобулина человеческого 50 мл через день трехкратно, с последующим назначением интерферонов (виферон) в виде ректальных свечей по 500 тыс. МЕ 2 раза в день ежедневно в течение 10 дней, затем 10 свечей по 500 тыс. МЕ 2 раза в день 2 раза в неделю.

Пневмония — острое инфекционное заболевание преимущественно бактериальной природы, характеризующееся очаговым поражением респираторных отделов легких, наличием внутриальвеолярной экссудации.

В настоящее время наибольшее практическое значение имеет разделение пневмоний с учетом условий и времени инфицирования легочной ткани. Выделяют следующие виды пневмонии:

- внебольничная пневмония (приобретенная вне лечебного учреждения);
- нозокомиальная пневмония (приобретенная в лечебном учреждении спустя 48 часов после госпитализации);
- в последние годы стали выделять пневмонии, связанные с оказанием медицинской помощи (аспирация, ятрогенная иммуносупрессия). Выделение последней категории объясняется тем, что по условиям возникновения их следовало бы рассматривать как внебольничные, но спектр возбудителей (и их профиль антибиотикорезистентности) приближает пневмонии, связанные с оказанием медицинской помощи, к нозокомиальным

Внебольничная пневмония.

Точная частота пневмоний, осложняющих беременность, неизвестна (приблизительно заболеваемость составляет 0,7—2,7 на 1000 беременных). В 92% случаев пневмонии развиваются во II и III триместрах. Наиболее часто встречается внебольничная пневмония.

В основе патогенеза нарушений гестации лежат:

- дыхательная гипоксия;
- интоксикация;
- влияние гипертермии на эмбрион.

Вторичные сосудистые нарушения при длительной гипоксии неблагоприятно сказываются на процессах плацентации, маточно-плацентарно-плодовом кровообращении.

Инфекционный процесс, сопровождающийся интоксикацией и гипоксией, снижает иммунную защиту организма, повышая опасность развития инфекционно-воспалительных осложнений в плаценте. Примерно у 20% беременных объективные признаки могут отличаться от типичных или отсутствовать.

Течение внебольничной пневмонии у беременных нередко бывает более тяжелым в связи со снижением дыхательной поверхности легких, высоким стоянием диафрагмы, ограничивающим экскурсию легких, дополнительной нагрузкой на сердечно-сосудистую систему.

В первые 3 дня амбулаторного лечения беременная нуждается в ежедневном осмотре врачом-терапевтом. Первоначальная оценка эффективности терапии должна проводиться через 48-72 часа после начала лечения. При сохраняющихся лихорадке и интоксикации следует госпитализировать беременную в профильное (желательно пульмонологическое) отделение. Исследование мокроты в поликлинических условиях не является обязательным, так как оно не оказывает существенного влияния на выбор стартовой терапии.

В комплекс диагностических мероприятий обязательно должна входить оценка состояния фетоплацентарной системы в динамике заболевания и в период реконвалесценции, своевременное выявление инфекционно-воспалительных осложнений.

Крайне важна профилактика ПН при пневмонии и нормализация биоценоза влагалища после антибиотикотерапии.

Показания к госпитализации беременных можно разделить на три группы.

- Непосредственно связанные с тяжелым течением внебольничной пневмонии: нарушение сознания, тахипноэ более 30 в минуту, тахикардия более 125 ударов в минуту, гипотензия (систолическое АД <90 мм рт.ст, диастолическое АД <60 мм рт.ст.), нестабильная гемодинамика, гипотермия (<35 °С) или гипертермия (>40 °С), лейкопения менее 4,0 или лейкоцитоз более 20х1000 мкл, анемия (гемоглобин <90 г/л, гематокрит <30%), гипоксемия или гиперкапния; креатинин сыворотки крови более 176,7 мкмоль/л или мочевина крови более 7,0 ммоль/л, возможная аспирация, плевральный выпот, многодолевое поражение легкого, инфекционные метастазы, септический шок, неэффективное комплексное амбулаторное лечение в течение трех дней.
- Связанные с наличием сопутствующих соматических заболеваний: хронические обструктивные заболевания легких,

гипертоническая болезнь и сердечно-сосудистые заболевания, цереброваскулярные заболевания, хронические гепатиты, хронические нефриты, острая или хроническая почечная недостаточность, сахарный диабет, системные заболевания соединительной ткани; наркомания, алкоголизм, дефицит массы тела.

• Связанные с осложненным течением самой беременности: ранний токсикоз средней и тяжелой степени, угроза прерывания беременности, ПН, острая и хроническая внутриутробная гипоксия плода, ВЗРП.

Родоразрешение беременных, перенесших внебольничную пневмонию в период гестации и успешно пролеченных в амбулаторных условиях, проводят через естественные родовые пути, если нет каких- либо противопоказаний. При необходимости проведения оперативного родоразрешения путем операции кесарева сечения следует отдавать предпочтение эпидуральной анестезии. Показана плановая госпитализация в 38,5 недель.

При необходимости продолжения антибактериальной терапии в раннем послеродовом периоде лактацию подавлять не следует.

Противопоказания для сохранения беременности.

Прерывание беременности у больной с острым инфекционным заболеванием сопряжено с высоким риском развития тяжелых гнойно-септических осложнений. Этот вопрос может встать при тяжелом течении заболевания и отсутствии эффекта от проводимого лечения у пациенти в III триместре.

Бронхиальная астма — хроническое рецидивирующее заболевание с преимущественным поражением бронхов, основным признаком которого является приступ удушья и/или астматический статус вследствие спазма гладких мышц бронхов, гиперсекреции, дискринии и отека слизистой дыхательных путей.

Среди патологии бронхолегочной системы у беременных чаще всего встречают бронхиальную астму (5% случаев).

При бронхиальной астме в большинстве случаев беременность не противопоказана. Однако неконтролируемое ее течение, частые приступы удушья и, как следствие, гипоксия, могут привести к развитию осложнений у матери и у плода. Так, преждевременные роды развиваются у 14,2% беременных с бронхиальной астмой, угроза прерывания беременности — у 26%, ЗРП — у 27%, гипотрофия — у 28%, гипоксии и асфиксии при рождении — у 33%, гестозы — у 48%. Частота оперативного родоразрешения при данной патологии составляет 28%. В отличие от других иммунологических заболеваний (аутоиммунные заболевания соединительной ткани, гломерулонефриты и др.) не отмечают более легкого течения болезни во время беременности.

Во время беременности происходит расширение просвета бронхов и увеличение их проходимости, уменьшение интенсивности иммунного ответа, увеличение уровня эндогенного кортизола, преднизолона, гистаминазы в плазме крови. Эти факторы способствуют улучшению течения бронхиальной астмы. Однако физиологическая гипервентиляция, гиперэстрогения (как следствие — гиперреактивность бронхиального дерева), угнетение клеточного иммунитета, появление антигенов плода могут провоцировать приступы бронхиальной астмы у беременных. Таким образом, являясь гетерогенным заболеванием, бронхиальная астма во время беременности может протекать по-разному.

Планируя беременность, пациентки с бронхиальной астмой должны пройти обучение в «Школе для больных бронхиальной астмой». Беременная должна придерживаться гипоаллергенной диеты, санировать очаги инфекции, максимально уменьшить контакт с аллергенами, прекратить активное и исключить пассивное курение. При среднетяжелой и тяжелой бронхиальной астме для уменьшения количества ЛС следует использовать эфферентные методы лечения (плазмаферез).

Медикаментозная терапия.

В настоящее время принят ступенчатый подход к терапии бронхиальной астмы (частота приема ЛС обратно пропорциональна течению заболевания).

ЛС, назначаемые при бронхиальной астме, разделяют на две группы.

- Базисные препараты (принимают ежедневно, длительно с целью достижения эффекта лечения персистирующей бронхиальной астмы):
  - ингаляционные глюкокортикоиды (наиболее эффективные препараты);
  - системные глюкокортикоиды;
  - натрия кромокликат;
  - недокромил натрия;
  - теофиллины замедленного высвобождения;
  - ингаляционные Р2-адреномиметики длительного действия.
- Симптоматические препараты (средства скорой или неотложной помощи, препараты быстрого облегчения; устраняют бронхоспазм и облегчают сопутствующие симптомы):
  - быстродействующие ингаляционные Р2-адреномиметики;
  - системные глюкокортикоиды;
  - ингаляционные антихолинергические препараты;
  - теофиллины короткого действия;
  - пероральные β_2-адреномиметики короткого действия. Беременным предпочтительнее назначать ингаляционные формы,

так как они создают высокие концентрации препарата вдыхательных путях при минимуме системных эффектов.

Показанием к прерыванию беременности на ранних сроках или досрочному родоразрешению являются тяжелые приступы бронхиальной

астмы с развитием выраженной дыхательной недостаточности. Для прерывания беременности и стимуляции родов не рекомендуется использовать простагландин F2, так как он усиливает бронхоспазм.

Роды предпочтительнее вести через естественные родовые пути. Приступы удушья в родах бывают редко и купируются ингаляцией бронходилататоров или внутривенным введением аминофиллина. Если ранее пациентка принимала перорально глюкокортикоиды, то в день родоразрешения необходимо ввести дополнительные парэнтеральные дозы глюкокортикоидов (60—120 мг преднизолона внутривенно со снижением дозировки в 2 раза в последующие 2 суток). В качестве метода обезболивания выбирают двухуровневую перидуральную анестезию; промедол и седативные препараты противопоказаны в связи с угнетением дыхательного центра и подавлением кашлевого рефлекса.

Показанием к оперативному родоразрешению служит тяжелая дыхательная и легочно-сердечная недостаточность.

При среднетяжелой и тяжелой бронхиальной астме лактация противопоказана.

ГРУППА РИСКА ВОЗНИКНОВЕНИЯ АНЕМИЗИРУЮЩЕГО СИНДРОМА И АНЕМИИ

К анемиям беременных относится ряд анемических состояний, возникающих во время беременности, осложняющих ее течение и обычно прекращающихся при завершении или прерывании беременности. Анемии, обусловленные беременностью, как правило, лечат акушеры.

Анемия у беременных, особенно существовавшая до беременности, значительно увеличивает перинатальные потери и заболеваемость новорожденных: повышение перинатальной смертности (140—150‰); повышение перинатальной заболеваемости до 1000‰, ЗРП (32%); гипоксия (63%); гипоксическая травма мозга (40%); инфекционно-воспалительные заболевания (37%).

Следствием общих гемодинамических нарушений в организме беременной с анемией является изменение маточного кровообращения. В ранние сроки беременности анемия является причиной развития фетоплацентарной недостаточности. Это связано с негативным влиянием анемии на гестационные сосудистые изменения (в частности, в спиральных артериях).

У женщин с анемией в конце беременности наблюдается низкое кровенаполнение сосудов матки при быстром притоке и затруднении оттока крови. Образуется порочный круг плацентарного кровообращения с развитием плацентарной недостаточности и исходом ее в гипоксию и/или гипотрофию плода.

Развитие беременности у женщин с анемией сопряжено с высокой частотой угрозы прерывания беременности. Часто наблюдается преждевременное излитие околоплодных вод, слабость родовой деятельности, а также кровотечение в раннем послеродовом периоде.

Так, если в норме несвоевременное излитие вод наблюдается в 8-15% случаев, то при анемии до 37% беременных сталкиваются с данным осложнением, а аномалии родовой деятельности — в 24 %.

Особенно выражено влияние анемии на перинатальную заболеваемость: при анемии матери гипотрофия плода встречается достоверно чаще, чем у здоровых беременных, — до 6-8%. Но в случае, если течение беременности осложнено не только анемией, но и гестозом, эта цифра возрастает ровно в 4 раза.

Влияние анемии на кровотечение в родах оказалось неожиданным, хотя и предсказуемым: частота кровотечений у женщин с анемией, по сравнению с аналогичной когортой без нее, увеличивается недостоверно, а вот величина кровопотери обратно пропорциональна содержанию гемоглобина.

По сегодняшний день нет единого критерия уровня гемоглобина, при котором следует диагностировать анемию: 110 или 115 г/л. Более того, абсолютное содержание гемоглобина не отражает наличия или отсутствия анемии. Большее значение имеет насыщение железом трансферрина. Необходимо обратить внимание на то, что структура гемоглобина характеризуется наличием железа, встроенного в белковый носитель.

Как недостаток железа, так и недостаток белка у беременной в равной степени могут быть причиной анемии.

Кроме того, никакое железо не встраивается в молекулу гемоглобина без участия транспортного белка. Весьма часто при низких показателях гемоглобина имеет место нормальное содержание железа и трансферрина в крови, а в происхождении анемии существенная роль принадлежит дефициту белка в рационе.

Формирование анемии алиментарного генеза сопряжено с нарушением молекулярных механизмов биосинтеза белка в плаценте, что позволило отнести недостаточное и несбалансированное по нутриентам питание женщин во время беременности к важным факторам развития плацентарной недостаточности при анемии беременных.

Классификация анемии:

- ✓ гиперплазмия беременных (физиологическая анемия, псевдоанемия), обусловленная увеличением количества плазмы крови;
- ✓ олигемия беременных (постгеморрагическая анемия), вызываемая патологической кровопотерей при различных видах акушерской и экстрагенитальной патологии;
- ✓ железодефицитная анемия;

- ✓ миелопатия беременных, представляющая собой особую форму позднего токсикоза с преимущественным поражением костного мозга и гемопоэза в целом (гемогестоз).

У большинства женщин к 28—30 неделе беременности развивается полицитемическая гемодилюция, которая связана с неравномерным увеличением объема циркулирующей плазмы крови и количества эритроцитов. За время беременности масса крови увеличивается на 23%, при этом количество эритроцитов — на 20%, а плазмы — на 25%, объем крови — на 50%, причем во всех тканях количество интерстициальной жидкости увеличивается на 25%, а в крови — на 40%, но не за счет разжижения, а в связи с истинным увеличением количества плазмы, т.е. имеет место и физиологическая гиперплазмия. Преимущественное увеличение количества плазмы приводит к снижению основных показателей красной крови и гематокрита.

Анемии беременных являются следствием многих причин, в том числе и вызванных беременностью: высокий уровень эстрогенов, ранние токсикозы, препятствующие всасыванию в ЖКТ элементов железа, магния, фосфора, необходимых для кроветворения. К развитию анемии в равной степени приводят дефицит железа и дефицит белка. Отмечены железодефицитные анемии у многорожавших, у которых и до беременности имел место дефицит железа из-за недостаточной компенсации его в организме в перерыве между беременностями.

Специально выделен термин «инфект-анемия», которая составляет около 4% всех анемий у беременных. Раннее начало половой жизни, низкий социальный уровень, отсутствие информации о планировании семьи, безопасном сексе способствует широкому распространению инфекционно-воспалительных заболеваний женской половой сферы. Анемия приводит к дефициту гликогена по влагалищном эпителии, следствием чего являются влагалищные дисбиозы — бактериальный вагиноз и кольпит, роль которых хорошо известна в возникновении перинатальной инфекции. Лечение этих дисбиотических процессов во многом определяется еще одним порочным кругом, в котором отсутствие гликогена препятствует нормальному содержанию лактобактерий, выработке молочной кислоты и увеличению pH.

В легких случаях общие симптомы могут отсутствовать за счет развития компенсаторных механизмов (усиление эритропоэза, активация функций сердечно-сосудистой и дыхательной систем). При длительном течении возможны нарушения функций различных паренхиматозных органов вследствие дистрофических процессов в них.

Выделяют два периода в течение железодефицитной анемии: период скрытого дефицита железа и период явной анемии, вызванной дефицитом железа. В начальном периоде возникают многие субъективные жалобы и клинические признаки.

Ежедневная потребность в железе — 800 мг (300 мг из них необходимо плоду).

Клинические проявления железодефицитной анемии:

общая слабость, одышка, обмороки, головокружение, головная боль, шум в ушах, темные круги под глазами, повышенная ломкость ногтей, выпадение волос. При объективном исследовании отмечаются бледность кожи и слизистых оболочек, мягкий учащенный пульс.

Железо входит в состав многих ферментов (цитохромы, пероксида-зы, сукцинатдегидрогеназа и др.). Дефицит этих ферментов, возникающий при анемии, способствует развитию многочисленных симптомов.

1. Изменение кожи и ее придатков (сухость, шелушение, легкое образование трещин, восковая бледность). Волосы тусклые, ломкие, «секутся», усиленно выпадают. У 20—25% больных отмечаются изменения ногтей: истончение, ломкость, поперечная исчерченность, иногда ложкообразная вогнутость (койлонихия) — как признак тяжелого длительного дефицита железа.
2. Изменения слизистых оболочек (глоссит с атрофией сосочков, трещины в углах рта, ангулярный стоматит, повышена склонность к парадонтозу и кариесу).
3. ЖКТ (атрофический гастрит, атрофия слизистой пищевода, дисфагия).
4. Мышечная система (при тяжелой анемии вследствие ослабления сфинктеров появляются императивные позывы на мочеиспускание, невозможность удерживать мочу при смехе, кашле).
5. Пристрастие к необычным запахам (бензин, керосин, газетная бумага, мазут, ацетон, лаки, гуталин, нафталин, запах сырой земли, резины).
6. Извращение вкуса. Выражается в желании есть что-либо малосъедобное: мел, зубной порошок, уголь, глину, песок, лед (ногофагия), крахмал (амилофагия), сырое тесто, фарш, крупу, семечки. Нередко появляется стремление к острой, соленой, кислой пище.
7. Сидеропеническая миокардиодистрофия (при тяжелой анемии), склонность к тахикардии, гипотонии.
8. Нарушения в иммунной системе (снижается уровень лизоцима, В-лизинов, комплемента, некоторых иммуноглобулинов, снижение уровня Т- и В-лимфоцитов, что способствует высокой инфекционной заболеваемости при анемии).
9. Функциональная недостаточность печени (при длительном и тяжелом течении анемии). На фоне гипоксии возникает гипоальбуминемия, гипопротромбинемия, гипогликемия.

Профилактика материнских и перинатальных осложнений при анемии — сбалансированное по количеству и качеству питание беременной. Беременная должна получать полноценную, богатую белком пищу, которая будет способна обеспечивать нормальный синтез транспортного белка трансферрина. Кроме того, рекомендуются пищевые продукты, содержащие

легкоусвояемое железо: мясо, печень (не обязательно в полусыром виде, так как термическая обработка не сказывается на количестве и усвоении железа), яичный желток. Кроме того, в рацион беременной необходимо включать бобовые (фасоль, горох, какао), землянику (в любом виде), сушеные фрукты (курага), овощи (шпинат, картофель). Однако следует помнить, что из расти-тельных продуктов железо всасывается в несколько раз хуже, чем из продуктов животного происхождения. При полноценном питании в организм ежедневно поступает до 50 мг железа, из которого ионизируется приблизительно 10 мг и всасывается от 1 до 3,5 мг, что вполне обеспечивает потребности организма здоровой беременной.

Известно, что понижение уровня железа и витамина В6, дефицит белка приводят к нарушению синтеза гемоглобина, недостаток витаминов С, В2, фолиевой кислоты — к нарушению синтеза нуклеопротеидов. Кобальт и гемопоэтины необходимы для нормальной функции костного мозга. Гемопоэтины являются гормоноподобными веществами со специфическим стимулирующим действием на гемопоэз.

Также рекомендуют использовать лечебное питание для восполнения дефицита белка. Большая часть железа при традиционном питании находится в не связанной с белком форме, и его усвоение зависит от ряда факторов: потребности в железе организма в данный момент, состава съеденной пищи, способности ЖКТ к всасыванию железа.

При гипохромной анемии, вызванной дефицитом железа, диетотерапия должна сочетаться с назначением медикаментозных средств.

Этапы лечения: купирование анемии (восстановление нормального уровня гемоглобина), терапия насыщения (восстановление запасов железа в организме), поддерживающая терапия (сохранение нормального уровня всех фондов железа).

Применяют сульфат железа, глюконат железа, фумарат железа, хлорид железа, протеин сукцинилат железа.

Суточная доза для профилактики анемии и лечения легкой формы заболевания составляет 50—60 мг железа, а для лечения выраженнойанемии — 100—120 мг железа. Препараты железа принимают в сочетании с поливитаминами, аскорбиновой и фолиевой кислотами.

В амбулаторных условиях целесообразно применять неорганические соединения двухвалентного железа: «Тотема» [20—40 мд/сут (100—200 мг)], «Сорбифер Дурулес» (по 1 таб 2 раза в сутки)].

Считается, что максимальная усвояемость свойственна препаратам, которые содержат железо в виде сульфата.

С точки зрения фармакоэкономики предпочтительным для лечения железодефицитной анемии оказался препарат «Сорбифер Дурулес» — 31 рубль за 1 грамм двухвалентного железа.

Кислоту аскорбиновую необходимо применять не только с указанными, но и со всеми препаратами двухвалентного железа (кроме препарата «Сорбифер», содержащего данный компонент), так как она

является стабилизатором ионизированного и редуцированного железа, обусловливающим его промежуточный обмен.

Лечение должно длиться не менее 3 недель, при этом нормализация содержания гемоглобина не служит сигналом к прекращению лечения. У беременных, перенесших анемию, нужно проводить поддерживающую терапию до завершения беременности и в первые недели послеродового периода.

Противопоказаниями к назначению железосодержащих препаратов peros являются заболевания желудка и кишечника, токсикозы беременных. В этих случаях назначают парентерально жектофер, «ФеррумЛек», фербитол. Лечение этими препаратами, как уже отмечалось, следует проводить в стационарных условиях.

Анемия до наступления беременности является крайне неблагоприятным фоном. В ранние сроки беременности анемия является причиной развития фетоплацентарной недостаточности. Это связано с негативным влиянием анемии на гестационные сосудистые.

К сожалению, проводимая во время беременности терапия железосодержащими препаратами различных производителей в несопоставимых ценовых диапазонах дает практически одинаковый, неудовлетворительный, с позиций перинатологии, эффект.

Возможными причинами этого могут быть:

- запаздывание лечебных мероприятий — начало лечения после 20 недель;
- нарушение формирования плацентарного ложа и ранней плаценты вследствие анемической ангиопатии;
- иммунная недостаточность у женщин с циркуляторным гипоксическим синдромом;
- дефицит аминокислот и белков-предшественников для синтеза белковой субъединицы гемоглобина.

У тех женщин, которым начали проводить противоанемическую терапию в сроке 4—12 недель, в 2 раза реже отмечаются повторные прерывания беременности, чем у тех, кого стали лечить только в 13-17 недель беременности. Перинатальная заболеваемость, в свою очередь, в тех же условиях снижается в 1,6 раза , а перинатальная смертность, что важнее всех остальных показателей, может быть снижена в 3 раза при лечении анемии на самых ранних сроках.

Лечение:

- препараты железа, содержащие фолиевую кислоту, аскорбиновую кислоту (Сорбифер Дурулес);
- белковую диету, пищевые продукты для лечебного питания: фемилак (по 45 г в сутки), симилак с железом (30 г в сутки);
- коррекция сопутствующей плацентарной недостаточности медикаментами: эссециале 2 кап. 3 раза в день (5 мл в/в капельно в 200 мл физ. р-ра), зиксорин 0,4 г однократно, пентоксифиллин 0,1 г 3 раза в день (5мл в/в капельно в 400 мл физ. раствора или 5% глюкозы), эуфиллин 0,15 г

3раза в день (2,4% 10 мл в/в струйно), Актовегин 0,2 г 3 раза в день (5 мл в/в капельно в 200 мл физ. раствора).

Медикаменты подбирают для каждой беременной с учетом индивидуальной чувствительности, степени тяжести анемии и выраженности плацентарной недостаточности.

ЭПИЛЕПСИЯ И БЕРЕМЕННОСТЬ

Эпилепсия является хроническим заболеванием головного мозга и характеризуется повторными неспровоцированными припадками, в основе которых лежит гиперсинхронный электрический разряд нейронов коры головного мозга. Клиническая картина характеризуется внезапными и преходящими патологическими стереотипными феноменами (изменения сознания, двигательные, чувствительные, вегетативные, психические симптомы). Следует отметить, что существуют синдромы рефлекторных эпилепсий, при которых все эпилептические припадки провоцируются сенсорными стимулами.

Около 1 % беременных женщин страдают эпилепсией; среди них у 13% манифестация заболевания приходится на период беременности, а приблизительно в 14 % припадки у женщин наблюдаются исключительно во время беременности — так называемая гестационная эпилепсия.

Около 0,3-0,4 % новорожденных из всего количества детей рождаются от матерей, больных эпилепсией. Высок риск во время беременности такого жизнеугрожающего состояния как эпилептический статус, частота которого может достигать 3 %.

Ввиду многофакторности влияний друг на друга беременности и эпилепсии, прогноз течения настоящей беременности и тяжесть эпилепсии предугадать очень трудно. Одним из главных факторов благоприятного течения и прогноза исхода беременности является адекватная противоэпилептическая терапия, позволяющая добиться медикаментозной ремиссии, либо исключить генерализованные судорожные припадки.

Причинами изменения частоты и тяжести эпилептических припадков у женщин во время беременности являются многообразные физиологические изменения в организме, характерные для данного состояния: изменение водно-солевого обмена, гормонального баланса, белкового обмена и пр. Значимо меняется фармакокинетика противоэпилептических препаратов: за счет кишечной абсорбции, связывания с транспортными протеинами и перераспределения в организме; повышение массы тела пациентки и увеличения общего объема жидкости, что приводит к падению концентрации препарата в крови; изменение скорости и путей биотрансформации АЭП, а также их клиренса.

Общепризнанным считается, что наиболее неблагоприятное влияние на течение беременности оказывают генерализованные тонико-клонические

припадки. Они опасны прежде всего потенциальными травмами и аноксией — ишемическими изменениями, сопутствующими припадкам (связанными с апноэ во время тонической фазы припадка), плацентарно-плодовыми, обусловленными ухудшением кровообращения в связи с сокращением матки, дисфорическими состояниями и другими нежелательными психоэмоциональными ситуационно - обусловленными реакциями матери (постприпадочная спутанность сознания, возбуждение, сумеречное сознание и пр.).

Прогнозировать течение эпилепсии во время беременности, опираясь на специфику характеристик заболевания (длительность, тип припадков, форма эпилепсии), а также течение предыдущих беременностей можно с определенными оговорками.

Таким образом, врачу важно помнить, что ввиду многофакторности влияний друг на друга беременности и эпилепсии, прогноз течения настоящей беременности и тяжесть эпилепсии предугадать очень трудно. Одним из главных факторов благоприятного течения и прогноза исхода беременности является адекватная противоэпилептическая терапия, позволяющая добиться медикаментозной ремиссии, либо исключить генерализованные судорожные припадки.

У больных эпилепсией женщин частота раннего токсикоза беременных, самопроизвольных абортов, аномальных положений плода и плаценты, гестоза, а также вероятность рождения близнецов практически не отличаются от популяционных показателей, но при этом повышен процент преждевременных родов, эклампсии и прерывания беременности по медицинским показаниям, кесарева сечения.

Перинатальная смертность (один из наиболее важных показателей) в 1,2-2 раза превышает среднестатистический уровень, при этом ее причины многообразны, и выделить ведущую достаточно сложно.

Лабораторные исследования.

С позиций акушер-гинеколога специальных лабораторныйх исследований не требуется.

Инструментальные исследования.

ЭЭГ исследование и определение концентрации АЭП проводится при компенсированном течении эпилепсии — 1 раз в 2 мес и при необходимости может быть более частым, в частности при появляющихся и учащающихся припадках.

При компенсированном течении эпилепсии с ремиссией эпилептических припадков регулярность наблюдения неврологом составляет 1 раз в 2 мес, акушером гинекологом — согласно нормативам. При наблюдающихся парциальных припадках регулярность наблюдения неврологом — 1 раз в месяц; акушером-гинекологом — 1 раз в 2 нед. Следует объяснить беременной с эпилепсией необходимость обращения к эпилептологу при любом учащении эпилептических припадков.

Причинами учащения либо утяжеления припадков могут быть недосыпание, соматическая патология, в том числе положительный водный баланс, нарушение медикаментозного режима и др. Эпилепсия сама по себе не является показанием к стационарному лечению беременной в специализированном неврологическом отделении.

Учитывая тератогенное действие АЭП, все беременные подлежат консультированию генетиком, начиная с I триместра беременности.

Начиная с 26-й нед беременности, показано проведение кардиотокографического исследования с объективной оценкой показателей моторики матки и состояния плода.

В настоящее время эффективных методов профилактики не существует. Профилактика симптоматических форм эпилепсии заключается в минимизации риска перинатальной патологии, адекватном и своевременном лечении заболевания и его осложнений.

Эпилепсия относится к группе хронических заболеваний (наряду с сахарным диабетом, бронхиальной астмой, гипертонической болезнью, тромбоцитопенической пурпурой, системной красной волчанкой и др.), при которых постоянный прием медикаментов жизненно необходим, в том числе и во время беременности.

Собственно терапия эпилепсии у женщин детородного возраста должна проводиться с учетом возможного наступления беременности и начинается практически с детского возраста, когда данные вопросы обсуждаются с родственниками больной девочки. Начиная с пубертатного периода, врачом озвучиваются вопросы контрацепции, планирования беременности, необходимости регулярного приема АЭП, обсуждается вероятность наследования ребенком эпилепсии и развития врожденных дефектов на фоне приема АЭП.

В вопросах планирования семьи использование гормональных контрацептивов является одним из важных факторов предотвращения нежелательной беременности. Считается, что применение гормональных контрацептивов не оказывает влияния на частоту и тяжесть эпилептических припадков. Вместе с тем совместное назначение АЭП, обладающих энзим-индуцирующими свойствами (на систему цитохрома Р450), и гормональных контрацептивов в 8 % способствует возникновению нежелательной беременности за счет ускоренного метаболизма гормональных составляющих. Для предотвращения этого эффекта рекомендуется в комбинированных эстроген-гестагенных препаратах увеличивать суточную дозу эстрогенов до 0,05-0,08 мг по сравнению со стандартной 0,035 мг.

Монокомпонентные прогестерон-содержащие гормональные контрацептивы считаются неприемлемыми в плане предотвращения беременности при совместном применении с фермент-индуцирующими АЭП.

Использование гормональных контрацептивов длительного действия — медроксипрогестерона ацетат (депо-провера) совместно с энзим-

индуцирующими АЭП возможно, но если укорачивается интервал до последующей инъекции с 12 до 10 нед, а применение импланта левоноргестрела у больных, принимающих фермент-индуцирующие АЭП, неэффективно.

Прием гормональных контрацептивов после незащищенного полового контакта требует удвоенной дозы гормонов на фоне фермент-индуцирующих АЭП.

При любых сомнениях относительно эффективности гормональных контрацептивов у больных эпилепсией женщин следует рекомендовать барьерные методы контрацепции.

Прегравидарная подготовка осуществляется в тесном сотрудничестве больной и ее родственников, невролога, акушера-гинеколога и генетика. Беременность у больных эпилепсией женщин должна планироваться. Основная цель, стоящая перед неврологом, заключается в достижении медикаментозной ремиссии заболевания. Оптимальная терапия эпилепсии до зачатия подразумевает использование монотерапии препаратом, обладающим наилучшим соотношением эффективность/тератогенез при данном эпилептическом синдроме (типах припадков).

Должны применяться минимальные дозировки АЭП с целью предотвращения всех видов приступов, либо, если не удается элиминировать все припадки — попытаться исключить генерализованные судорожные, как наиболее неблагоприятно влияющие на здоровье матери и плода. Для исключения значительных колебаний концентрации препарата в крови рекомендуется более частый дробный прием либо применение форм препаратов с контролируемым высвобождением активного вещества, а также применение терапевтического лекарственного мониторинга.

Исходя из принципов партнерства врач—больной, все больные эпилепсией женщины информируются врачом о возможных осложнениях беременности, риске врожденной патологии и вероятности наследования ребенком эпилепсии.

С целью предотвращения врожденных аномалий показано назначение фолиевой к-ты (по 3-5мг/сутки в 3 приема) до зачатия и на протяжении I триместра беременности (до 13 нед).

При приеме препаратов, обладающих энзиминдуцирующими свойствами (карбамазепин, фенобарбитал, фенитоин, окскарбазепин), возможно повышение уровня ферментов печени — ЛДГ, АСТ, АЛТ, ГГТ и ЩФ, поэтому целесообразно провести комплекс мероприятий, направленных на компенсацию функции печени. С этой целью можно использовать гепатопротектор — эссенциале (по 2 кап. 3 раза в сутки, курсами по 4 нед) или препарат комплексного действия хофитол (по 2 таблетки 3 раза в сутки, курсами по 4 нед).

Акушер-гинеколог проводит лечение с целью нормализации менструальной функции (до 40 % пациенток имеют различные нарушения менструального цикла); при необходимости им также (совместно с

терапевтом) проводится терапия анемии (по нашим данным, анемия наблюдается у больных с эпилепсией в 37,2 %). Предпочтительно использование Ферро-Фольгамма (по 1-2 кап. 3 раза в сутки, курсами по 6 нед). Препарат помимо 37 мг железа содержит 5 мг фолиевой кислоты и 10 мкг витамина B_{12}.

Желательно консультирование беременной генетиком с целью исключения наследственной патологии. Риск развития эпилепсии у детей, матери которых страдают данным заболеванием, в среднем выше в 3 раза при сравнении с общей популяцией. Если же эпилепсией страдает отец, то вероятность развития эпилепсии у ребенка минимальна. Вместе с тем, частота наследования эпилептических припадков в структуре различных эпилептических синдромов существенно отличается, достигая 10% среди сиблингов (родные братья и сестры, но не близнецы) при роландической эпилепсии и 3-4 % при парциальной симптоматической или криптогенной. При ювенильной абсансной и ювенильной миоклонической эпилепсиях риск ее наследования достигает 10 % для сиблингов и приблизительно 7% для новорожденных. Частота наследования фебрильных судорог требует специального рассмотрения, но в среднем приводятся цифры порядка 10 %.

Согласно приказу № 736 МЗ РФиСР от 5 декабря 2007 года показаниями к прерыванию беременности у больных с эпилепсией является тяжелое ее течение при наличии частых приступов, резистентных к противоэпилептической терапии, и эпилептических психозов.

Идеальным условием для наступления беременности у пациенток с эпилепсией является стойкая медикаментозная ремиссия заболевания, однако и достижение субкомпенсации заболевания с редкими эпилептическими припадками является достаточно благоприятным фоном для зачатия.

При адекватном взаимодействии врача эпилептолога, акушера, генетика, специалиста УЗИ, самой больной и ее родственников, наличии оснащенной клинической лаборатории прогноз рождения соматически здорового ребенка приблизительно 100 %.

МИОПИЯ И БЕРЕМЕННОСТЬ

Алгоритм диспансерного наблюдения беременных с миопией

Тактика ведения беременных с миопией принципиально не отличается от общепринятой. Диспансерное наблюдение осуществляется с момента установления факта беременности (I скрининг). Проводится общее обследование беременной, консультации смежных специалистов.

При взятии на учет в женской консультации необходимо выяснить причину возникновения миопии, ее характер (прогрессирующая или

стационарная миопия), данные об офтальмоукрепляющих и офтальмокорригирующих операциях. Необходимы сведения о течении предыдущих беременностей и родов, об осложнениях, приводящих к ухудшению зрения. При первой консультации офтальмологом необходимо проведение исследований: офтальмоскопия с подробным описанием глазного дна. В случае осложненной миопии высокой степени, ее прогрессировании или выявлении дегенеративных изменений требуется направление в специализированные офтальмологические учреждения для обследования и получения рекомендаций о тактике родоразрешения.

При неосложненной миопии высокой и средней степени, начальных и умеренных изменениях глазного дна, отсутствии экстрагенитальной патологии и осложнений беременности дальнейшее наблюдение офтальмологом проводится в 28-30 нед для выявления очаговых изменений на глазном дне (II скрининг) и в 37-38 нед для решения вопроса о методе родоразрешения (III скрининг).

Осложнения беременности

Физиологически протекающая беременность при наличии миопии отрицательного влияния на зрительные функции практически не оказывает.

Группу высокого риска по развитию офтальмологических осложнений составляют беременные с артериальной гипо- и гипертензией, анемией и гестозом, у которых выявлен выраженный дефицит кровообращения глазного региона.

***Изменения глазного дна при артериальной гипертензии следующие*:**

Сужение и неравномерность калибра артерий, расширение вен. Артериальное дерево — бледное из-за тонического сокращения артерий, а венозное — полнокровное, за счет венозного застоя крови. При гипертонической ретинопатии поражаются не только сосуды, но и ткань сетчатки, а нередко и ДЗН (нейроретинопатия).

Ретинопатия при гестозах беременных возникает остро, чаще во второй половине беременности. При ретинопатии беременных наблюдаются те же морфологические изменения, что и при гипертонической болезни, но сужение артерий при гестозах изменчиво, склероз сосудов нетипичен, редко возникает острая непроходимость сосудов сетчатки, и все изменения обычно исчезают после родов. Прогноз для зрения обычно благоприятный, но становится более серьезным, если гестоз развивается на фоне почечной патологии или гипертонической болезни.

В случае неэффективности симптоматического лечения гестоза или фонового заболевания, особенно в тех случаях, когда патологические изменения глазного дна прогрессируют (кровоизлияние в сетчатку, отек ДЗН, отслойка сетчатки), а АД не снижается, показано прерывание беременности.

Решение о прерывании беременности или досрочном родоразрешении зависит от общего состояния больной, срока гестации, характера и динамики изменений глазного дна и решается индивидуально.

При декомпенсации экстрагенитального заболевания или возникновении акушерских осложнений дополнительное обследование и терапия проводятся в условиях стационара. В амбулаторных условиях возможно лечение раннего токсикоза легкой степени, умеренной анемии, водянки.

Если во время беременности произошла отслойка сетчатки, не связанная с осложнениями беременности, или выявлены новые очаги ПВХРД, предпочтительно проведение отграничивающей лазерокоагуляции сетчатки, которая считается наиболее эффективным и наименее травматичным способом профилактики прогрессирования отслойки сетчатки.

В этих случаях пациентки наблюдаются до родов ежемесячно, и при последнем осмотре (за 4 нед до родов) при надежной блокаде разрывов им дается заключение о возможности родоразрешения через естественные родовые пути.

Оптимальные сроки проведения лазерохирургической операции — 20-32 нед беременности, что позволяет подготовить женщину к родам и избежать хирургического вмешательства — кесарева сечения по офтальмологическим показаниям.

Всем беременным с миопией с целью предупреждения осложнений целесообразно назначение ряда препаратов.

- Глюконат кальция 0,5 г в день перед едой в течение 10 дней (II-III триместр).
- Рутин 0,02 г 2-3 раза в день в течение 3 недель (I—II- III триместр).
- Аскорбиновая кислота 0,1 г 2-3 раза в день в течение 3 недель (II-III триместр).
- Сосудорасширяющие препараты: но-шпа 1 таблетка (40 мг) 3 раза в день или галидор 1 таблетка (100 мг) 3 раза в день (III триместр)
- С 20 нед гестации: ксантинола никотинат по 1 таблетке (150 мг) 3 раза в день в течение 2-3 недель.
- Препараты комплексного действия: актовегин по 1 таблетке (200 мг) 2 раза в день (21 день) или 400 мг в/в (не менее 5 дней) для улучшения обменных процессов. Наиболее эффективно применение препарата в случае проведения лазерокоагуляции сетчатки. Данные препараты широко применяются как в офтальмологии, так и в акушерской практике.

Родоразрешение беременных с миопией

Абсолютными показаниями к операции кесарева сечения со стороны глаз являются:

- ✓ сочетание осложненной миопии высокой степени с другой экстрагенитальной или акушерской патологией;
- ✓ отслойка сетчатки, диагностированная и прооперированная при доношенном сроке гестации;
- ✓ осложненная миопия высокой степени или отслойка сетчатки на единственном зрячем глазу.

Относительные показания к кесареву сечению:

- ✓ наличие новых очагов ПВХРД;
- ✓ отслойка сетчатки в анамнезе.

Родоразрешение беременных с миопией через естественные родовые пути связано с возможным возникновением отслойки сетчатки и резким ухудшением зрительных функций. Причину возможной отслойки сетчатки связывают с повышенной нагрузкой и значительными изменениями общей гемодинамики в процессе родового акта и, особенно, во время потуг.

Критерии, которые являются основными при отборе беременных на самопроизвольные роды, следующие:

- ➢ удовлетворительное состояние беременной (отсутствие тяжелых экстрагенитальных заболеваний, патологии гениталий и тяжелых осложнений беременности);
- ➢ удовлетворительное состояние плода.
- ➢ готовность организма беременной к родам в 38- 40 недель гестации;
- ➢ заключение офтальмолога о возможности проведения родов *per vias naturales;*
- ➢ согласие пациентки о ведении родов через естественные родовые пути, а также в случае необходимости на применение акушерских щипцов (АЩ) или вакуум-экстрактора (ВЭ).

Особенности течения родов у женщин с миопией в основном определяются акушерскими осложнениями и не имеют специфических отличий.

Возникающие во время родов показания к кесареву сечению не отличаются от традиционных: это аномалии родовой деятельности, не поддающиеся медикаментозной коррекции, острая гипоксия плода, преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты и др.

Изменения в системе кровообращения, в том числе глазного, зависят от таких факторов, как реакция на боль, эмоциональное и физическое напряжение. Поэтому подготовка беременных к родам, направленная на снятие эмоционального напряжения, адекватное обезболивание и рациональное их ведение позволяют предупредить осложнения со стороны органа зрения. Наиболее благоприятное влияние на гемодинамику оказывает ЭА, которая обеспечивает ее стабильность, создавая возможность

ведения родов через естественные родовые пути путем ограничения потуг у рожениц с осложненной миопией высокой степени.

В тех случаях, когда имеются противопоказания для проведения ЭА (деформация позвоночника, воспалительные поражения кожи спины, неврологические заболевания: менингит, полиомиелит, сосудистые заболевания мозга, проведение роженице антикоагулянтной терапии, нежелание пациентки подвергаться процедуре), возможен альтернативный метод ограничения потуг у пациенток с осложненной миопией высокой и средней степени — АЩ или ВЭ.

Показания к различным видам анестезиологического пособия в родах при миопии следующие:

- при неосложненной миопии средней и высокой степени возможно медикаментозное обезболивание наркотическими анальгетиками;
- при осложненной миопии средней и высокой степени ограничение физического напряжения в родах может быть достигнуто с помощью проведения ЭА;
- при осложненной миопии средней или высокой степени (при отсутствии новых грубых дегенеративных изменений на глазном дне) или если во время беременности (36-40 нед) производилась лазерная коагуляция сетчатки ограничение потуг возможно с помощью ВЭ;
- при повторных родах или быстром их течении (осложненная миопия) возможно применение пудендальной анестезии.

Эпидуральная аналгезия (ЭА) проводится по общепринятой методике: введение анестетика начинается в конце латентной фазы родов (при открытии шейки матки на 3-4 см) и продолжается и во втором периоде родов, но в половинной дозировке по сравнению с первым периодом родов, чтобы избежать расслабления мышц брюшного пресса. В процессе родоразрешения необходимо применение препаратов, улучшающих глазное кровообращение, вазодилататоров (но-шпа, галидор и др.). Применение утеротонических препаратов не противопоказано.

В послеродовом периоде у родильниц с близорукостью происходит улучшение кровенаполнения глаза. Ухудшение зрения наблюдается редко, только при сочетании близорукости с артериальной гипертензией, и поэтому лечение гестоза после родов необходимо продолжить

В послеродовом периоде родильницам с миопией необходима консультация офтальмолога, а также динамическое наблюдение специалистом в течение одного года после родов.

Риск отслойки сетчатки с каждой следующей беременностью не возрастает, так как повторные роды обычно проходят легче первых, но регулярный осмотр офтальмологом необходим во время каждой беременности.

Необходимо отметить, что проведение офтальмологических операций (склеропластика, ПСУ, лазерокоагуляция сетчатки, РФК, LASIK) у

пациенток с миопией, как и все офтальмологические проблемы, следует решить на этапе планирования беременности.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. В. Н. Серова, Г. Т. Сухих. Клинические рекомендации. Акушерство и гинекология. М.- ГЭОТАР-Медиа, 2013г.;
2. В.Н. Серов. Неотложная помощь в акушерстве и гинекологии. Руководство. М.- ГЭОТАР-Медиа, 2011г.;
3. Дистлер В., Рин А. Перевод с нем. / Под ред. В.Е. Радзинского. Неотложные состояния в акушерстве и гинекологии. М.- ГЭОТАР-Медиа, 2010г.;
4. Бекманн Ч., Ф. Линг, Б. Баржански. Акушерство и гинекология. М-Медицинская литература, 2004г.;
5. Под ред. проф. О.В. Макарова. Акушерство. Клинические лекции. М.-ГЭОТАР-Медиа,2007г.;
6. Под ред. Э. К. Айламазяна, В. И. Кулакова, В. Е. Радзинского, Г. М. Савельевой. Акушерство. Национальное руководство. М. -ГЭОТАР-Медиа, 2013г.;
7. ДеЧерни А. Х., Натан Л.. Акушерство и гинекология. М.-МЕДпресс-информ, 2009г.;
8. Под ред. В.И. Кулакова. Акушерство и гинекология. Клинические рекомендации. М.- ГЭОТАР-Медиа, 2008г.;
9. Под ред. Ю.Э. Доброхотовой. Клинические лекции по акушерству и гинекологии. Руководство. М.- ГЭОТАР-Медиа, 2009г.
10. А.И. Давыдова. Клинические лекции по акушерству и гинекологии. Том 1. Акушерство. М.- Медицина, 2009г.;
11. Е.И. Баранова. Артериальная гипертензия у беременных//Артериальная гипертензия. 2006.Т.12.№ 1.;
12. Л.Ф. Бартош, И.В. Дорогова, В.Д. Усанов, К.Ю. Ермаков. Оценка суточного профиля артериального давления у беременных. Пенза: Изво Пенз. Гос. Ун-та, 2003г;
13. В.И. Краснопольский, Л.С. Логутова, В.А. Петрухин, В. М. Гурьева, С.Р. Мравян, М. В. Капустина, Ф.Ф. Бурумкулова, Т.В. Реброва, Е.Б. Цивцивадзе, Ю. Б. Котов. Суточное мониторирование артериального давления у беременных/ /Пособие для врачей МЗ МО. М., 2008г.;
14. В.И. Краснопольский, Л.С. Логутова, В.А. Петрухин, Ю.Б.Котов, В.М.Гурьева, М.В.Капустина, С.В.Новикова, Т.В.Реброва. Диагностика тяжелых форм гестоза у беременных//Медицинская технология. М., 2006г.;
15. В.С. Орлова , О.С. Борзенкова, С. А. Логунова, С. А. Струкова. Исходы беременности, осложненной гестозом / Материалы VI Российского форума «Мать и дитя». 12-15 октября 2004г.
16. Г.М. Савельева, В.П. Кулаков, В.Н. Серов, А.Н. Стрижаков, Р.И. Шалина, Л.Е. Мурашко, А.Н. Дюгеев. Современные походы к диагностике, профилактике и лечению гестоза / Вестник Российской ассоциации акушеров-гинекологов . №3 (5). 2001г.;

17. А.Н. Стрижаков, И.В. Игнатко, В. Д. Дуболазов. Фето- плацентарная недостаточность у беременных с тестовом / Материалы VI Российского форума «Мать и дитя». М. 12-15 октября 2004г.;
18. М.И. Балаболкин, Е.М. Клебанова, В.М. Креминская. Дифференциальная диагностика и лечение эндокринных заболеваний. М., 2002г;
19. А. Г. Чучалин, А. И. Синопальников, JI. С. Стручунский и др. Внебольничная пневмония у взрослых: практические рекомендации по диагностике, лечению и профилактике. Клин, микроб, антимикроб, химиотер. №8. 2006г.;
20. П. В.Глыбочко, И. В.Михайлов, М. И. Чехонацкая, Т. Ю. Храбров. К вопросу о предикторах течения острого гестационного пиелонефрита /Вестник ВолГМУ. № 1., 2006г.;
21. Б. Л. Гуртовой, А. И. Емельянова, О. А. Пустотина. Инфекции мочевыводящих путей у беременных и родильниц. Трудный пациент. № 9. 2005г.;
22. Н. А. Данкович. Беременность и пиелонефрит / Репродуктивное здоровье женщины. №3. 2005г.;
23. В. А. Каптильный Современные подходы к диагностике и лечению инфекции мочевыводящих путей во время беременности//Врач. — №11 .2007г.;
24. Н. К. Дзеранов. Лечение мочекаменной болезни — комплексная медицинская проблема. Качество жизни. М.: Медицина, №2. 2005г.;
25. А. А. Довлатян. Острый пиелонефрит беременных. М.: Медицина, 2004г.;
26. Захарова Е. В. Нефрологические аспекты беременности (диагностика, тактика, прогноз) / Гинекология. №6(10). 2008г.;
27. О. В. Козинова, М. М. Шехтман. Мочекаменная болезнь и беременность//Гинекология. Т. 8 (4).2006г.;
28. Н. Л. Козловская. Почки и беременность/В кн.: Нефрология. Под редакцией Е.М. Шилова. — М.: ГЭОТАР- Медиа, 2007г.;
29. Н. В. Орджоникидзе, А. П.Емельянова, В. О. Панов, М. И. Кесова, С. Ю. Потапова. Беременность и роды при заболеваниях мочевыводящих органов/Под ред. акад. РАМН Г. Т. Сухих. М., 2009г.;
30. В. А. Рогов, Н. Б. Гордовская. Почки и беременность: Нефрология/Под ред. И.Е. Тареевой. М.: Медицина, 2000г.;
31. М. М. Шехтман. Руководство по экстрагенитальной патологии у беременных, IV издание. М.: Издательство «Триада-Х», 2008г.;
32. Н. JI. Козловская. Почки и беременность в кн.: Нефрология/ Под ред. Е. М. Шилова. М.: ГЭОТАР - Медиа, 2007г.;
33. П.Н.Власов, В.А.,Петрухин, Г.И.Наумова. Сопутствующая патология со стороны женской половой сферы и беременность при эпилепсии/ Качественная клиническая практика , № 3.2005г.;

34. В.А. Карлов. Эпилепсия у женщин / Журнал невропатологии и психиатрии. Эпилепсия. Приложение к журналу, № 1.2006г.;
35. В.А.Карлов, П.Н. Власов, В.А. Петрухин, В.И. Краснопольский. Особенности терапии эпилепсии во время беременности. Мет.указания МЗ РФ № 130/2001г.;
36. Лекарственные средства, применяемые в акушерстве и гинекологии/ Под ред. В.И. Кулакова, В.Н. Серова, Ю.И. Барашнева. — М: ГЭОТАРМЕД, 2004г.

МИНИСТЕРСТВО НАУКИ И ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования
«Чеченский государственный университет
имени Ахмата Абдулхамидовича Кадырова»

Медицинский институт
Кафедра нормальной и топографической анатомии с оперативной хирургией

МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ИЗУЧЕНИЮ УЧЕБНОЙ ДИСЦИПЛИНЫ «Анатомия человека»

Код направления подготовки (специальности)	31.05.01
Направление подготовки (специальности)	Лечебное дело
Квалификация выпускника	Врач- лечебник
Форма обучения	Очная

Грозный

СОДЕРЖАНИЕ

1. Методические основы по организации самостоятельной работы обучающихся.
2. Методические рекомендации для организации и проведения практических занятий.
3. Методические рекомендации по выполнению рефератов.
4. Методические рекомендации по подготовке и созданию презентаций.
5. Организация самостоятельной работы обучающихся при подготовке к текущей, промежуточной аттестациям.
6. Методические материалы по самостоятельной работе обучающегося при прохождении производственной практики

1. Методические основы по организации самостоятельной работы обучающихся

Самостоятельная работа по дисциплинам является обязательным элементом федеральных государственных образовательных стандартов по программам высшего образования.

Самостоятельная работа обучающегося – организационная форма обучения - система педагогических условий, обеспечивающих управление учебной деятельностью обучающихся по освоению знаний и умений в учебной и научной деятельности без посторонней помощи.

Самостоятельная работа обучающихся является специфическим педагогическим средством организации и сопровождения самостоятельной деятельности обучающихся в учебном процессе.

Цели

К целям самостоятельной работы относится:

— формирование способностей у обучающегося к саморазвитию, самосовершенствованию и самореализации;

— развитие исследовательских умений.

— фиксирование и систематизирование полученных теоретических познаний и практического опыта; формирование умений использовать научную, правовую, справочную и специальную литературу;

— развитие познавательных способностей и инициативности обучающихся, ответственность, организованность, стремление к саморазвитию; формирование умения правильно пользоваться полученным ранее материалом, собранным в процессе самостоятельного наблюдения, выполнения заданий различного характера.

Формы самостоятельной работы

При обучении используются следующие виды и формы самостоятельной работы:

— подготовка к практическим занятиям;

— подготовка и написание рефератов; - подготовка докладов на заданные темы рефератов, либо выбранные по заданному направлению;

— изучение и систематизация нормативно-правовых документов, регламентирующих деятельность в сфере обращения лекарственных средств в части организационно-управленческих вопросов с использованием информационно-справочных систем «Консультант Плюс», «Консультант врача», компьютерной сети «Интернет»;

— изучение учебной, научной и методической литературы, материалов периодической литературы с использованием электронных библиотечных систем, официальных статистических данных, научной периодики; - создание презентации;

— подготовка к устному опросу, к дискуссии;

— тестирование;

— решение ситуационных задач;

— подготовка к текущей, промежуточной аттестации и т.д.

Контроль результатов внеаудиторной самостоятельной работы преподаватель осуществляет в начале каждого семинарского/практического занятия.

Контроль результатов аудиторной самостоятельной работы осуществляется в пределах времени, отведенного на практические занятия по дисциплине. В зависимости от сложности познавательной деятельности при изучении дисциплин используется три уровня самостоятельной работы:

— репродуктивная самостоятельная работа, которая включает изучение основной и дополнительной рекомендованной литературы, изучение методических рекомендаций к занятию, решение типовых задач, ситуаций;

— реконструктивная самостоятельная работа включает в себя подготовку к презентациям, сообщениям по заданной теме, решение профессиональных задач, моделирование профессиональной деятельности;

— творческая самостоятельная работа включает анализ, обобщение и систематизацию научных и нормативно-правовых документов, самостоятельное составление ситуаций, задач, проектов, составление выступлений по проблемам профессиональной деятельности.
Контроль результатов внеаудиторной самостоятельной работы преподаватель осуществляет на семинарском/практическом занятии.
Самостоятельная работа начинается с изучения рабочей программы дисциплины, отражена в рабочих программах дисциплин.
Для конспектирования лекционного материала, а также выполнения семинарских/практических работ требуются рабочие тетради.
Самостоятельная работа обучающегося подразделяется на аудиторную и внеаудиторную самостоятельную работу
Аудиторная самостоятельная работа по дисциплинам выполняется на учебных занятиях (семинарские или практические) под непосредственным руководством преподавателя и по его заданию.
Основными видами аудиторной самостоятельной работы являются:
— выполнение практических работ;
— работа с нормативно-правовыми документами в области обращения лекарственных средств;
— решение ситуационных/симуляционных задач;
— презентация результатов научно-исследовательской работы по заданным темам
Выполнение практических работ осуществляется на семинарских/практических занятиях в соответствии с графиком учебного процесса и расписанием занятий.
Работа с основной, дополнительной литературой, эмпирическими и статистическими данными, как правило, основана на изучении документов и данных, их обобщении и представлении.
Решение ситуационных задач используется на семинарских/практических занятиях. Проблемная/ситуационная задача должна иметь четкую формулировку, к ней должны быть поставлены вопросы, ответы на которые необходимо найти и обосновать.
Критерии для оценки каждого вида аудиторной самостоятельной работы обучающегося разрабатываются преподавателем для конкретной дисциплины /цикла из предложенного перечня критериев оценки результатов аудиторной самостоятельной работы:
— уровень освоения учебного материала;
— умение использовать теоретические знания при выполнении лабораторных, практических, ситуационных, симуляционных задач;
— сформированность заявленных умений по теме аудиторного занятия;
— обоснованность и четкость изложения ответов;
— оформление материала в соответствии с требованиями, заявленными в задании;
— уровень самостоятельности обучающегося при выполнении аудиторной самостоятельной работы.
Внеаудиторная самостоятельная работа является элементом каждой темы дисциплин.
Планирование времени, необходимого на внеаудиторное самостоятельное изучение дисциплин, обучающие должны осуществлять весь семестр, предусматривая при этом регулярное повторение материала.
Материал, законспектированный на лекциях, необходимо регулярно прорабатывать и дополнять сведениями из других источников литературы, представленных не только в программах дисциплин, но и в периодических профильных научных изданиях, материалах конференций.
При изучении дисциплин сначала необходимо по каждой теме прочитать рекомендованную литературу и составить краткий конспект основных положений, терминов, сведений, требующих запоминания и являющихся основополагающими в этой теме для освоения последующих тем курса. Для расширения знания по дисциплине

рекомендуется использовать Интернет-ресурсы; проводить поиски в различных системах и использовать материалы сайтов, рекомендованных преподавателем.
При выполнении самостоятельной работы по написанию реферата необходимо: прочитать теоретический материал в рекомендованной литературе, периодических изданиях, на Интернет-сайтах; творчески переработать изученный материал и представить его для отчета в форме реферата, проиллюстрировав схемами, диаграммами, фотографиями и рисунками.
Тексты докладов и рефератов должны быть изложены внятно, простым и ясным языком.
Для обеспечения внеаудиторной самостоятельной работы по каждой теме дисциплин/блоку разработаны:
а) перечень основной и дополнительной литературы;
б) вопросы для самоконтроля.
При выполнении внеаудиторной самостоятельной работы обучающийся имеет право обращаться к преподавателю за консультацией с целью уточнения задания, формы контроля выполненного задания.
Контроль результатов внеаудиторной самостоятельной работы отражается в индивидуальном плане после выполнения внеаудиторной самостоятельной работы.
Критерии оценки внеаудиторной работы формируются преподавателем самостоятельно для каждого вида работы. Основными критериями оценки внеаудиторной работы обучающегося выступают:
- уровень освоения материала;
- уровень умения использовать теоретические знания при выполнении заданий, решении ситуационных задач;
- обоснованность и четкость изложения ответов,
- результаты тестирования по шкале оценок;
- уровень умения использовать электронные образовательные ресурсы;
- умение четко формулировать проблему, предложив ее решение, критическая оценка последствий решения;
- уровень умения сформулировать собственную позицию и аргументировать ее.

Качество выполнения внеаудиторной самостоятельной работы оценивается посредством текущего контроля самостоятельной работы обучающегося. Текущий контроль представляет собой форму планомерного контроля качества и объема осваиваемых компетенций в процессе изучения конкретной дисциплины, проводится на семинарских/практических занятиях и во время индивидуальной работы преподавателя с обучающимися.

Шкала оценивания внеаудиторной самостоятельной работы:
Зачтено – задание выполнено полно и правильно, изложено в правильных нормативных формулировках с использованием точного понятийного аппарата, с использованием рекомендованных источников литературы, продемонстрировано умение формулировать проблему, предложены пути ее решения, проведена критическая оценка последствий такого решения, а также умение формулировать собственную позицию и аргументировать ее.
Не зачтено – обучающийся не выполнил задание либо выполнил не в полном объеме, демонстрирует несформированность понятийного аппарата по теме, отсутствие умения формулировать проблему, обобщать материал, не может аргументировать свой ответ.

2. Методические рекомендации для организации и проведения практических занятий

Практическое занятие - вид учебных занятий, при котором в результате предварительной работы над учебным материалом преподавателя и студента, в обстановке их контактной работы в аудитории решаются задачи познавательного и воспитательного характера.
Цель такой формы обучения – углубленное изучение дисциплины, закрепление полученного теоретического материала в форме внеаудиторной самостоятельной работы, овладение методологией научного познания и формирования базовых умений. Немаловажным преимуществом практических занятий является и формирование навыков профессиональной дискуссии.
Задачи практических занятий:
- мотивация к регулярному изучению теоретического учебного материала, основной, дополнительной литературы;
- закрепление теоретических знаний, полученных при прослушивании лекций и во время внеаудиторной самостоятельной работы;
- получение навыков устного и публичного выступления по теоретическим вопросам, включая навыки по свободному оперированию организационными и управленческими понятиями и категориями;
- формирование навыков по универсальным и профессиональным компетенциям;
- возможность преподавателю систематически контролировать как самостоятельную работу студента, так и свою работу.

Практические занятия проводятся по плану.
Каждая тема практического занятия, как правило, включает: цель занятия, перечень основных и дополнительных источников литературы, вопросы к устному обсуждению на занятии, ситуационные задачи и перечень заданий, которые обучающиеся самостоятельно должны решить на практическом занятии.
Каждое практическое занятие посвящено, как правило, изучению нескольких компетенций и включает три основных этапа.
Первый этап - устный опрос по заранее сформулированным вопросам либо представление докладов/презентаций, подготовленных в рамках внеаудиторной самостоятельной работы по заранее сформулированным требованиям. Важнейшей частью этапа, является обсуждение представленных докладов/презентаций. Цель преподавателя – организовать обмен мнениями, дискуссию в группе, скорректировать уровень подготовленности студентов.
Одним из возможных элементов первого этапа является решение ситуационных задач, которые максимально приближены к профессиональной деятельности.
Требования к ответам обучающихся – самостоятельность в подборе фактического материала и аналитическом отношении к нему, умение рассматривать примеры и факты во взаимосвязи и взаимообусловленности, отбирать наиболее существенные из них.
Для оценивания первого (теоретического) этапа занятия используются знания, умения, владения, которые заявлены на каждое занятие:
1) знание учебного материала и владение понятийным аппаратом по теме занятия;
2) умение связывать теорию с практикой;
3) умение иллюстрировать ответ примерами, фактами, данными научных исследований;
4) умение применять теоретические знания при решении ситуационных задач.

Второй этап – аудиторное самостоятельное выполнение семинарских /практических заданий, которые обучающийся выполняет индивидуально либо в группе, если такое предусмотрено заданием.
В процессе выполнения самостоятельной аудиторной работы обучающийся имеет право на получение индивидуальных консультаций у преподавателя.
По окончании выполнения аудиторной самостоятельной работы обучающийся сдает отчет о выполнении самостоятельных лабораторных заданий преподавателю, который оценивается по шкале «зачет/незачет».
Критерии оценивания практического занятия осуществляются по следующим критериям:

1. своевременное выполнение внеаудиторной самостоятельной работы по изучаемой теме;
2. демонстрируемый обучающимся уровень усвоения заявленной к освоению компетенции (знания, умения, навыки);
— хорошее знание и уверенное владение на занятии теоретическим содержанием учебного материала;
— адекватное применение теоретического материала к решению ситуационных задач, заданий для аудиторной самостоятельной работы;
— умение аргументировать свои решения, развернуто отвечать на дополнительные вопросы преподавателя.
3. Соблюдение организационных и дисциплинарных требований, предъявляемых к обучающемуся на семинарских/практических занятиях: аккуратный внешний вид, соблюдение дисциплины на занятиях, полнота и своевременность представления выполненных заданий в полном объеме (не позднее даты окончания занятия и в полном соответствии с предъявляемыми к их содержанию и качеству оформления).
Третий этап – заключительный. Преподаватель дает общую оценку уровня подготовленности обучаемых к практическим занятиям, характеризует активность каждого обучающегося на занятии и озвучивает оценки каждому обучающемуся с их обоснованием.

Шкала оценивания осуществляется по четырехбалльной шкале (таблица 2)

Критерии оценивания лабораторного/практического занятия	Шкала оценок
Полное соответствие работы обучающегося требованиям. Обучающийся демонстрирует уверенные знания, способен творчески решать поставленные задачи, самостоятельно демонстрирует умения, обладает некоторыми навыками. Обучающийся успешно выполнил внеаудиторную самостоятельную работу, демонстрирует глубокое теоретическое знание по изучаемой теме, умение его применять на практике (в установленный срок сдал протоколы занятия/представил и защитил доклады/презентации и др.).	Отлично
Работа обучающегося содержит неполное соответствие требованиям. Обучающийся демонстрирует хорошее знание материала, способен творчески решать поставленные задачи, демонстрирует базовые умения. Обучающийся выполнил внеаудиторную самостоятельную работу, продемонстрировал знание учебного материала, содержатся отдельные пробелы в умении применить полученные теоретические знании к решению ситуационных задач .	Хорошо
Работа обучающегося содержит неполное соответствие требованиям. Обучающийся демонстрирует знание базового материала, способен решать поставленные задачи под руководством преподавателя, освоил базовые умения. Успешно выполнил внеаудиторную самостоятельную работу, продемонстрировал знание учебного материала, но затрудняется интерпретировать его практически.	Удовлетвори тельно
Работа не соответствует требованиям.	Неудовлетво рительно

3. Методические рекомендации по организации и выполнению рефератов
Реферат предусматривает углубленное изучение дисциплины, способствует развитию навыков самостоятельной работы с литературными источниками.
Реферат – краткое изложение в письменном виде содержания научного труда по предоставленной теме. Это самостоятельная научноисследовательская работа, где

обучающийся раскрывает суть исследуемой проблемы с элементами анализа по теме реферата. Приводит различные точки зрения, а также собственные взгляды на проблемы темы реферата.
Содержание реферата должно быть логичным, изложение материала носить проблемно-тематический характер.
Объем реферата может колебаться в пределах 15-20 печатных страниц.
Основные разделы: оглавление (план), введение, основное содержание, заключение, список литературы.
Текст реферата должен содержать следующие разделы:
— титульный лист реферата (приложение 2);
— ведение, актуальность темы.
— основной раздел.
— заключение
— список литературных источников
Список литературных источников- библиографическое описание используемых источников литературы, в том числе и интернет-источников, оформленное по ГОСТ 7.1 – 2003; 7.80 – 2000; должен иметь не менее 10 библиографических названий, включая сетевые ресурсы.
Текстовая часть реферата оформляется на листе следующего формата:
— отступ сверху – 2 см;
— отступ слева – 3 см;
— отступ справа – 1,5 см;
— отступ снизу – 2,5 см;
— шрифт текста: Times New Roman, высота шрифта – 14, пробел – 1,5;
— нумерация страниц – снизу листа. На первой странице номер не ставится.
Реферат должен быть выполнен грамотно с соблюдением культуры изложения. Обязательно должны иметься ссылки на используемую литературу, включая периодическую литературу за последние 5 лет.
Критерии оценки реферата:
— актуальность темы исследования;
— соответствие содержания теме;
— глубина проработки материала;
— правильность и полнота разработки темы;
— значимость выводов для дальнейшей практической деятельности;
— правильность и полнота использования литературы;
— соответствие оформления реферата стандарту;
— качество сообщения и ответов на вопросы при защите реферата.
Практическое занятие по защите рефератов может проводиться в качестве «круглого стола» в форме представления докладов, посвященных теме занятия, по следующим этапам:
Этап 1. Каждый обучающийся представляет собственный доклад (обязательно использование презентации) по выбранной теме. Доклад 5-7 минут. Обсуждение доклада, вопросы – 2-3 минуты.
Этап 2. Оценка докладов и презентаций, представленных в группе (таблица 3).

Таблица 3 - Шкала оценки докладов на практическом занятии

Критерии оценки	Шкала оценок
1. Доклад четко выстроен, сопровождается презентацией, отражающей проблематику доклада, имеет четкие выводы, полностью характеризующие работу. Автор отлично ориентируется в материале и	Отлично

отвечает на все вопросы, владеет специальной терминологией. 2. Обучающийся активно участвует в обсуждении докладов других обучающихся из группы	
1. Доклад структурирован, презентация не отражает в полной мере содержание доклада, допущены неточности, выводы нечеткие. Автор затрудняется ответить на вопросы, слабо использует специальную терминологию. 2. Обучающийся участвует в обсуждении докладов других обучающихся из группы	Хорошо
1. Доклад структурирован, содержание не полностью раскрывает цель доклада, отсутствует презентация. 2. Обучающийся пассивен при обсуждении докладов других обучающихся из группы	Удовлетвори тельно
1. Доклад не структурирован/отсутствует, презентация отсутствует. Автор не владеет материалом. 2. Обучающийся не участвует в обсуждении докладов.	Неудовлетво рительно

4. Методические рекомендации по подготовке и созданию презентаций

Создание материалов-презентаций — это вид самостоятельной работы обучающихся по созданию наглядных информационных пособий, выполненных с помощью мультимедийной компьютерной программы PowerPoint.

Этот вид работы требует координации навыков обучающегося по сбору, систематизации, переработке информации, оформления ее в виде подборки материалов, кратко отражающих основные вопросы изучаемой темы, в электронном виде. Создание презентаций расширяет методы и средства обработки и представления учебной информации, формирует у обучающихся навыки работы на компьютере.

Презентации готовятся обучающимся в виде слайдов с использованием программы Microsoft PowerPoint.

Обучающийся при подготовке презентации должен выполнить следующий комплекс взаимосвязанных видов самостоятельной работы:

— изучить материалы темы, выделяя главное и второстепенное;

— установить логическую связь между элементами темы;

— представить характеристику элементов в краткой форме;

— выбрать опорные сигналы для акцентирования главной информации и отобразить в структуре работы;

— оформить презентацию в соответствии с рекомендациями (таблица 4), разместить ее в электронной образованной среде университета, к установленному сроку либо представить на практическое/лабораторное занятие.

Таблица 4 - Методические рекомендации по оформлению презентации

Критерии оценки	Шкала оценок
1. Стиль	1.1 Соблюдайте единый стиль оформления. 1.2 Избегайте стилей, которые будут отвлекать от самой презентации. 1.3 Вспомогательная информация не должны преобладать над основной информацией (текст, рисунки).
2. Фон	Для фона предпочтительнее использовать более холодные тона (синий или зеленый).
3. Использование цвета	3.1 На одном слайде рекомендуется использовать не более трех цветов: один для фона, один для заголовков, один для текста. для фона и текста используйте контрастные цвета. 3.2. Обратите особое внимание на цвет гиперссылок (до и после

	использования).
4 Текст/ представление информации	4.1 Используйте короткие слова и предложения. 4.2. Минимизируйте количество предлогов, наречий, прилагательных. 4.3.Заголовки должны привлекать внимание аудитории. 4.4 Предпочтительно горизонтальное расположение информации. 4.5 Наиболее важная информация должна располагаться в центре экрана. Если на слайде располагается картинка, надпись должна располагаться под ней. 4.6 Наибольшая эффективность достигается тогда, когда ключевые пункты отображаются по одному на каждом отдельном слайде.
5.Шрифты	5.1 Для заголовков не менее 24 5.2 Для информации- не менее 18. 5.3Шрифты без засечек легче читать с большого расстояния. 5.4.Нельзя смешивать разные типы шрифтов в одном тексте 5.5.Для выделения информации следует использовать жирный шрифт, курсив или подчеркивание. 5.6 Нельзя злоупотреблять прописными буквами (они читаются хуже строчных букв).
6.Анимационные эффекты	Возможности компьютерной анимации для оформления презентации необходимо использовать умерено, они не должны отвлекать внимание от содержания информации на слайде.

Критерии оценивания презентаций:

— соответствие содержания теме;

— правильная структурированность информации;

— наличие логической связи изложенной информации;

— эстетичность оформления, его соответствие требованиям;

— презентация выполнена и представлена в срок.

Шкала оценивания презентаций разрабатывается преподавателем и доводится до сведения обучающихся вместе с заданием.

Оценка «Отлично»:

презентация отличается целостностью, логичностью и оригинальностью. Оформление логично, эстетично, не противоречит содержанию доклада. Информация структурирована. Иллюстрации презентации соответствуют содержанию, дополняют информацию о раскрываемой проблеме. Текст доклада, сопровождающего презентацию, излагается обучающимся самостоятельно, с незначительной опорой на печатный текст. Ответы на вопросы преподавателя и аудитории четкие, аргументированные, сопровождаются ссылкой на факты и примеры.

Оценка «Хорошо»:

презентация характеризуется целостностью, логической завершенностью, с незначительными недочетами в логике изложения материала. Оформление эстетично, логично, структурировано. Текст доклада излагается с преимущественной опорой на текст. Ответы на дополнительные и уточняющие вопросы не вносят ясности, преимущественно повторяют содержание презентации.

Оценка «Удовлетворительно»:

презентация характеризуется отсутствием единого стиля в оформлении, ввиду чего информация тяжело воспринимается аудиторией. Сведения, излагаемые обучающимся разрозненные, плохо структурированы и аргументированы. Текст доклада

преимущественно зачитывается, обучающимся допускаются неточности и ошибки в изложении материала. Ответы на дополнительные вопросы затруднительны.
Оценка «Неудовлетворительно»:
оформление презентации не соответствует заявленным требованиям. Работа характеризуется отсутствием единого стиля. Обучающийся представляет разрозненные сведения, которые слабо коррелируют с заявленной темой исследования, текст доклада зачитывается, обучающимся часто допускаются ошибки в изложении материала, допускаются ошибки в использовании научной и профессиональной терминологии. Ответы на дополнительные вопросы обучающийся не дает.

5. Организация самостоятельной работы обучающего при подготовке к текущей, промежуточной аттестациям

Текущий контроль осуществляется систематически с целью установления уровня овладения заявленными в рабочей программе дисциплины/практики компетенциями при изучении. В течение года в соответствии с программой дисциплины проводятся текущие аттестации. Форма проведения текущей аттестации (письменное / устное собеседование, тестирование, решение ситуационных задач, защита реферата) определяется руководителем курса и доводится до обучающихся. Вопросы по текущей аттестации доводятся до сведения обучающихся не позднее 3 дней до проведения аттестации.
Подготовка к промежуточной аттестации предполагает систематизацию обучающимся усвоенных в ходе обучения по дисциплинам профессиональных знаний и умений. Программа промежуточной аттестации экзамена имеет обобщающий характер и ориентирует обучающегося в процессе подготовки к нему на актуализацию знаний, умений и навыков, отражающих наиболее существенные компоненты содержания дисциплин, закрепление в профессиональном сознании комплексного и целостного знания.
Подготовка к промежуточной аттестации является формой самостоятельной работы обучающегося. Ее эффективной организации будут способствовать рекомендованные перечни основной и дополнительной литературы, информационных и электронно-образовательных ресурсов, а также список вопросов, которые составляют основу для итогового анализа профессиональной компетентности обучающегося и оценки ее соответствия требованиям ФГОС по компетенциям, закрепленным за дисциплинами. Ориентируясь в перечнях основной и дополнительной литературы, обучающийся может выбрать из них как основополагающие источники, так и те, которые позволят углубить и расширить знания по актуальным проблемам специальностей, систематизировать их и отразить в комплексе.
В ходе подготовки к промежуточной аттестации рекомендуется составлять развернутый план ответа на вопрос программы экзамена, что обеспечит логическую последовательность изложения материала. Продумывая структуру ответа, необходимо: во-первых, уделить внимание раскрытию теоретической сущности явления или понятий, обозначенных в контрольно-измерительном материале, во-вторых, осветить содержание и закономерности рассматриваемых явлений, отразить состояние их изученности в современной медицине. Обучающийся должен продемонстрировать на промежуточной аттестации владение категориальным аппаратом дисциплин, показать умение использовать знания, полученные при изучении дисциплин для анализа современных тенденций в медицине, применять их для решения профессиональных задач врачей по специальностям.
В ходе подготовки к промежуточной аттестации обучающемуся рекомендуется использовать весь набор методов и средств современных информационных технологий для изучения содержания отечественной и зарубежной литературы по дисциплине, анализа и оценки ее текущего состояния и перспектив развития.

При подготовке к промежуточной аттестации рекомендуется активно применять следующие образовательные и профессионально-ориентированные технологии:
– информационные технологии – компьютерные технологии, в том числе доступ в Интернет (для получения учебной и учебно-методической информации, представленной в научных электронных журналах и на сайтах библиотек);
– информационно-коммуникационные технологии.
Оценка знаний, умений и навыков, характеризующая этапы формирования компетенций в рамках изучения дисциплины осуществляется в ходе текущей и промежуточной аттестаций.
Форма проведения текущей/ промежуточной аттестации определяется рабочей программой дисциплины. Оценивание компетенций, вынесенных на промежуточную аттестацию в форме экзамена, осуществляется по четырехбалльной шкале:
оценка «отлично» - 5 баллов
оценка «хорошо» - 4 балла
оценка «удовлетворительно» - 3 балла
оценка «неудовлетворительно» - 2 балла.
При сдаче промежуточной аттестации в форме зачета:
«зачтено» - 3-5 баллов или «не зачтено» - 2 балла.

6. Методические материалы по самостоятельной работе обучающегося при прохождении производственной(клинической) практики

Производственная (клиническая) практика составлена по модулям – дисциплинам и проводится в форме контактной и самостоятельной работы обучающегося.
Контактная работа предусматривает работу руководителя практики с обучающимся в форме индивидуальных/групповых консультаций.
К самостоятельной работе по практикам относятся следующие виды работ обучающегося:
- ознакомление с нормативно-правовым обеспечением практик, включая программы практик;
- изучение законодательной и нормативно-правовой обеспеченности профессиональной деятельности в сфере обращения лекарственных средств в предметной области практики;
- выполнение заданий, заполнение отчета о прохождении практики;
- подготовка к промежуточной аттестации по итогам практики.
По окончании практики обучающийся оформляет отчёт. Материал для составления отчета собирается и накапливается с первого дня практики. Отчет должен содержать самоанализ выполненной работы обучающимся.
Во время прохождения практики необходимо выполнение следующих условий:
- Явиться на установочное собрание, проводимое руководителем практики и получить пакет документов в учебно-методическом отделе.
- В первый день практики прийти на базу к 8 часам утра, и представиться общему руководителю.
- Быть одетым строго по форме и следить за ее чистотой. Иметь сменную обувь.
- Работать строго по графику. Пропущенные дни, даже по уважительной причине, отрабатываются в дополнительное время.
- Ознакомиться с документацией структурных подразделений (поликлиника, стационар, приемный покой, в отделениях - процедурные кабинеты, пост и т.д.).
- Активно участвовать в общественной жизни структурных подразделений, а также в санитарно-просветительной работе.
- Бережно относиться к имуществу лечебно-профилактических учреждений.
- Быть дисциплинированными, спокойными и вежливыми в обращении с товарищами по работе, с больными и их родственниками, в отделениях соблюдать тишину и порядок.

- Ежедневно и аккуратно вести отчет, заполнять листы обязательных манипуляций. Критерии оценки промежуточной аттестации по производственной (клинической) практике представлены в Таблице 6.

Таблица 6 – Критерии оценки промежуточной аттестации по производственной практике

Критерии оценки	Шкала оценок
Обучающийся предоставил оформленный соответствующим образом, отчет и отзыв с положительной характеристикой руководителя практики; продемонстрировал систематические знания по контролируемым компетенциям; владеет способностью и готовностью применять знания, умения и навыки для решения профессиональных задач на практике; в ответе присутствует четкая структура, логическая последовательность, современная профессиональная терминология; ответ обоснован нормативной документацией и конкретными примерами из производственной практики.	Зачтено
Обучающийся предоставил неполный перечень отчетной документации; демонстрирует полное отсутствие или фрагментарные знания, умения и навыки по контролируемой компетенции и неспособность применять их на практике для решения профессиональных задач; не в состоянии обосновать свой ответ нормативной документацией и примерами из производственной практики; дополнительные и уточняющие вопросы преподавателя не приводят к коррекции ответа	Не зачтено

МИНИСТЕРСТВО НАУКИ И ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования

«Чеченский государственный университет имени Ахмата Абдулхамидовича Кадырова»

МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ

Кафедра «Госпитальная хирургия»

Методические указания

к практическим занятиям по дисциплине

«АНЕСТЕЗИОЛОГИЯ, РЕАНИМАЦИЯ, ИНТЕНСИВНАЯ ТЕРАПИЯ»

Направление подготовки	Лечебное дело
Код направления подготовки	31.05.01
Квалификация выпускника	Врач-лечебник
Форма обучения	Очная
Код дисциплины	Б1.О.03

Грозный - 2025

Шамаева Х.Х. Методические указания к практическим занятиям по дисциплине «Анестезиология, реанимация, интенсивная терапия» [Текст]/ Сост. Х.Х – Грозный: ФГБОУ ВО «Чеченский государственный университет имени А.А. Кадырова», 2025 г.

Методические указания к практическим занятиям по дисциплине «Анестезиология, реанимация, интенсивная терапия» рассмотрены на заседании кафедры «Госпитальная хирургия», рекомендованы к использованию в учебном процессе (протокол № 9 от 23.05.2025 г.), составлена в соответствии с требованиями ФГОС ВО по направлению подготовки 31.05.01 (Лечебное дело, квалификация – врач-лечебник, утвержденного Приказом Министерства образования и науки РФ от 12.08.2020 г., за №988, а также с учетом рабочего учебного плана по данному направлению подготовки, одобренного Ученым советом ФГБОУ ВО «Чеченский государственный университет имени А.А. Кадырова»

© Х.Х. Шамаева, 2025г.

©ФГБОУ ВО «Чеченский государственный университет им. А.А. Кадырова», 2025г.

Занятие № 1

Тема: **Основы анестезиологии. Реанимация и ее задачи. Оснащение отделения реанимации. Режим работы ОРИТ. Организация лечебного процесса в реанимации.**

Цель занятия: иметь понятие об анестезиологии и реанимации как о самостоятельных дисциплинах, иметь представление о премедикации и об общем наркозе, изучить задачи персонала отделение и систему размещения больных.

Вопросы, рассматриваемые на занятии:

1.Учение об анестезиологии. История развития, функции и роль.
2.Премедикация и ее значение. Задачи предоперационного осмотра анестезиолога
3.Общая анестезия. Классификация по способу введения и по количеству использованных препаратов. Компоненты анестезии.
4.Показания для проведения общей анестезии. Противопоказания для проведения проводниковой анестезии.
5.Организация отделения анестезиологии и реанимации. Основные задачи отделения и персонала.
6.Стандарт оснащения отделения реанимации и ИТ.

План проведения занятия:

1. Проверка подготовки к занятию - ответы на контрольные вопросы.
2. Разбор с демонстрацией медицинских документов.
3. Самостоятельная работа студентов.
4. Разбор курируемых больных.

Самостоятельная работа:

1. Собрать анамнез, провести объективное исследование и заполнить историю болезни.
2. Наметить общую схему обследования больных.

Контрольные вопросы:

1.Что изучает анестезиология, ее роль в современности
2.Что такое премедикация ? Значение премедикации.
3.Понятие об общей анестезии. Классификация, показания.
4.Проводниковая анестезия. Понятие, показания и противопоказания
5.Организция работы и оснащение отделения.

Литература:

1. Общая хирургия : учеб. в 2 т. / Г. П. Рычагов [и др.] ; под ред. Г. П. Рычагова, Г. П. Гарелика. Минск : Выш. шк., 2009. 988 с.

2. Павлов, О. Б. Местная анестезия : учеб.-метод. пособие / О. Б. Павлов. Минск : БГМУ, 2003. 54 с.

3. Павлов, О. Б. Общая анестезия : учеб.-метод. пособие / О. Б. Павлов. Минск : БГМУ, 2004. 56 с.

4. Прасмыцкий, О. Т. Основы анестезиологии и реаниматологии : учеб.-метод. пособие / О. Т. Прасмыцкий, О. Б. Павлов. Минск : БГМУ, 2002. 52 с.

5. Гельфанд, Б. Р. Анестезиология и интенсивная терапия / Б. Р. Гельфанд. М. : Литтерра, 2005. 542 с.
6. Цыганий, А. А. Карманный справочник анестезиолога / А. А. Цыганий. Киев, 2000. 388 с.
7. Михельсон, В. А. Детская анестезиология и реаниматология : учеб. / В. А. Михельсон. М. : Медицина, 1985. 464 с.

Занятие № 2
Тема: **Терминальные состояния.**

Цель занятия: уметь различать различные этапы терминального состояния, уметь провести реанимационные мероприятия.

Вопросы, рассматриваемые на занятии:
1.Терминальное состояния. Этапы, признаки
2.Клиническая смерть. Признаки клинической смерти
3.Реанимационные мероприятия. Понятие, методика.
4.Расширенные реанимационные мероприятия. Коникотомия.
5.Постреанимацонный период.
6.Смерть мозга, критерии.

План проведения занятия:
1. Опрос по теме занятия.
2. Демонстрация больного с тематическим заболеванием.
3. Самостоятельная работа студентов:
- курация тематических больных под контролем преподавателя
- самостоятельное представление курируемого больного в группе, составление алгоритма диагноза и плана обследования
- оценка параклинических методов обследования курируемого больного, решение клинических задач по теме
4. Заключение преподавателя по разделу самостоятельной работы с разбором ошибок.

Самостоятельная работа:
1. Диагностировать этап терминального состояния по признакам.
2. Отточить навыки проведения реанимационных мероприятий.

Контрольные вопросы:
1.Чем отличаются разные этапы терминального состояния.
2.Причины клинической смерти. Отличие от биологической.
3.Техника и порядок проведения реанимационных мероприятий.
4.Техника и порядок проведения расширенных реанимационных мероприятий.
5.Последовательность действий при остановке кровообращения.
6.Понятие о постреанимацоинном периоде.

Литература:
1.Кузин М.И., Харнас С.Ш. Местное обезболивание. М.: Медицина, 1982 г.
2.Анреп В.К. Кокаин как средство местно-анестезирующее // Врач. – 1884. – Т. 5. - № 46. – С. 773-774.

3.Малрой М. Местная анестезия: Иллюстрированное практическое руководство / Пер. с англ. С.А. Панфилова; Под ред. С.И. Емельянова. – М.: БИНОМ, Лаборатория знаний, 2003. – 301 с
4.Юдин С.С . Избранные произведения. Вопросы обезболивания в хирургии. – М.: Медгиз, 1960. – 576 с.
5.Столяренко П.Ю., Кравченко В.В. Местная и общая анестезия в геронтостоматологии: Монография . – Самара; СамГМУ, Самарский науч. центр РАН "Международный центр по проблемам пожилых", 2000. – 196 с.
6.Гроер К., Кавалларо Д. Сердечно-легочная реанимация. — М.,1996.
7.Зильбер А.П. Медицина критических состояний. — Петрозаводск, 1995.
8.Интенсивная терапия. Реанимация. Первая помощь. Под ред. В.Д. Малышева. — М., 2000.
9.Неотложные состояния и экстренная медицинская помощь. Под ред. Е.И. Чазова. — М., 1989.
10.Рябов Г.А. Синдромы критических состояний. — М., 1994. — 368 с.
11.Эфферентная терапия. Под ред. А.Л. Костюченко. — СПб., 2003. — 425 с.

Занятие № 3
Тема: **Острая дыхательная недостаточность.**

Цель занятия: знать значение и механизм работы системы внешнего дыхания, значение легочных объемов.

Вопросы, рассматриваемые на занятии:
1.Понятие о системе внешнего дыхания
2.Гипоксия. Виды гипоксии
3.Роль сурфактанта в дыхании
4.Дыхательные объемы.
5.Регуляция дыхания.
6.ИВЛ. Виды.
7.ОДН. Причины, классификация, клиника, патогенез, лечение.

План проведения занятия:
1. Опрос по теме занятия.
2. Демонстрация больного с тематическим заболеванием.
3. Самостоятельная работа студентов:
- курация тематических больных под контролем преподавателя
- самостоятельное представление курируемого больного в группе, составление алгоритма диагноза и плана обследования
- оценка параклинических методов обследования курируемого больного, решение клинических задач по теме
4. Заключение преподавателя по разделу самостоятельной работы с разбором ошибок.

Самостоятельная работа:
Студент должен владеть методами санации и поддержания проходимости дыхательных путей, введения воздуховодов, проведения искусственной вентиляции легких.

Контрольные вопросы:
1.Что представляет из себя система внешнего дыхания.
2.Определение понятия «гипоксия». Виды гипоксии.

3.Количественные значения дыхательных объемов. Их изменения.
4.Мертвое пространство, его объем
5.Механизм регуляции дыхания.
6.Спопсобы проведения ИВЛ. Экспираторные методы без применения инструментов. ИВЛ ручными респираторами. ИВЛ автоматическими респираторами.
7. Современные режимы ИВЛ.
8. Общие принципы наблюдения и ухода за больными во время ИВЛ
9.Осложенения при ИВЛ.
10.Острая дыхательная недостаточность. Причины, клиника, патогенез, способы лечения.
11.Особенности интенсивной терапии ОДН при некоторых заболеваниях.

Литература:

1. Денисов И.Н., Общая врачебная практика. В 2 т. Т. 1 [Электронный ресурс] : национальное руководство / под ред. акад. РАМН И.Н. Денисова, проф. О.М. Лесняк. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2017. - 976 с. - ISBN 978-5-9704-4164-0 - Режим доступа: http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970441640.html
2. Денисов И.Н., Общая врачебная практика: национальное руководство: в 2 т. Т. II [Электронный ресурс] / под ред. акад. РАН И.Н. Денисова, проф. О.М. Лесняк - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2018. - 888 с. - ISBN 978-5-9704-3906-7 - Режим доступа: http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970446539.html
3. Основы внутренней медицины [Электронный ресурс] / Ж. Д. Кобалава, С. В. Моисеев, В. С. Моисеев ; под. ред. В. С. Моисеева. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2014. http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970427729.html
4. Кишкун А. А., Назначение и клиническая интерпретация результатов лабораторных исследований [Электронный ресурс] / А. А. Кишкун - М. : ГЭОТАРМедиа, 2016. - 448 с. - ISBN 978-5-9704-3873-2 - Режим доступа: http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970438732.html
5. Огурцов П.П., Неотложная кардиология [Электронный ресурс] / под ред. П. П. Огурцова, В. Е. Дворникова - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2016. - 272 с. - ISBN 978-5- 9704-3648-6 - Режим доступа: http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970436486.html

Занятие № 4

Тема: **Острая сердечно-сосудистая недостаточность.**

Цель занятия: знать принцип работы сердца и механизм проведения импульса по миокарду. Изучить патогенез и проявление сердечной недостаточности и отека легких, формы и лечение гипертонического криза.

Вопросы, рассматриваемые на занятии:

1.Работа сердца, механизм сокращения.
2.Регуляция работы сердца. Нервная и гормональная
3.Сердечная недостаточность. Виды
4.Сосудистая недостаточность. Причины.
5.Отек легких. Классификация, причина, патогенез, лечение.
6.Гипертонический криз. Классификация, клиника, лечение, осложнения.
7.Особенности лечения различных форм ГП.

План проведения занятия:

1. Опрос по теме занятия.
2. Демонстрация больного с тематическим заболеванием.
3. Самостоятельная работа студентов:
- курация тематических больных под контролем преподавателя

- самостоятельное представление курируемого больного в группе, составление алгоритма диагноза и плана обследования
- оценка параклинических методов обследования курируемого больного, решение клинических задач по теме
4. Заключение преподавателя по разделу самостоятельной работы с разбором ошибок

Самостоятельная работа:
Студент должен самостоятельно провести опрос больного, объективное исследование, анализ лабораторных и инструментальных данных. Сформулировать предварительный диагноз в соответствии с современной классификацией. Обосновать необходимость назначения лекарственных препаратов. Уметь выписать рецепты курируемому больному.

Контрольные вопросы:
1.Механизм сердечного сокращения и регуляция работы сердца. Проведение импульса по миокарду.
2.Сердечно-сосудистая недостаточность. Классификация, клиника, причины.
3.Кардиогенный отек легких. Причина, механизм развития, клиника, лечение.
4.Некардиогенный отек легких. Причина, механизм развития, клиника, лечение.
5.Дифференциальная диагностика кардиогенного и некардиогенного отека легких. Различия в лечении.
6.Гипертонический криз. Классификация, причины, клиника, осложнения.
7.Лечение криза при нейровегетативной форме.
8.Лечение криза при водно-солевой форме.
9.Лечение криза при судорожной форме.
10.Осложненный гипертонический криз и осложнения ГП.

Литература:
1. Акимов, А. Г. Лечение хронической сердечной недостаточности. Современные российские и международные рекомендации / А.Г. Акимов, А.Г. Обрезан. - М.: ИнформМед, 2016. - 360 с.
2. Гераскина, Л. А.; Особенности Суточного Профиля Артериального Давления У Больных Гипертонической Энцефалопатией И Хронической Сердечной Недостаточностью: моногр. / Л.А.; Гераскина. - Москва: ИЛ, 2015. - 828 с.
3. Гераскина, Л. Ф. Гипертоническая Энцефалопатия, Ремоделирование Сердца И Хроническая Сердечная Недостаточность / Л.Ф. Гераскина, В.В. Машин, А.В. Фонякин. - Москва: Гостехиздат, 2014. - 827 с.
4. Кабаков, А. И. Компенсаторно-приспособительные изменения водно-солевого и газового обмена при хронической сердечной и легочной недостаточности и их влияние на лечение больных / А.И. Кабаков. - М.: Экон-Информ, 2016. - 364 с.
5. Кровоснабжение Головного Мозга При Гипертонической Энцефалопатии И Хронической Сердечной Недостаточности / Л.А. Гераскина и др. - Москва: СИНТЕГ, 2014. - 594 с.
6. Мак-Каллоу, Дж. Лечение хронической депрессии: моногр. / Дж. Мак-Каллоу. - М.: СПб: Речь, 2014. - 368 с.
7. Резник, Елена Почки как орган-мишень при хронической сердечной недостаточности /

Елена Резник. - М.: LAP Lambert Academic Publishing, 2015. - 188 с.
8. Самохвалова, Е. В. Вариабельность Сердечного Ритма У Больных С Острым Ишемическим Инсультом И Хронической Сердечной Недостаточностью / Е.В. Самохвалова, Л.А. Гераскина, А.В. Фонякин. - Москва: СИНТЕГ, 2016. - 317 с.
9. Сторожаков, Г. И. Основные направления в лечении больных с хронической сердечной недостаточностью: моногр. / Г.И. Сторожаков, Г.Е. Гендлин. - М.: Миклош, 2014. - 312 с.

Занятие № 5

Тема: **Острая почечная недостаточность.**

Цель занятия: знать анатомо-функциональные особенности строения почки, механизм образования гломерулярного ультрафильтрата, механизм регулирования тонуса артериол почки, особенности почечного кровотока, механизм канальцевой реабсорбции и концентрации, а также причины, классификацию, патогенез, клинику и лечение ОПН.

Вопросы, рассматриваемые на занятии:

1.Анатомические и функциональные особенности строения почки.
2.Канальцевая реабсорбция, секреция и концентрация. Механизм регулирования.
3.Понятие гипер и гиповолемии. Причина и механизм их развития, способы лечения.
4.Показатели почечной работы. Диагностика почечной недостаточности.
5.Расчет скорости клубочковой фильтрации.
6. Показатели повреждения канальцев.
7. Ишемическое/реперфузионное повреждение. Патогенез.
8. Нефротоксическое повреждение. Патогенез.
9.ОПН

План проведения занятия:

1. Опрос по теме занятия.
2. Демонстрация больного с тематическим заболеванием.
3. Самостоятельная работа студентов:
- курация тематических больных под контролем преподавателя
- самостоятельное представление курируемого больного в группе, составление алгоритма диагноза и плана обследования
- оценка параклинических методов обследования курируемого больного, решение клинических задач по теме
4. Заключение преподавателя по разделу самостоятельной работы с разбором ошибок

Самостоятельная работа:

Студент должен самостоятельно провести опрос больного, объективное исследование, анализ лабораторных и инструментальных данных. Сформулировать предварительный диагноз в соответствии с современной классификацией. Обосновать необходимость назначения лекарственных препаратов. Уметь выписать рецепты курируемому больному.

Контрольные вопросы:

1.Как устроена почка и какие особенности строения лежат в основе фильтрационной способности.

2.Какие функции выполняет почка. Роль почки в регулировании и поддержании системного АД.

3.Механизм образования первичной и вторичной мочи. Механизм канальцевой реабсорбции, концентрации и секреции, его регулирование.

4.Как рассчитывают скорость клубочковой фильтрации.

5.β2-микроглобулин, N-ацетил-β-D-глюкозаминидаза мочи, нейтрофильный желатиназо-ассоциированный липокалин как показатели повреждения канальцев.

6. Ишемическое, реперфузионное, нефротоксическое повреждение. Причины, патогенез, клиник, лечение.

7.ОПН. Классификация, клиника, патогенез. Критерии и показатели для диагностики ОПН.

8.Лечение ОПН

9. Отличия преренальной ОПН от ренальной.

Литература:

1.Андросова С. О. Интерстициальный нефрит // Клиническая нефрология: В 2 т. / Под ред. Е. М. Тареева. М., 1983. Т. 1. С. 259-262.

2.Волгина Г. В., Жбырь Л. М., Ревзис М. Г. Хронический интерстициальный лекарственный нефрит с летальным исходом // Тер. архив. 1988. № 10. С. 149-150.

3.Джавад-Заде Н. М., Мальков Н. С. Хроническая почечная недостаточность. М., 1978.

4.Ермоленко В. М. Хронический гемодиализ. М., 1982.

5.Клиническая нефрология: В 2 т. / Под ред. акад. Е. М. Тареева. М., 1983.

6.Лопаткин Н. А, Кучинский И. Н. Хроническая почечная недостаточность // Тер. архив. 1973. № 5. С. 18-24.

7.Пилотович В.С., Сукало А.В., Кравцова Г.И.Пункционная нефробиопсия и ее роль в клинической нефрологии. Минск. 2004.

8.Мерзон А. К. Почечное кровообращение // Физиология почек / Под ред. Ю. В. Наточина. Л., 1972. С. 41-76.

9.Наточин Ю. В. Физиология почки. Л., 1972.

10.Савченко Н. Е., Пилотович В. С. Консервативное лечение хронической почечной недостаточности: Метод, рекомендации. Мн., 1981.
11.Чиж А.С., Пилотович В.С., Колб В.Г. Нефрология и урология. Минск. 2004

МИНИСТЕРСТВО НАУКИ И ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования
«Чеченский государственный университет
имени Ахмата Абдулхамидовича Кадырова»
Медицинский институт
Кафедра безопасности жизнедеятельности и медицина катастроф

МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ИЗУЧЕНИЮ УЧЕБНОЙ ДИСЦИПЛИНЫ «Безопасность жизнедеятельности, медицина катастроф»

Код направления подготовки (специальности)	31.05.01
Направление подготовки (специальности)	Лечебное дело
Квалификация выпускника	Врач- лечебник
Форма обучения	Очная

Грозный

СОДЕРЖАНИЕ

1. Методические основы по организации самостоятельной работы обучающихся.
2. Методические рекомендации для организации и проведения практических занятий.
3. Методические рекомендации по выполнению рефератов.
4. Методические рекомендации по подготовке и созданию презентаций.
5. Организация самостоятельной работы обучающихся при подготовке к текущей, промежуточной аттестациям.
6. Методические материалы по самостоятельной работе обучающегося при прохождении производственной практики

1. Методические основы по организации самостоятельной работы обучающихся

Самостоятельная работа по дисциплинам является обязательным элементом федеральных государственных образовательных стандартов по программам высшего образования.

Самостоятельная работа обучающегося – организационная форма обучения - система педагогических условий, обеспечивающих управление учебной деятельностью обучающихся по освоению знаний и умений в учебной и научной деятельности без посторонней помощи.

Самостоятельная работа обучающихся является специфическим педагогическим средством организации и сопровождения самостоятельной деятельности обучающихся в учебном процессе.

Цели

К целям самостоятельной работы относится:

— формирование способностей у обучающегося к саморазвитию, самосовершенствованию и самореализации;

— развитие исследовательских умений.

— фиксирование и систематизирование полученных теоретических познаний и практического опыта; формирование умений использовать научную, правовую, справочную и специальную литературу;

— развитие познавательных способностей и инициативности обучающихся, ответственность, организованность, стремление к саморазвитию; формирование умения правильно пользоваться полученным ранее материалом, собранным в процессе самостоятельного наблюдения, выполнения заданий различного характера.

Формы самостоятельной работы

При обучении используются следующие виды и формы самостоятельной работы:

— подготовка к практическим занятиям;

— подготовка и написание рефератов; - подготовка докладов на заданные темы рефератов, либо выбранные по заданному направлению;

— изучение и систематизация нормативно-правовых документов, регламентирующих деятельность в сфере обращения лекарственных средств в части организационно-управленческих вопросов с использованием информационно-справочных систем «Консультант Плюс», «Консультант врача», компьютерной сети «Интернет»;

— изучение учебной, научной и методической литературы, материалов периодической литературы с использованием электронных библиотечных систем, официальных статистических данных, научной периодики; - создание презентации;

— подготовка к устному опросу, к дискуссии;

— тестирование;

— решение ситуационных задач;

— подготовка к текущей, промежуточной аттестации и т.д.

Контроль результатов внеаудиторной самостоятельной работы преподаватель осуществляет в начале каждого семинарского/практического занятия.

Контроль результатов аудиторной самостоятельной работы осуществляется в пределах времени, отведенного на практические занятия по дисциплине. В зависимости от сложности познавательной деятельности при изучении дисциплин используется три уровня самостоятельной работы:

— репродуктивная самостоятельная работа, которая включает изучение основной и дополнительной рекомендованной литературы, изучение методических рекомендаций к занятию, решение типовых задач, ситуаций;

— реконструктивная самостоятельная работа включает в себя подготовку к презентациям, сообщениям по заданной теме, решение профессиональных задач, моделирование профессиональной деятельности;

— творческая самостоятельная работа включает анализ, обобщение и систематизацию научных и нормативно-правовых документов, самостоятельное составление ситуаций, задач, проектов, составление выступлений по проблемам профессиональной деятельности. Контроль результатов внеаудиторной самостоятельной работы преподаватель осуществляет на семинарском/практическом занятии.

Самостоятельная работа начинается с изучения рабочей программы дисциплины, отражена в рабочих программах дисциплин.

Для конспектирования лекционного материала, а также выполнения семинарских/практических работ требуются рабочие тетради.

Самостоятельная работа обучающегося подразделяется на аудиторную и внеаудиторную самостоятельную работу

Аудиторная самостоятельная работа по дисциплинам выполняется на учебных занятиях (семинарские или практические) под непосредственным руководством преподавателя и по его заданию.

Основными видами аудиторной самостоятельной работы являются:

— выполнение практических работ;

— работа с нормативно-правовыми документами в области обращения лекарственных средств;

— решение ситуационных/симуляционных задач;

— презентация результатов научно-исследовательской работы по заданным темам

Выполнение практических работ осуществляется на семинарских/практических занятиях в соответствии с графиком учебного процесса и расписанием занятий.

Работа с основной, дополнительной литературой, эмпирическими и статистическими данными, как правило, основана на изучении документов и данных, их обобщении и представлении.

Решение ситуационных задач используется на семинарских/практических занятиях. Проблемная/ситуационная задача должна иметь четкую формулировку, к ней должны быть поставлены вопросы, ответы на которые необходимо найти и обосновать.

Критерии для оценки каждого вида аудиторной самостоятельной работы обучающегося разрабатываются преподавателем для конкретной дисциплины /цикла из предложенного перечня критериев оценки результатов аудиторной самостоятельной работы:

— уровень освоения учебного материала;

— умение использовать теоретические знания при выполнении лабораторных, практических, ситуационных, симуляционных задач;

— сформированность заявленных умений по теме аудиторного занятия;

— обоснованность и четкость изложения ответов;

— оформление материала в соответствии с требованиями, заявленными в задании;

— уровень самостоятельности обучающегося при выполнении аудиторной самостоятельной работы.

Внеаудиторная самостоятельная работа является элементом каждой темы дисциплин.

Планирование времени, необходимого на внеаудиторное самостоятельное изучение дисциплин, обучающие должны осуществлять весь семестр, предусматривая при этом регулярное повторение материала.

Материал, законспектированный на лекциях, необходимо регулярно прорабатывать и дополнять сведениями из других источников литературы, представленных не только в программах дисциплин, но и в периодических профильных научных изданиях, материалах конференций.

При изучении дисциплин сначала необходимо по каждой теме прочитать рекомендованную литературу и составить краткий конспект основных положений, терминов, сведений, требующих запоминания и являющихся основополагающими в этой теме для освоения последующих тем курса. Для расширения знания по дисциплине

рекомендуется использовать Интернет-ресурсы; проводить поиски в различных системах и использовать материалы сайтов, рекомендованных преподавателем.
При выполнении самостоятельной работы по написанию реферата необходимо: прочитать теоретический материал в рекомендованной литературе, периодических изданиях, на Интернет-сайтах; творчески переработать изученный материал и представить его для отчета в форме реферата, проиллюстрировав схемами, диаграммами, фотографиями и рисунками.
Тексты докладов и рефератов должны быть изложены внятно, простым и ясным языком.
Для обеспечения внеаудиторной самостоятельной работы по каждой теме дисциплин/блоку разработаны:
а) перечень основной и дополнительной литературы;
б) вопросы для самоконтроля.
При выполнении внеаудиторной самостоятельной работы обучающийся имеет право обращаться к преподавателю за консультацией с целью уточнения задания, формы контроля выполненного задания.
Контроль результатов внеаудиторной самостоятельной работы отражается в индивидуальном плане после выполнения внеаудиторной самостоятельной работы.
Критерии оценки внеаудиторной работы формируются преподавателем самостоятельно для каждого вида работы. Основными критериями оценки внеаудиторной работы обучающегося выступают:
- уровень освоения материала;
- уровень умения использовать теоретические знания при выполнении заданий, решении ситуационных задач;
- обоснованность и четкость изложения ответов,
- результаты тестирования по шкале оценок;
- уровень умения использовать электронные образовательные ресурсы;
- умение четко формулировать проблему, предложив ее решение, критическая оценка последствий решения;
- уровень умения сформулировать собственную позицию и аргументировать ее.

Качество выполнения внеаудиторной самостоятельной работы оценивается посредством текущего контроля самостоятельной работы обучающегося. Текущий контроль представляет собой форму планомерного контроля качества и объема осваиваемых компетенций в процессе изучения конкретной дисциплины, проводится на семинарских/практических занятиях и во время индивидуальной работы преподавателя с обучающимися.

Шкала оценивания внеаудиторной самостоятельной работы:
Зачтено – задание выполнено полно и правильно, изложено в правильных нормативных формулировках с использованием точного понятийного аппарата, с использованием рекомендованных источников литературы, продемонстрировано умение формулировать проблему, предложены пути ее решения, проведена критическая оценка последствий такого решения, а также умение формулировать собственную позицию и аргументировать ее.
Не зачтено – обучающийся не выполнил задание либо выполнил не в полном объеме, демонстрирует несформированность понятийного аппарата по теме, отсутствие умения формулировать проблему, обобщать материал, не может аргументировать свой ответ.

2. Методические рекомендации для организации и проведения практических занятий

Практическое занятие - вид учебных занятий, при котором в результате предварительной работы над учебным материалом преподавателя и студента, в обстановке их контактной работы в аудитории решаются задачи познавательного и воспитательного характера.
Цель такой формы обучения – углубленное изучение дисциплины, закрепление полученного теоретического материала в форме внеаудиторной самостоятельной работы, овладение методологией научного познания и формирования базовых умений. Немаловажным преимуществом практических занятий является и формирование навыков профессиональной дискуссии.
Задачи практических занятий:
- мотивация к регулярному изучению теоретического учебного материала, основной, дополнительной литературы;
- закрепление теоретических знаний, полученных при прослушивании лекций и во время внеаудиторной самостоятельной работы;
- получение навыков устного и публичного выступления по теоретическим вопросам, включая навыки по свободному оперированию организационными и управленческими понятиями и категориями;
- формирование навыков по универсальным и профессиональным компетенциям;
- возможность преподавателю систематически контролировать как самостоятельную работу студента, так и свою работу.

Практические занятия проводятся по плану.
Каждая тема практического занятия, как правило, включает: цель занятия, перечень основных и дополнительных источников литературы, вопросы к устному обсуждению на занятии, ситуационные задачи и перечень заданий, которые обучающиеся самостоятельно должны решить на практическом занятии.
Каждое практическое занятие посвящено, как правило, изучению нескольких компетенций и включает три основных этапа.
Первый этап - устный опрос по заранее сформулированным вопросам либо представление докладов/презентаций, подготовленных в рамках внеаудиторной самостоятельной работы по заранее сформулированным требованиям. Важнейшей частью этапа, является обсуждение представленных докладов/презентаций. Цель преподавателя – организовать обмен мнениями, дискуссию в группе, скорректировать уровень подготовленности студентов.
Одним из возможных элементов первого этапа является решение ситуационных задач, которые максимально приближены к профессиональной деятельности.
Требования к ответам обучающихся – самостоятельность в подборе фактического материала и аналитическом отношении к нему, умение рассматривать примеры и факты во взаимосвязи и взаимообусловленности, отбирать наиболее существенные из них.
Для оценивания первого (теоретического) этапа занятия используются знания, умения, владения, которые заявлены на каждое занятие:
1) знание учебного материала и владение понятийным аппаратом по теме занятия;
2) умение связывать теорию с практикой;
3) умение иллюстрировать ответ примерами, фактами, данными научных исследований;
4) умение применять теоретические знания при решении ситуационных задач.

Второй этап – аудиторное самостоятельное выполнение семинарских /практических заданий, которые обучающийся выполняет индивидуально либо в группе, если такое предусмотрено заданием.
В процессе выполнения самостоятельной аудиторной работы обучающийся имеет право на получение индивидуальных консультаций у преподавателя.
По окончании выполнения аудиторной самостоятельной работы обучающийся сдает отчет о выполнении самостоятельных лабораторных заданий преподавателю, который оценивается по шкале «зачет/незачет».
Критерии оценивания практического занятия осуществляются по следующим критериям:

1. своевременное выполнение внеаудиторной самостоятельной работы по изучаемой теме;
2. демонстрируемый обучающимся уровень усвоения заявленной к освоению компетенции (знания, умения, навыки);
— хорошее знание и уверенное владение на занятии теоретическим содержанием учебного материала;
— адекватное применение теоретического материала к решению ситуационных задач, заданий для аудиторной самостоятельной работы;
— умение аргументировать свои решения, развернуто отвечать на дополнительные вопросы преподавателя.
3. Соблюдение организационных и дисциплинарных требований, предъявляемых к обучающемуся на семинарских/практических занятиях: аккуратный внешний вид, соблюдение дисциплины на занятиях, полнота и своевременность представления выполненных заданий в полном объеме (не позднее даты окончания занятия и в полном соответствии с предъявляемыми к их содержанию и качеству оформления).
Третий этап – заключительный. Преподаватель дает общую оценку уровня подготовленности обучаемых к практическим занятиям, характеризует активность каждого обучающегося на занятии и озвучивает оценки каждому обучающемуся с их обоснованием.

Шкала оценивания осуществляется по четырехбалльной шкале (таблица 2)

Критерии оценивания лабораторного/практического занятия	Шкала оценок
Полное соответствие работы обучающегося требованиям. Обучающийся демонстрирует уверенные знания, способен творчески решать поставленные задачи, самостоятельно демонстрирует умения, обладает некоторыми навыками. Обучающийся успешно выполнил внеаудиторную самостоятельную работу, демонстрирует глубокое теоретическое знание по изучаемой теме, умение его применять на практике (в установленный срок сдал протоколы занятия/представил и защитил доклады/презентации и др.).	Отлично
Работа обучающегося содержит неполное соответствие требованиям. Обучающийся демонстрирует хорошее знание материала, способен творчески решать поставленные задачи, демонстрирует базовые умения. Обучающийся выполнил внеаудиторную самостоятельную работу, продемонстрировал знание учебного материала, содержатся отдельные пробелы в умении применить полученные теоретические знании к решению ситуационных задач .	Хорошо
Работа обучающегося содержит неполное соответствие требованиям. Обучающийся демонстрирует знание базового материала, способен решать поставленные задачи под руководством преподавателя, освоил базовые умения. Успешно выполнил внеаудиторную самостоятельную работу, продемонстрировал знание учебного материала, но затрудняется интерпретировать его практически.	Удовлетвори тельно
Работа не соответствует требованиям.	Неудовлетво рительно

3. Методические рекомендации по организации и выполнению рефератов
Реферат предусматривает углубленное изучение дисциплины, способствует развитию навыков самостоятельной работы с литературными источниками.
Реферат – краткое изложение в письменном виде содержания научного труда по предоставленной теме. Это самостоятельная научноисследовательская работа, где

обучающийся раскрывает суть исследуемой проблемы с элементами анализа по теме реферата. Приводит различные точки зрения, а также собственные взгляды на проблемы темы реферата.
Содержание реферата должно быть логичным, изложение материала носить проблемно-тематический характер.
Объем реферата может колебаться в пределах 15-20 печатных страниц.
Основные разделы: оглавление (план), введение, основное содержание, заключение, список литературы.
Текст реферата должен содержать следующие разделы:
— титульный лист реферата (приложение 2);
— ведение, актуальность темы.
— основной раздел.
— заключение
— список литературных источников
Список литературных источников- библиографическое описание используемых источников литературы, в том числе и интернет-источников, оформленное по ГОСТ 7.1 – 2003; 7.80 – 2000; должен иметь не менее 10 библиографических названий, включая сетевые ресурсы.
Текстовая часть реферата оформляется на листе следующего формата:
— отступ сверху – 2 см;
— отступ слева – 3 см;
— отступ справа – 1,5 см;
— отступ снизу – 2,5 см;
— шрифт текста: Times New Roman, высота шрифта – 14, пробел – 1,5;
— нумерация страниц – снизу листа. На первой странице номер не ставится.
Реферат должен быть выполнен грамотно с соблюдением культуры изложения. Обязательно должны иметься ссылки на используемую литературу, включая периодическую литературу за последние 5 лет.
Критерии оценки реферата:
— актуальность темы исследования;
— соответствие содержания теме;
— глубина проработки материала;
— правильность и полнота разработки темы;
— значимость выводов для дальнейшей практической деятельности;
— правильность и полнота использования литературы;
— соответствие оформления реферата стандарту;
— качество сообщения и ответов на вопросы при защите реферата.
Практическое занятие по защите рефератов может проводиться в качестве «круглого стола» в форме представления докладов, посвященных теме занятия, по следующим этапам:
Этап 1. Каждый обучающийся представляет собственный доклад (обязательно использование презентации) по выбранной теме. Доклад 5-7 минут. Обсуждение доклада, вопросы – 2-3 минуты.
Этап 2. Оценка докладов и презентаций, представленных в группе (таблица 3).

Таблица 3 - Шкала оценки докладов на практическом занятии

Критерии оценки	Шкала оценок
1. Доклад четко выстроен, сопровождается презентацией, отражающей проблематику доклада, имеет четкие выводы, полностью характеризующие работу. Автор отлично ориентируется в материале и	Отлично

отвечает на все вопросы, владеет специальной терминологией. 2. Обучающийся активно участвует в обсуждении докладов других обучающихся из группы	
1. Доклад структурирован, презентация не отражает в полной мере содержание доклада, допущены неточности, выводы нечеткие. Автор затрудняется ответить на вопросы, слабо использует специальную терминологию. 2. Обучающийся участвует в обсуждении докладов других обучающихся из группы	Хорошо
1. Доклад структурирован, содержание не полностью раскрывает цель доклада, отсутствует презентация. 2. Обучающийся пассивен при обсуждении докладов других обучающихся из группы	Удовлетвори тельно
1. Доклад не структурирован/отсутствует, презентация отсутствует. Автор не владеет материалом. 2. Обучающийся не участвует в обсуждении докладов.	Неудовлетво рительно

4. Методические рекомендации по подготовке и созданию презентаций

Создание материалов-презентаций — это вид самостоятельной работы обучающихся по созданию наглядных информационных пособий, выполненных с помощью мультимедийной компьютерной программы PowerPoint.

Этот вид работы требует координации навыков обучающегося по сбору, систематизации, переработке информации, оформления ее в виде подборки материалов, кратко отражающих основные вопросы изучаемой темы, в электронном виде. Создание презентаций расширяет методы и средства обработки и представления учебной информации, формирует у обучающихся навыки работы на компьютере.

Презентации готовятся обучающимся в виде слайдов с использованием программы Microsoft PowerPoint.

Обучающийся при подготовке презентации должен выполнить следующий комплекс взаимосвязанных видов самостоятельной работы:

— изучить материалы темы, выделяя главное и второстепенное;

— установить логическую связь между элементами темы;

— представить характеристику элементов в краткой форме;

— выбрать опорные сигналы для акцентирования главной информации и отобразить в структуре работы;

— оформить презентацию в соответствии с рекомендациями (таблица 4), разместить ее в электронной образованной среде университета, к установленному сроку либо представить на практическое/лабораторное занятие.

Таблица 4 - Методические рекомендации по оформлению презентации

Критерии оценки	Шкала оценок
1. Стиль	1.1 Соблюдайте единый стиль оформления. 1.2 Избегайте стилей, которые будут отвлекать от самой презентации. 1.3 Вспомогательная информация не должны преобладать над основной информацией (текст, рисунки).
2. Фон	Для фона предпочтительнее использовать более холодные тона (синий или зеленый).
3. Использование цвета	3.1 На одном слайде рекомендуется использовать не более трех цветов: один для фона, один для заголовков, один для текста. для фона и текста используйте контрастные цвета. 3.2. Обратите особое внимание на цвет гиперссылок (до и после

	использования).
4 Текст/ представление информации	4.1 Используйте короткие слова и предложения. 4.2. Минимизируйте количество предлогов, наречий, прилагательных. 4.3.Заголовки должны привлекать внимание аудитории. 4.4 Предпочтительно горизонтальное расположение информации. 4.5 Наиболее важная информация должна располагаться в центре экрана. Если на слайде располагается картинка, надпись должна располагаться под ней. 4.6 Наибольшая эффективность достигается тогда, когда ключевые пункты отображаются по одному на каждом отдельном слайде.
5.Шрифты	5.1 Для заголовков не менее 24 5.2 Для информации- не менее 18. 5.3Шрифты без засечек легче читать с большого расстояния. 5.4.Нельзя смешивать разные типы шрифтов в одном тексте 5.5.Для выделения информации следует использовать жирный шрифт, курсив или подчеркивание. 5.6 Нельзя злоупотреблять прописными буквами (они читаются хуже строчных букв).
6.Анимационные эффекты	Возможности компьютерной анимации для оформления презентации необходимо использовать умерено, они не должны отвлекать внимание от содержания информации на слайде.

Критерии оценивания презентаций:
— соответствие содержания теме;
— правильная структурированность информации;
— наличие логической связи изложенной информации;
— эстетичность оформления, его соответствие требованиям;
— презентация выполнена и представлена в срок.
Шкала оценивания презентаций разрабатывается преподавателем и доводится до сведения обучающихся вместе с заданием.
Оценка «Отлично»:
презентация отличается целостностью, логичностью и оригинальностью. Оформление логично, эстетично, не противоречит содержанию доклада. Информация структурирована. Иллюстрации презентации соответствуют содержанию, дополняют информацию о раскрываемой проблеме. Текст доклада, сопровождающего презентацию, излагается обучающимся самостоятельно, с незначительной опорой на печатный текст. Ответы на вопросы преподавателя и аудитории четкие, аргументированные, сопровождаются ссылкой на факты и примеры.
Оценка «Хорошо»:
презентация характеризуется целостностью, логической завершенностью, с незначительными недочетами в логике изложения материала. Оформление эстетично, логично, структурировано. Текст доклада излагается с преимущественной опорой на текст. Ответы на дополнительные и уточняющие вопросы не вносят ясности, преимущественно повторяют содержание презентации.
Оценка «Удовлетворительно»:
презентация характеризуется отсутствием единого стиля в оформлении, ввиду чего информация тяжело воспринимается аудиторией. Сведения, излагаемые обучающимся разрозненные, плохо структурированы и аргументированы. Текст доклада

преимущественно зачитывается, обучающимся допускаются неточности и ошибки в изложении материала. Ответы на дополнительные вопросы затруднительны.
Оценка «Неудовлетворительно»:
оформление презентации не соответствует заявленным требованиям. Работа характеризуется отсутствием единого стиля. Обучающийся представляет разрозненные сведения, которые слабо коррелируют с заявленной темой исследования, текст доклада зачитывается, обучающимся часто допускаются ошибки в изложении материала, допускаются ошибки в использовании научной и профессиональной терминологии. Ответы на дополнительные вопросы обучающийся не дает.

5. Организация самостоятельной работы обучающего при подготовке к текущей, промежуточной аттестациям

Текущий контроль осуществляется систематически с целью установления уровня овладения заявленными в рабочей программе дисциплины/практики компетенциями при изучении. В течение года в соответствии с программой дисциплины проводятся текущие аттестации. Форма проведения текущей аттестации (письменное / устное собеседование, тестирование, решение ситуационных задач, защита реферата) определяется руководителем курса и доводится до обучающихся. Вопросы по текущей аттестации доводятся до сведения обучающихся не позднее 3 дней до проведения аттестации.
Подготовка к промежуточной аттестации предполагает систематизацию обучающимся усвоенных в ходе обучения по дисциплинам профессиональных знаний и умений. Программа промежуточной аттестации экзамена имеет обобщающий характер и ориентирует обучающегося в процессе подготовки к нему на актуализацию знаний, умений и навыков, отражающих наиболее существенные компоненты содержания дисциплин, закрепление в профессиональном сознании комплексного и целостного знания.
Подготовка к промежуточной аттестации является формой самостоятельной работы обучающегося. Ее эффективной организации будут способствовать рекомендованные перечни основной и дополнительной литературы, информационных и электронно-образовательных ресурсов, а также список вопросов, которые составляют основу для итогового анализа профессиональной компетентности обучающегося и оценки ее соответствия требованиям ФГОС по компетенциям, закрепленным за дисциплинами. Ориентируясь в перечнях основной и дополнительной литературы, обучающийся может выбрать из них как основополагающие источники, так и те, которые позволят углубить и расширить знания по актуальным проблемам специальностей, систематизировать их и отразить в комплексе.
В ходе подготовки к промежуточной аттестации рекомендуется составлять развернутый план ответа на вопрос программы экзамена, что обеспечит логическую последовательность изложения материала. Продумывая структуру ответа, необходимо: во-первых, уделить внимание раскрытию теоретической сущности явления или понятий, обозначенных в контрольно-измерительном материале, во-вторых, осветить содержание и закономерности рассматриваемых явлений, отразить состояние их изученности в современной медицине. Обучающийся должен продемонстрировать на промежуточной аттестации владение категориальным аппаратом дисциплин, показать умение использовать знания, полученные при изучении дисциплин для анализа современных тенденций в медицине, применять их для решения профессиональных задач врачей по специальностям.
В ходе подготовки к промежуточной аттестации обучающемуся рекомендуется использовать весь набор методов и средств современных информационных технологий для изучения содержания отечественной и зарубежной литературы по дисциплине, анализа и оценки ее текущего состояния и перспектив развития.

При подготовке к промежуточной аттестации рекомендуется активно применять следующие образовательные и профессионально-ориентированные технологии:
– информационные технологии – компьютерные технологии, в том числе доступ в Интернет (для получения учебной и учебно-методической информации, представленной в научных электронных журналах и на сайтах библиотек);
– информационно-коммуникационные технологии.
Оценка знаний, умений и навыков, характеризующая этапы формирования компетенций в рамках изучения дисциплины осуществляется в ходе текущей и промежуточной аттестаций.
Форма проведения текущей/ промежуточной аттестации определяется рабочей программой дисциплины. Оценивание компетенций, вынесенных на промежуточную аттестацию в форме экзамена, осуществляется по четырехбалльной шкале:
оценка «отлично» - 5 баллов
оценка «хорошо» - 4 балла
оценка «удовлетворительно» - 3 балла
оценка «неудовлетворительно» - 2 балла.
При сдаче промежуточной аттестации в форме зачета:
«зачтено» - 3-5 баллов или «не зачтено» - 2 балла.

6. Методические материалы по самостоятельной работе обучающегося при прохождении производственной(клинической) практики

Производственная (клиническая) практика составлена по модулям – дисциплинам и проводится в форме контактной и самостоятельной работы обучающегося.
Контактная работа предусматривает работу руководителя практики с обучающимся в форме индивидуальных/групповых консультаций.
К самостоятельной работе по практикам относятся следующие виды работ обучающегося:
- ознакомление с нормативно-правовым обеспечением практик, включая программы практик;
- изучение законодательной и нормативно-правовой обеспеченности профессиональной деятельности в сфере обращения лекарственных средств в предметной области практики;
- выполнение заданий, заполнение отчета о прохождении практики;
- подготовка к промежуточной аттестации по итогам практики.
По окончании практики обучающийся оформляет отчёт. Материал для составления отчета собирается и накапливается с первого дня практики. Отчет должен содержать самоанализ выполненной работы обучающимся.
Во время прохождения практики необходимо выполнение следующих условий:
- Явиться на установочное собрание, проводимое руководителем практики и получить пакет документов в учебно-методическом отделе.
- В первый день практики прийти на базу к 8 часам утра, и представиться общему руководителю.
- Быть одетым строго по форме и следить за ее чистотой. Иметь сменную обувь.
- Работать строго по графику. Пропущенные дни, даже по уважительной причине, отрабатываются в дополнительное время.
- Ознакомиться с документацией структурных подразделений (поликлиника, стационар, приемный покой, в отделениях - процедурные кабинеты, пост и т.д.).
- Активно участвовать в общественной жизни структурных подразделений, а также в санитарно-просветительной работе.
- Бережно относиться к имуществу лечебно-профилактических учреждений.
- Быть дисциплинированными, спокойными и вежливыми в обращении с товарищами по работе, с больными и их родственниками, в отделениях соблюдать тишину и порядок.

- Ежедневно и аккуратно вести отчет, заполнять листы обязательных манипуляций. Критерии оценки промежуточной аттестации по производственной (клинической) практике представлены в Таблице 6.

Таблица 6 – Критерии оценки промежуточной аттестации по производственной практике

Критерии оценки	Шкала оценок
Обучающийся предоставил оформленный соответствующим образом, отчет и отзыв с положительной характеристикой руководителя практики; продемонстрировал систематические знания по контролируемым компетенциям; владеет способностью и готовностью применять знания, умения и навыки для решения профессиональных задач на практике; в ответе присутствует четкая структура, логическая последовательность, современная профессиональная терминология; ответ обоснован нормативной документацией и конкретными примерами из производственной практики.	Зачтено
Обучающийся предоставил неполный перечень отчетной документации; демонстрирует полное отсутствие или фрагментарные знания, умения и навыки по контролируемой компетенции и неспособность применять их на практике для решения профессиональных задач; не в состоянии обосновать свой ответ нормативной документацией и примерами из производственной практики; дополнительные и уточняющие вопросы преподавателя не приводят к коррекции ответа	Не зачтено

МИНИСТЕРСТВО НАУКИ И ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования
«Чеченский государственный университет имени Ахмата Абдулхамидовича Кадырова»

МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ
Кафедра химических дисциплин и фармакологии

МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ИЗУЧЕНИЮ УЧЕБНОЙ ДИСЦИПЛИНЫ «БИОЛОГИЧЕСКАЯ ХИМИЯ»

Специальность	Лечебное дело
Код специальности	31.05.01
Квалификация выпускника	Врач-лечебник
Форма обучения	Очная

Грозный

Исаева Э.Л. Методические рекомендации по изучению учебной дисциплины «Биологическая химия» / Сост. Исаева Э. Л. – Грозный: ФГБОУ ВО «Чеченский государственный университет им. А.А. Кадырова».

Методические рекомендации по изучению учебной дисциплины «Биологическая химия» рассмотрены и одобрены на заседании кафедры химических дисциплин и фармакологии, рекомендованы к использованию в учебном процессе (протокол № 9 от «11» мая 2024 г.), составлены в соответствии с требованиями ФГОС ВО по специальности 31.05.01 Лечебное дело (специалитет), утвержденного приказом Минобрнауки России от 12.08.2020 № 988.

© Исаева Э.Л.

© ФГБОУ ВО «Чеченский государственный университет им. А.А. Кадырова»

СОДЕРЖАНИЕ

1. Общие положения.....4

2. Методические рекомендации по изучению дисциплины в процессе аудиторных занятий....4

2.1. Рекомендации по подготовке к лекционным занятиям (теоретический курс).....4

2.2. Рекомендации по подготовке к практическим (семинарским) занятиям.....4

3. Методические рекомендации по выполнению различных форм самостоятельных заданий 4

3.1. Методические рекомендации по работе с литературой.....5

3.2. Методические рекомендации по подготовке научного доклада.....5

3.3. Методические рекомендации по подготовке реферата.....6

1. Общие положения

Методические указания по освоению дисциплины «Биологическая химия» адресованы студентам очной формы обучения.

Учебным планом по направлению подготовки 31.05.01 «Лечебное дело» предусмотрены следующие виды занятий:

- лекции;
- практические занятия;

2. Методические рекомендации по изучению дисциплины в процессе аудиторных занятий.

2.1. Рекомендации по подготовке к лекционным занятиям (теоретический курс)

Изучение дисциплины требует систематического и последовательного накопления знаний.

Студентам необходимо вести конспект прослушанных лекций. Перед очередной лекцией необходимо просмотреть по конспекту материал предыдущей лекции. При затруднениях в восприятии материала следует обратиться к основным литературным источникам. Если разобраться в материале не удалось, то следует обратиться к лектору (по графику его консультаций) или к преподавателю на практических занятиях.

2.2. Рекомендации по подготовке к практическим (семинарским) занятиям

Студентам следует:

- ознакомиться с заданием к занятию; определить примерный объем работы по подготовке к ним; выделить вопросы и задачи, ответы на которые или выполнение и решение без предварительной подготовки не представляется возможным;
- иметь в виду и то, что в библиотеке учебного заведения не всегда имеются в наличии все рекомендованные источники, их необходимо найти заранее.
- приносить с собой рекомендованную преподавателем литературу к конкретному занятию;
- до очередного практического занятия по рекомендованным литературным источникам проработать теоретический материал, соответствующей темы занятия;
- пользоваться техническими средствами обучения и дидактическими материалами, которыми располагает учебное заведение.
- при подготовке к практическим занятиям следует обязательно использовать не только лекции, учебную литературу, но и нормативно-правовые акты и материалы правоприменительной практики;
- теоретический материал следует соотносить с правовыми нормами, так как в них могут быть внесены изменения, дополнения, которые не всегда отражены в учебной литературе;
- при ответах на вопросы и решения задач необходимо внимательно прочитать их текст и попытаться дать аргументированное объяснение с обязательной ссылкой на соответствующую правовую норму;
- в начале занятий задать преподавателю вопросы по материалу, вызвавшему затруднения в его понимании и освоении при решении задач, заданных для самостоятельного решения;
- по ходу семинара давать конкретные, четкие ответы по существу вопросов. Структура ответов может быть различной: либо вначале делается вывод, а затем приводятся аргументы, либо дается развернутая аргументация принятого решения, на основании которой предлагается ответ. Возможны и несколько вариантов ответов, которые должны быть обоснованны.
- на занятии доводить каждую задачу до окончательного решения, демонстрировать понимание проведенного анализа проблемной ситуации, в случае затруднений обращаться к преподавателю.

Студентам, пропустившим занятия (независимо от причин), не имеющие письменного решения задач или не подготовившиеся к данному практическому занятию, рекомендуется не позже чем в 2-недельный срок явиться на консультацию к преподавателю и отчитаться по теме, изучавшейся на занятии. Студенты, не отчитавшиеся по каждой не проработанной ими на занятиях теме к началу зачетной сессии, упускают возможность получить положенные баллы за работу в соответствующем семестре.

3. Методические рекомендации по выполнению различных форм самостоятельных заданий

Самостоятельная работа студентов включает в себя выполнение различного рода заданий, которые ориентированы на более глубокое усвоение материала изучаемой дисциплины. По каждой теме учебной дисциплины студентам предлагается перечень заданий для самостоятельной работы.

К выполнению заданий для самостоятельной работы предъявляются следующие требования: задания должны исполняться самостоятельно и представляться в установленный срок, а также соответствовать установленным требованиям по оформлению.
Студентам следует:
- руководствоваться графиком самостоятельной работы, определенным рабочей программой дисциплины;
- выполнять все плановые задания, выдаваемые преподавателем для самостоятельного выполнения, и разбирать на семинарах и консультациях неясные вопросы;
- использовать при подготовке нормативные документы университета.

3.1. Методические рекомендации по работе с литературой.

Любая форма самостоятельной работы студента (подготовка к семинарскому занятию, написание эссе, курсовой работы, доклада и т.п.) начинается с изучения соответствующей литературы.
К каждой теме учебной дисциплины подобрана основная и дополнительная литература, которая указана в соответствующем разделе рабочей программы.
Основная литература - это учебники и учебные пособия.
Дополнительная литература - это монографии, сборники научных трудов, журнальные и газетные статьи, различные справочники, энциклопедии, интернет ресурсы.
Рекомендации студенту:
выбранную монографию или статью целесообразно внимательно просмотреть. В книгах следует ознакомиться с оглавлением и научно-справочным аппаратом, прочитать аннотацию и предисловие. Целесообразно ее пролистать, рассмотреть иллюстрации, таблицы, диаграммы, приложения. Такое поверхностное ознакомление позволит узнать, какие главы следует читать внимательно, а какие прочитать быстро;
- в книге или журнале, принадлежащие самому студенту, ключевые позиции можно выделять маркером или делать пометки на полях. При работе с Интернет -источником целесообразно также выделять важную информацию;
- если книга или журнал не являются собственностью студента, то целесообразно записывать номера страниц, которые привлекли внимание. Позже следует возвратиться к ним, перечитать или переписать нужную информацию. Физическое действие по записыванию помогает прочно заложить данную информацию в «банк памяти».
Выделяются следующие виды записей при работе с литературой:
Конспект - краткая схематическая запись основного содержания научной работы. Целью является не переписывание произведения, а выявление его логики, системы доказательств, основных выводов. Хороший конспект должен сочетать полноту изложения с краткостью.
Цитата - точное воспроизведение текста. Заключается в кавычки. Точно указывается страница источника.
Тезисы - концентрированное изложение основных положений прочитанного материала.
Аннотация - очень краткое изложение содержания прочитанной работы. Резюме - наиболее общие выводы и положения работы, ее концептуальные итоги.
Записи в той или иной форме не только способствуют пониманию и усвоению изучаемого материала, но и помогают вырабатывать навыки ясного изложения в письменной форме тех или иных теоретических вопросов.

3.2. Методические рекомендации по подготовке научного доклада

Одной из форм самостоятельной работы студента является подготовка научного доклада, для обсуждения его на практическом (семинарском) занятии.
Цель научного доклада - развитие у студентов навыков аналитической работы с научной литературой, анализа дискуссионных научных позиций, аргументации собственных взглядов. Подготовка научных докладов также развивает творческий потенциал студентов.
Научный доклад готовится под руководством преподавателя, который ведет практические (семинарские) занятия.
Рекомендации студенту:
- перед началом работы по написанию научного доклада согласовать с преподавателем тему, структуру, литературу, а также обсудить ключевые вопросы, которые следует раскрыть в докладе;
- представить доклад научному руководителю в письменной форме;
- выступить на семинарском занятии с 5-7-минутной презентацией своего научного доклада, ответить на вопросы студентов группы.

Требования:
- к оформлению научного доклада: шрифт - Times New Roman, размер шрифта -14, межстрочный интервал -1, размер полей – 2 см, отступ в начале абзаца - 1 см, форматирование по ширине); листы доклада скреплены скоросшивателем. На титульном листе указывается наименование учебного заведения, название кафедры, наименование дисциплины, тема доклада, ФИО студента;
- к структуре доклада - введение (указывается актуальность, цель и задачи), основная часть, выводы автора, список литературы (не менее 5 позиций источников научной литературы (научные статьи и монографии). Объем согласовывается с преподавателем. В конце работы ставится дата ее выполнения и подпись студента, выполнившего работу.
Общая оценка за доклад учитывает содержание доклада, его презентацию, а также ответы на вопросы.

3.3. Методические рекомендации по подготовке реферата

Целью написания рефератов является:
- привитие студентам навыков библиографического поиска необходимой литературы (на бумажных носителях, в электронном виде);
привитие студентам навыков компактного изложения мнения авторов и своего суждения по выбранному вопросу в письменной форме, научно грамотным языком и в хорошем стиле;
- приобретение навыка грамотного оформления ссылок на используемые источники, правильного цитирования авторского текста;
- выявление и развитие у студента интереса к определенной научной и практической проблематике с тем, чтобы исследование ее в дальнейшем продолжалось в подготовке и написании курсовых и дипломной работы и дальнейших научных трудах.
Основные задачи студента при написании реферата:
- с максимальной полнотой использовать литературу по выбранной теме (как рекомендуемую, так и самостоятельно подобранную) для правильного понимания авторской позиции;
- верно (без искажения смысла) передать авторскую позицию в своей работе;
- уяснить для себя и изложить причины своего согласия (несогласия) с тем или иным автором по данной проблеме.
Требования к содержанию:
- материал, использованный в реферате, должен относится строго к выбранной теме;
- необходимо изложить основные аспекты проблемы не только грамотно, но и в соответствии с той или иной логикой (хронологической, тематической, событийной и др.)
- при изложении следует сгруппировать идеи разных авторов по общности точек зрения или по научным школам;
- реферат должен заканчиваться подведением итогов проведенной исследовательской работы: содержать краткий анализ-обоснование преимуществ той точки зрения по рассматриваемому вопросу, с которой Вы солидарны.

Структура реферата.
1. Титульный лист.
На титульном листе указывается наименование учебного заведения, название кафедры, наименование дисциплины, тема реферата, ФИО студента, ФИО и должность проверившего преподавателя;
2. Оглавление.
Оглавление - это план реферата, в котором каждому разделу должен соответствовать номер страницы, на которой он находится.
3. Текст реферата.
Текст реферата делится на три части: введение, основная часть и заключение.
а) Введение - раздел реферата, посвященный постановке проблемы, которая будет рассматриваться и обоснованию выбора темы.
б) Основная часть - это звено работы, в котором последовательно раскрывается выбранная тема. Основная часть может быть представлена как цельным текстом, так и разделена на главы. При необходимости текст реферата может дополняться иллюстрациями, таблицами, графиками, но ими не следует "перегружать" текст.
в) Заключение - данный раздел реферата должен быть представлен в виде выводов, которые готовятся на основе подготовленного текста. Выводы должны быть краткими и четкими. Также в

заключении можно обозначить проблемы, которые "высветились" в ходе работы над рефератом, но не были раскрыты в работе.

4. Список источников и литературы.

В данном списке называются как те источники, на которые ссылается студент при подготовке реферата, так и все иные, изученные им в связи с его подготовкой. В работе должно быть использовано не менее 7 разных источников. Работа, выполненная с использованием материала, содержащегося в одном научном источнике, является явным плагиатом и не принимается. Оформление Списка источников и литературы должно соответствовать требованиям, принятым в университете.

Объем и технические требования, предъявляемые к выполнению реферата.

Объем работы должен быть, как правило, не менее 15 и не более 20 страниц. Работа должна выполняться через одинарный интервал 14 шрифтом, размеры оставляемых полей - 2 см. Страницы должны быть пронумерованы.

При цитировании необходимо соблюдать следующие правила:

- текст цитаты заключается в кавычки и приводится без изменений, без произвольного сокращения цитируемого фрагмента (пропуск слов, предложений или абзацев допускается, если не влечет искажения всего фрагмента, и обозначается многоточием, которое ставится на месте пропуска) и без искажения смысла;
- каждая цитата должна сопровождаться ссылкой на источник, библиографическое описание которого должно приводиться в соответствии с предъявляемыми требованиями.

МИНИСТЕРСТВО НАУКИ И ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования
«Чеченский государственный университет
имени Ахмата Абдулхамидовича Кадырова»

Медицинский институт
Кафедра микробиологии и биологии

МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ИЗУЧЕНИЮ УЧЕБНОЙ ДИСЦИПЛИНЫ «Биология»

Код направления подготовки (специальности)	31.05.01
Направление подготовки (специальности)	Лечебное дело
Квалификация выпускника	Врач- лечебник
Форма обучения	Очная

Грозный

СОДЕРЖАНИЕ

1. Методические основы по организации самостоятельной работы обучающихся.
2. Методические рекомендации для организации и проведения практических занятий.
3. Методические рекомендации по выполнению рефератов.
4. Методические рекомендации по подготовке и созданию презентаций.
5. Организация самостоятельной работы обучающихся при подготовке к текущей, промежуточной аттестациям.
6. Методические материалы по самостоятельной работе обучающегося при прохождении производственной практики

1. Методические основы по организации самостоятельной работы обучающихся

Самостоятельная работа по дисциплинам является обязательным элементом федеральных государственных образовательных стандартов по программам высшего образования.

Самостоятельная работа обучающегося – организационная форма обучения - система педагогических условий, обеспечивающих управление учебной деятельностью обучающихся по освоению знаний и умений в учебной и научной деятельности без посторонней помощи.

Самостоятельная работа обучающихся является специфическим педагогическим средством организации и сопровождения самостоятельной деятельности обучающихся в учебном процессе.

Цели

К целям самостоятельной работы относится:

— формирование способностей у обучающегося к саморазвитию, самосовершенствованию и самореализации;

— развитие исследовательских умений.

— фиксирование и систематизирование полученных теоретических познаний и практического опыта; формирование умений использовать научную, правовую, справочную и специальную литературу;

— развитие познавательных способностей и инициативности обучающихся, ответственность, организованность, стремление к саморазвитию; формирование умения правильно пользоваться полученным ранее материалом, собранным в процессе самостоятельного наблюдения, выполнения заданий различного характера.

Формы самостоятельной работы

При обучении используются следующие виды и формы самостоятельной работы:

— подготовка к практическим занятиям;

— подготовка и написание рефератов; - подготовка докладов на заданные темы рефератов, либо выбранные по заданному направлению;

— изучение и систематизация нормативно-правовых документов, регламентирующих деятельность в сфере обращения лекарственных средств в части организационно-управленческих вопросов с использованием информационно-справочных систем «Консультант Плюс», «Консультант врача», компьютерной сети «Интернет»;

— изучение учебной, научной и методической литературы, материалов периодической литературы с использованием электронных библиотечных систем, официальных статистических данных, научной периодики; - создание презентации;

— подготовка к устному опросу, к дискуссии;

— тестирование;

— решение ситуационных задач;

— подготовка к текущей, промежуточной аттестации и т.д.

Контроль результатов внеаудиторной самостоятельной работы преподаватель осуществляет в начале каждого семинарского/практического занятия.

Контроль результатов аудиторной самостоятельной работы осуществляется в пределах времени, отведенного на практические занятия по дисциплине. В зависимости от сложности познавательной деятельности при изучении дисциплин используется три уровня самостоятельной работы:

— репродуктивная самостоятельная работа, которая включает изучение основной и дополнительной рекомендованной литературы, изучение методических рекомендаций к занятию, решение типовых задач, ситуаций;

— реконструктивная самостоятельная работа включает в себя подготовку к презентациям, сообщениям по заданной теме, решение профессиональных задач, моделирование профессиональной деятельности;

— творческая самостоятельная работа включает анализ, обобщение и систематизацию научных и нормативно-правовых документов, самостоятельное составление ситуаций, задач, проектов, составление выступлений по проблемам профессиональной деятельности. Контроль результатов внеаудиторной самостоятельной работы преподаватель осуществляет на семинарском/практическом занятии.

Самостоятельная работа начинается с изучения рабочей программы дисциплины, отражена в рабочих программах дисциплин.

Для конспектирования лекционного материала, а также выполнения семинарских/практических работ требуются рабочие тетради.

Самостоятельная работа обучающегося подразделяется на аудиторную и внеаудиторную самостоятельную работу

Аудиторная самостоятельная работа по дисциплинам выполняется на учебных занятиях (семинарские или практические) под непосредственным руководством преподавателя и по его заданию.

Основными видами аудиторной самостоятельной работы являются:

— выполнение практических работ;

— работа с нормативно-правовыми документами в области обращения лекарственных средств;

— решение ситуационных/симуляционных задач;

— презентация результатов научно-исследовательской работы по заданным темам

Выполнение практических работ осуществляется на семинарских/практических занятиях в соответствии с графиком учебного процесса и расписанием занятий.

Работа с основной, дополнительной литературой, эмпирическими и статистическими данными, как правило, основана на изучении документов и данных, их обобщении и представлении.

Решение ситуационных задач используется на семинарских/практических занятиях. Проблемная/ситуационная задача должна иметь четкую формулировку, к ней должны быть поставлены вопросы, ответы на которые необходимо найти и обосновать.

Критерии для оценки каждого вида аудиторной самостоятельной работы обучающегося разрабатываются преподавателем для конкретной дисциплины /цикла из предложенного перечня критериев оценки результатов аудиторной самостоятельной работы:

— уровень освоения учебного материала;

— умение использовать теоретические знания при выполнении лабораторных, практических, ситуационных, симуляционных задач;

— сформированность заявленных умений по теме аудиторного занятия;

— обоснованность и четкость изложения ответов;

— оформление материала в соответствии с требованиями, заявленными в задании;

— уровень самостоятельности обучающегося при выполнении аудиторной самостоятельной работы.

Внеаудиторная самостоятельная работа является элементом каждой темы дисциплин.

Планирование времени, необходимого на внеаудиторное самостоятельное изучение дисциплин, обучающие должны осуществлять весь семестр, предусматривая при этом регулярное повторение материала.

Материал, законспектированный на лекциях, необходимо регулярно прорабатывать и дополнять сведениями из других источников литературы, представленных не только в программах дисциплин, но и в периодических профильных научных изданиях, материалах конференций.

При изучении дисциплин сначала необходимо по каждой теме прочитать рекомендованную литературу и составить краткий конспект основных положений, терминов, сведений, требующих запоминания и являющихся основополагающими в этой теме для освоения последующих тем курса. Для расширения знания по дисциплине рекомендуется

использовать Интернет-ресурсы; проводить поиски в различных системах и использовать материалы сайтов, рекомендованных преподавателем.
При выполнении самостоятельной работы по написанию реферата необходимо: прочитать теоретический материал в рекомендованной литературе, периодических изданиях, на Интернет-сайтах; творчески переработать изученный материал и представить его для отчета в форме реферата, проиллюстрировав схемами, диаграммами, фотографиями и рисунками.
Тексты докладов и рефератов должны быть изложены внятно, простым и ясным языком.
Для обеспечения внеаудиторной самостоятельной работы по каждой теме дисциплин/блоку разработаны:
а) перечень основной и дополнительной литературы;
б) вопросы для самоконтроля.
При выполнении внеаудиторной самостоятельной работы обучающийся имеет право обращаться к преподавателю за консультацией с целью уточнения задания, формы контроля выполненного задания.
Контроль результатов внеаудиторной самостоятельной работы отражается в индивидуальном плане после выполнения внеаудиторной самостоятельной работы.
Критерии оценки внеаудиторной работы формируются преподавателем самостоятельно для каждого вида работы. Основными критериями оценки внеаудиторной работы обучающегося выступают:
- уровень освоения материала;
- уровень умения использовать теоретические знания при выполнении заданий, решении ситуационных задач;
- обоснованность и четкость изложения ответов,
- результаты тестирования по шкале оценок;
- уровень умения использовать электронные образовательные ресурсы;
- умение четко формулировать проблему, предложив ее решение, критическая оценка последствий решения;
- уровень умения сформулировать собственную позицию и аргументировать ее.

Качество выполнения внеаудиторной самостоятельной работы оценивается посредством текущего контроля самостоятельной работы обучающегося. Текущий контроль представляет собой форму планомерного контроля качества и объема осваиваемых компетенций в процессе изучения конкретной дисциплины, проводится на семинарских/практических занятиях и во время индивидуальной работы преподавателя с обучающимися.

Шкала оценивания внеаудиторной самостоятельной работы:
Зачтено – задание выполнено полно и правильно, изложено в правильных нормативных формулировках с использованием точного понятийного аппарата, с использованием рекомендованных источников литературы, продемонстрировано умение формулировать проблему, предложены пути ее решения, проведена критическая оценка последствий такого решения, а также умение формулировать собственную позицию и аргументировать ее.
Не зачтено – обучающийся не выполнил задание либо выполнил не в полном объеме, демонстрирует несформированность понятийного аппарата по теме, отсутствие умения формулировать проблему, обобщать материал, не может аргументировать свой ответ.

2. Методические рекомендации для организации и проведения практических занятий
Практическое занятие - вид учебных занятий, при котором в результате предварительной работы над учебным материалом преподавателя и студента, в обстановке их контактной работы в аудитории решаются задачи познавательного и воспитательного характера.

Цель такой формы обучения – углубленное изучение дисциплины, закрепление полученного теоретического материала в форме внеаудиторной самостоятельной работы, овладение методологией научного познания и формирования базовых умений. Немаловажным преимуществом практических занятий является и формирование навыков профессиональной дискуссии.

Задачи практических занятий:

- мотивация к регулярному изучению теоретического учебного материала, основной, дополнительной литературы;
- закрепление теоретических знаний, полученных при прослушивании лекций и во время внеаудиторной самостоятельной работы;
- получение навыков устного и публичного выступления по теоретическим вопросам, включая навыки по свободному оперированию организационными и управленческими понятиями и категориями;
- формирование навыков по универсальным и профессиональным компетенциям;
- возможность преподавателю систематически контролировать как самостоятельную работу студента, так и свою работу.

Практические занятия проводятся по плану.

Каждая тема практического занятия, как правило, включает: цель занятия, перечень основных и дополнительных источников литературы, вопросы к устному обсуждению на занятии, ситуационные задачи и перечень заданий, которые обучающиеся самостоятельно должны решить на практическом занятии.

Каждое практическое занятие посвящено, как правило, изучению нескольких компетенций и включает три основных этапа.

Первый этап - устный опрос по заранее сформулированным вопросам либо представление докладов/презентаций, подготовленных в рамках внеаудиторной самостоятельной работы по заранее сформулированным требованиям. Важнейшей частью этапа, является обсуждение представленных докладов/презентаций. Цель преподавателя – организовать обмен мнениями, дискуссию в группе, скорректировать уровень подготовленности студентов.

Одним из возможных элементов первого этапа является решение ситуационных задач, которые максимально приближены к профессиональной деятельности.

Требования к ответам обучающихся – самостоятельность в подборе фактического материала и аналитическом отношении к нему, умение рассматривать примеры и факты во взаимосвязи и взаимообусловленности, отбирать наиболее существенные из них.

Для оценивания первого (теоретического) этапа занятия используются знания, умения, владения, которые заявлены на каждое занятие:

1) знание учебного материала и владение понятийным аппаратом по теме занятия;
2) умение связывать теорию с практикой;
3) умение иллюстрировать ответ примерами, фактами, данными научных исследований;
4) умение применять теоретические знания при решении ситуационных задач.

Второй этап – аудиторное самостоятельное выполнение семинарских /практических заданий, которые обучающийся выполняет индивидуально либо в группе, если такое предусмотрено заданием.

В процессе выполнения самостоятельной аудиторной работы обучающийся имеет право на получение индивидуальных консультаций у преподавателя.

По окончании выполнения аудиторной самостоятельной работы обучающийся сдает отчет о выполнении самостоятельных лабораторных заданий преподавателю, который оценивается по шкале «зачет/незачет».

Критерии оценивания практического занятия осуществляются по следующим критериям:

1. своевременное выполнение внеаудиторной самостоятельной работы по изучаемой теме;
2. демонстрируемый обучающимся уровень усвоения заявленной к освоению компетенции (знания, умения, навыки);

— хорошее знание и уверенное владение на занятии теоретическим содержанием учебного материала;

— адекватное применение теоретического материала к решению ситуационных задач, заданий для аудиторной самостоятельной работы;

— умение аргументировать свои решения, развернуто отвечать на дополнительные вопросы преподавателя.

3. Соблюдение организационных и дисциплинарных требований, предъявляемых к обучающемуся на семинарских/практических занятиях: аккуратный внешний вид, соблюдение дисциплины на занятиях, полнота и своевременность представления выполненных заданий в полном объеме (не позднее даты окончания занятия и в полном соответствии с предъявляемыми к их содержанию и качеству оформления).

Третий этап – заключительный. Преподаватель дает общую оценку уровня подготовленности обучаемых к практическим занятиям, характеризует активность каждого обучающегося на занятии и озвучивает оценки каждому обучающемуся с их обоснованием.

Шкала оценивания осуществляется по четырехбалльной шкале (таблица 2)

Критерии оценивания лабораторного/практического занятия	Шкала оценок
Полное соответствие работы обучающегося требованиям. Обучающийся демонстрирует уверенные знания, способен творчески решать поставленные задачи, самостоятельно демонстрирует умения, обладает некоторыми навыками. Обучающийся успешно выполнил внеаудиторную самостоятельную работу, демонстрирует глубокое теоретическое знание по изучаемой теме, умение его применять на практике (в установленный срок сдал протоколы занятия/представил и защитил доклады/презентации и др.).	Отлично
Работа обучающегося содержит неполное соответствие требованиям. Обучающийся демонстрирует хорошее знание материала, способен творчески решать поставленные задачи, демонстрирует базовые умения. Обучающийся выполнил внеаудиторную самостоятельную работу, продемонстрировал знание учебного материала, содержатся отдельные пробелы в умении применить полученные теоретические знании к решению ситуационных задач .	Хорошо
Работа обучающегося содержит неполное соответствие требованиям. Обучающийся демонстрирует знание базового материала, способен решать поставленные задачи под руководством преподавателя, освоил базовые умения. Успешно выполнил внеаудиторную самостоятельную работу, продемонстрировал знание учебного материала, но затрудняется интерпретировать его практически.	Удовлетвори тельно
Работа не соответствует требованиям.	Неудовлетво рительно

3. Методические рекомендации по организации и выполнению рефератов

Реферат предусматривает углубленное изучение дисциплины, способствует развитию навыков самостоятельной работы с литературными источниками.

Реферат – краткое изложение в письменном виде содержания научного труда по предоставленной теме. Это самостоятельная научноисследовательская работа, где обучающийся раскрывает суть исследуемой проблемы с элементами анализа по теме реферата. Приводит различные точки зрения, а также собственные взгляды на проблемы темы реферата.

Содержание реферата должно быть логичным, изложение материала носить проблемно-тематический характер.
Объем реферата может колебаться в пределах 15-20 печатных страниц.
Основные разделы: оглавление (план), введение, основное содержание, заключение, список литературы.
Текст реферата должен содержать следующие разделы:
— титульный лист реферата (приложение 2);
— ведение, актуальность темы.
— основной раздел.
— заключение
— список литературных источников
Список литературных источников- библиографическое описание используемых источников литературы, в том числе и интернет-источников, оформленное по ГОСТ 7.1 – 2003; 7.80 – 2000; должен иметь не менее 10 библиографических названий, включая сетевые ресурсы.
Текстовая часть реферата оформляется на листе следующего формата:
— отступ сверху – 2 см;
— отступ слева – 3 см;
— отступ справа – 1,5 см;
— отступ снизу – 2,5 см;
— шрифт текста: Times New Roman, высота шрифта – 14, пробел – 1,5;
— нумерация страниц – снизу листа. На первой странице номер не ставится.
Реферат должен быть выполнен грамотно с соблюдением культуры изложения. Обязательно должны иметься ссылки на используемую литературу, включая периодическую литературу за последние 5 лет.
Критерии оценки реферата:
— актуальность темы исследования;
— соответствие содержания теме;
— глубина проработки материала;
— правильность и полнота разработки темы;
— значимость выводов для дальнейшей практической деятельности;
— правильность и полнота использования литературы;
— соответствие оформления реферата стандарту;
— качество сообщения и ответов на вопросы при защите реферата.
Практическое занятие по защите рефератов может проводиться в качестве «круглого стола» в форме представления докладов, посвященных теме занятия, по следующим этапам:
Этап 1. Каждый обучающийся представляет собственный доклад (обязательно использование презентации) по выбранной теме. Доклад 5-7 минут. Обсуждение доклада, вопросы – 2-3 минуты.
Этап 2. Оценка докладов и презентаций, представленных в группе (таблица 3).

Таблица 3 - Шкала оценки докладов на практическом занятии

Критерии оценки	Шкала оценок
1. Доклад четко выстроен, сопровождается презентацией, отражающей проблематику доклада, имеет четкие выводы, полностью характеризующие работу. Автор отлично ориентируется в материале и отвечает на все вопросы, владеет специальной терминологией. 2. Обучающийся активно участвует в обсуждении докладов других обучающихся из группы	Отлично

1. Доклад структурирован, презентация не отражает в полной мере содержание доклада, допущены неточности, выводы нечеткие. Автор затрудняется ответить на вопросы, слабо использует специальную терминологию. 2. Обучающийся участвует в обсуждении докладов других обучающихся из группы	Хорошо
1. Доклад структурирован, содержание не полностью раскрывает цель доклада, отсутствует презентация. 2. Обучающийся пассивен при обсуждении докладов других обучающихся из группы	Удовлетвори тельно
1. Доклад не структурирован/отсутствует, презентация отсутствует. Автор не владеет материалом. 2. Обучающийся не участвует в обсуждении докладов.	Неудовлетво рительно

4. Методические рекомендации по подготовке и созданию презентаций

Создание материалов-презентаций — это вид самостоятельной работы обучающихся по созданию наглядных информационных пособий, выполненных с помощью мультимедийной компьютерной программы PowerPoint.

Этот вид работы требует координации навыков обучающегося по сбору, систематизации, переработке информации, оформления ее в виде подборки материалов, кратко отражающих основные вопросы изучаемой темы, в электронном виде. Создание презентаций расширяет методы и средства обработки и представления учебной информации, формирует у обучающихся навыки работы на компьютере.

Презентации готовятся обучающимся в виде слайдов с использованием программы Microsoft PowerPoint.

Обучающийся при подготовке презентации должен выполнить следующий комплекс взаимосвязанных видов самостоятельной работы:

— изучить материалы темы, выделяя главное и второстепенное;

— установить логическую связь между элементами темы;

— представить характеристику элементов в краткой форме;

— выбрать опорные сигналы для акцентирования главной информации и отобразить в структуре работы;

— оформить презентацию в соответствии с рекомендациями (таблица 4), разместить ее в электронной образованной среде университета, к установленному сроку либо представить на практическое/лабораторное занятие.

Таблица 4 - Методические рекомендации по оформлению презентации

Критерии оценки	Шкала оценок
1. Стиль	1.1 Соблюдайте единый стиль оформления. 1.2 Избегайте стилей, которые будут отвлекать от самой презентации. 1.3 Вспомогательная информация не должны преобладать над основной информацией (текст, рисунки).
2. Фон	Для фона предпочтительнее использовать более холодные тона (синий или зеленый).
3. Использование цвета	3.1 На одном слайде рекомендуется использовать не более трех цветов: один для фона, один для заголовков, один для текста. для фона и текста используйте контрастные цвета. 3.2. Обратите особое внимание на цвет гиперссылок (до и после использования).

4 Текст/ представление информации	4.1 Используйте короткие слова и предложения. 4.2. Минимизируйте количество предлогов, наречий, прилагательных. 4.3.Заголовки должны привлекать внимание аудитории. 4.4 Предпочтительно горизонтальное расположение информации. 4.5 Наиболее важная информация должна располагаться в центре экрана. Если на слайде располагается картинка, надпись должна располагаться под ней. 4.6 Наибольшая эффективность достигается тогда, когда ключевые пункты отображаются по одному на каждом отдельном слайде.
5.Шрифты	5.1 Для заголовков не менее 24 5.2 Для информации- не менее 18. 5.3Шрифты без засечек легче читать с большого расстояния. 5.4.Нельзя смешивать разные типы шрифтов в одном тексте 5.5.Для выделения информации следует использовать жирный шрифт, курсив или подчеркивание. 5.6 Нельзя злоупотреблять прописными буквами (они читаются хуже строчных букв).
6.Анимационные эффекты	Возможности компьютерной анимации для оформления презентации необходимо использовать умерено, они не должны отвлекать внимание от содержания информации на слайде.

Критерии оценивания презентаций:

— соответствие содержания теме;

— правильная структурированность информации;

— наличие логической связи изложенной информации;

— эстетичность оформления, его соответствие требованиям;

— презентация выполнена и представлена в срок.

Шкала оценивания презентаций разрабатывается преподавателем и доводится до сведения обучающихся вместе с заданием.

Оценка «Отлично»:

презентация отличается целостностью, логичностью и оригинальностью. Оформление логично, эстетично, не противоречит содержанию доклада. Информация структурирована. Иллюстрации презентации соответствуют содержанию, дополняют информацию о раскрываемой проблеме. Текст доклада, сопровождающего презентацию, излагается обучающимся самостоятельно, с незначительной опорой на печатный текст. Ответы на вопросы преподавателя и аудитории четкие, аргументированные, сопровождаются ссылкой на факты и примеры.

Оценка «Хорошо»:

презентация характеризуется целостностью, логической завершенностью, с незначительными недочетами в логике изложения материала. Оформление эстетично, логично, структурировано. Текст доклада излагается с преимущественной опорой на текст. Ответы на дополнительные и уточняющие вопросы не вносят ясности, преимущественно повторяют содержание презентации.

Оценка «Удовлетворительно»:

презентация характеризуется отсутствием единого стиля в оформлении, ввиду чего информация тяжело воспринимается аудиторией. Сведения, излагаемые обучающимся разрозненные, плохо структурированы и аргументированы. Текст доклада

преимущественно зачитывается, обучающимся допускаются неточности и ошибки в изложении материала. Ответы на дополнительные вопросы затруднительны.
Оценка «Неудовлетворительно»:
оформление презентации не соответствует заявленным требованиям. Работа характеризуется отсутствием единого стиля. Обучающийся представляет разрозненные сведения, которые слабо коррелируют с заявленной темой исследования, текст доклада зачитывается, обучающимся часто допускаются ошибки в изложении материала, допускаются ошибки в использовании научной и профессиональной терминологии. Ответы на дополнительные вопросы обучающийся не дает.

5. Организация самостоятельной работы обучающего при подготовке к текущей, промежуточной аттестациям

Текущий контроль осуществляется систематически с целью установления уровня овладения заявленными в рабочей программе дисциплины/практики компетенциями при изучении. В течение года в соответствии с программой дисциплины проводятся текущие аттестации. Форма проведения текущей аттестации (письменное / устное собеседование, тестирование, решение ситуационных задач, защита реферата) определяется руководителем курса и доводится до обучающихся. Вопросы по текущей аттестации доводятся до сведения обучающихся не позднее 3 дней до проведения аттестации.
Подготовка к промежуточной аттестации предполагает систематизацию обучающимся усвоенных в ходе обучения по дисциплинам профессиональных знаний и умений. Программа промежуточной аттестации экзамена имеет обобщающий характер и ориентирует обучающегося в процессе подготовки к нему на актуализацию знаний, умений и навыков, отражающих наиболее существенные компоненты содержания дисциплин, закрепление в профессиональном сознании комплексного и целостного знания.
Подготовка к промежуточной аттестации является формой самостоятельной работы обучающегося. Ее эффективной организации будут способствовать рекомендованные перечни основной и дополнительной литературы, информационных и электронно-образовательных ресурсов, а также список вопросов, которые составляют основу для итогового анализа профессиональной компетентности обучающегося и оценки ее соответствия требованиям ФГОС по компетенциям, закрепленным за дисциплинами. Ориентируясь в перечнях основной и дополнительной литературы, обучающийся может выбрать из них как основополагающие источники, так и те, которые позволят углубить и расширить знания по актуальным проблемам специальностей, систематизировать их и отразить в комплексе.
В ходе подготовки к промежуточной аттестации рекомендуется составлять развернутый план ответа на вопрос программы экзамена, что обеспечит логическую последовательность изложения материала. Продумывая структуру ответа, необходимо: во-первых, уделить внимание раскрытию теоретической сущности явления или понятий, обозначенных в контрольно-измерительном материале, во-вторых, осветить содержание и закономерности рассматриваемых явлений, отразить состояние их изученности в современной медицине. Обучающийся должен продемонстрировать на промежуточной аттестации владение категориальным аппаратом дисциплин, показать умение использовать знания, полученные при изучении дисциплин для анализа современных тенденций в медицине, применять их для решения профессиональных задач врачей по специальностям.
В ходе подготовки к промежуточной аттестации обучающемуся рекомендуется использовать весь набор методов и средств современных информационных технологий для изучения содержания отечественной и зарубежной литературы по дисциплине, анализа и оценки ее текущего состояния и перспектив развития.
При подготовке к промежуточной аттестации рекомендуется активно применять следующие образовательные и профессионально-ориентированные технологии:

– информационные технологии – компьютерные технологии, в том числе доступ в Интернет (для получения учебной и учебно-методической информации, представленной в научных электронных журналах и на сайтах библиотек);
– информационно-коммуникационные технологии.
Оценка знаний, умений и навыков, характеризующая этапы формирования компетенций в рамках изучения дисциплины осуществляется в ходе текущей и промежуточной аттестаций.
Форма проведения текущей/ промежуточной аттестации определяется рабочей программой дисциплины. Оценивание компетенций, вынесенных на промежуточную аттестацию в форме экзамена, осуществляется по четырехбалльной шкале:
оценка «отлично» - 5 баллов
оценка «хорошо» - 4 балла
оценка «удовлетворительно» - 3 балла
оценка «неудовлетворительно» - 2 балла.
При сдаче промежуточной аттестации в форме зачета:
«зачтено» - 3-5 баллов или «не зачтено» - 2 балла.

6. Методические материалы по самостоятельной работе обучающегося при прохождении производственной(клинической) практики

Производственная (клиническая) практика составлена по модулям – дисциплинам и проводится в форме контактной и самостоятельной работы обучающегося.
Контактная работа предусматривает работу руководителя практики с обучающимся в форме индивидуальных/групповых консультаций.
К самостоятельной работе по практикам относятся следующие виды работ обучающегося:
- ознакомление с нормативно-правовым обеспечением практик, включая программы практик;
- изучение законодательной и нормативно-правовой обеспеченности профессиональной деятельности в сфере обращения лекарственных средств в предметной области практики;
- выполнение заданий, заполнение отчета о прохождении практики;
- подготовка к промежуточной аттестации по итогам практики.
По окончании практики обучающийся оформляет отчёт. Материал для составления отчета собирается и накапливается с первого дня практики. Отчет должен содержать самоанализ выполненной работы обучающимся.
Во время прохождения практики необходимо выполнение следующих условий:
- Явиться на установочное собрание, проводимое руководителем практики и получить пакет документов в учебно-методическом отделе.
- В первый день практики прийти на базу к 8 часам утра, и представиться общему руководителю.
- Быть одетым строго по форме и следить за ее чистотой. Иметь сменную обувь.
- Работать строго по графику. Пропущенные дни, даже по уважительной причине, отрабатываются в дополнительное время.
- Ознакомиться с документацией структурных подразделений (поликлиника, стационар, приемный покой, в отделениях - процедурные кабинеты, пост и т.д.).
- Активно участвовать в общественной жизни структурных подразделений, а также в санитарно-просветительной работе.
- Бережно относиться к имуществу лечебно-профилактических учреждений.
- Быть дисциплинированными, спокойными и вежливыми в обращении с товарищами по работе, с больными и их родственниками, в отделениях соблюдать тишину и порядок.
- Ежедневно и аккуратно вести отчет, заполнять листы обязательных манипуляций.
Критерии оценки промежуточной аттестации по производственной (клинической) практике представлены в Таблице 6.

Таблица 6 – Критерии оценки промежуточной аттестации по производственной практике

Критерии оценки	Шкала оценок
Обучающийся предоставил оформленный соответствующим образом, отчет и отзыв с положительной характеристикой руководителя практики; продемонстрировал систематические знания по контролируемым компетенциям; владеет способностью и готовностью применять знания, умения и навыки для решения профессиональных задач на практике; в ответе присутствует четкая структура, логическая последовательность, современная профессиональная терминология; ответ обоснован нормативной документацией и конкретными примерами из производственной практики.	Зачтено
Обучающийся предоставил неполный перечень отчетной документации; демонстрирует полное отсутствие или фрагментарные знания, умения и навыки по контролируемой компетенции и неспособность применять их на практике для решения профессиональных задач; не в состоянии обосновать свой ответ нормативной документацией и примерами из производственной практики; дополнительные и уточняющие вопросы преподавателя не приводят к коррекции ответа	Не зачтено

МИНИСТЕРСТВО НАУКИ И ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования
«Чеченский государственный университет имени Ахмата Абдулхамидовича Кадырова»

МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ
Кафедра химических дисциплин и фармакологии

МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ИЗУЧЕНИЮ УЧЕБНОЙ ДИСЦИПЛИНЫ «БИООРГАНИЧЕСКАЯ ХИМИЯ»

Специальность	Лечебное дело
Код специальности	31.05.01
Квалификация выпускника	Врач-лечебник
Форма обучения	Очная

Грозный

Исаева Э.Л. Методические рекомендации по изучению учебной дисциплины «Биоорганическая химия» / Сост. Исаева Э. Л. – Грозный: ФГБОУ ВО «Чеченский государственный университет им. А.А. Кадырова».

Методические рекомендации по изучению учебной дисциплины «Биоорганическая химия» рассмотрены и одобрены на заседании кафедры химических дисциплин и фармакологии, рекомендованы к использованию в учебном процессе (протокол № 9 от «12» мая 2025 г.),.), составлены в соответствии с требованиями ФГОС ВО по специальности 31.05.01 Лечебное дело (специалитет), утвержденного приказом Минобрнауки России от 12.08.2020 № 988.

© Исаева Э.Л.

© ФГБОУ ВО «Чеченский государственный университет им. А.А. Кадырова».

СОДЕРЖАНИЕ

1. Общие положения.....4

2. Методические рекомендации по изучению дисциплины в процессе аудиторных занятий....4

2.1. Рекомендации по подготовке к лекционным занятиям (теоретический курс).....4

2.2. Рекомендации по подготовке к практическим (семинарским) занятиям.....4

3. Методические рекомендации по выполнению различных форм самостоятельных заданий 4

3.1. Методические рекомендации по работе с литературой.....5

3.2. Методические рекомендации по подготовке научного доклада.....5

3.3. Методические рекомендации по подготовке реферата.....6

1. Общие положения

Методические указания по освоению дисциплины «Биоорганическая химия» адресованы студентам очной формы обучения.

Учебным планом по направлению подготовки 31.05.01 «Лечебное дело» предусмотрены следующие виды занятий:

- лекции;
- практические занятия;

2. Методические рекомендации по изучению дисциплины в процессе аудиторных занятий.

2.1. Рекомендации по подготовке к лекционным занятиям (теоретический курс)

Изучение дисциплины требует систематического и последовательного накопления знаний.

Студентам необходимо вести конспект прослушанных лекций. Перед очередной лекцией необходимо просмотреть по конспекту материал предыдущей лекции. При затруднениях в восприятии материала следует обратиться к основным литературным источникам. Если разобраться в материале не удалось, то следует обратиться к лектору (по графику его консультаций) или к преподавателю на практических занятиях.

2.2. Рекомендации по подготовке к практическим (семинарским) занятиям

Студентам следует:

- ознакомиться с заданием к занятию; определить примерный объем работы по подготовке к ним; выделить вопросы и задачи, ответы на которые или выполнение и решение без предварительной подготовки не представляется возможным;
- иметь в виду и то, что в библиотеке учебного заведения не всегда имеются в наличии все рекомендованные источники, их необходимо найти заранее.
- приносить с собой рекомендованную преподавателем литературу к конкретному занятию;
- до очередного практического занятия по рекомендованным литературным источникам проработать теоретический материал, соответствующей темы занятия;
- пользоваться техническими средствами обучения и дидактическими материалами, которыми располагает учебное заведение.
- при подготовке к практическим занятиям следует обязательно использовать не только лекции, учебную литературу, но и нормативно-правовые акты и материалы правоприменительной практики;
- теоретический материал следует соотносить с правовыми нормами, так как в них могут быть внесены изменения, дополнения, которые не всегда отражены в учебной литературе;
- при ответах на вопросы и решения задач необходимо внимательно прочитать их текст и попытаться дать аргументированное объяснение с обязательной ссылкой на соответствующую правовую норму;
- в начале занятий задать преподавателю вопросы по материалу, вызвавшему затруднения в его понимании и освоении при решении задач, заданных для самостоятельного решения;
- по ходу семинара давать конкретные, четкие ответы по существу вопросов. Структура ответов может быть различной: либо вначале делается вывод, а затем приводятся аргументы, либо дается развернутая аргументация принятого решения, на основании которой предлагается ответ. Возможны и несколько вариантов ответов, которые должны быть обоснованны.
- на занятии доводить каждую задачу до окончательного решения, демонстрировать понимание проведенного анализа проблемной ситуации, в случае затруднений обращаться к преподавателю.

Студентам, пропустившим занятия (независимо от причин), не имеющие письменного решения задач или не подготовившиеся к данному практическому занятию, рекомендуется не позже чем в 2-недельный срок явиться на консультацию к преподавателю и отчитаться по теме, изучавшейся на занятии. Студенты, не отчитавшиеся по каждой не проработанной ими на занятиях теме к началу зачетной сессии, упускают возможность получить положенные баллы за работу в соответствующем семестре.

3. Методические рекомендации по выполнению различных форм самостоятельных заданий

Самостоятельная работа студентов включает в себя выполнение различного рода заданий, которые ориентированы на более глубокое усвоение материала изучаемой дисциплины. По каждой теме учебной дисциплины студентам предлагается перечень заданий для самостоятельной работы.

К выполнению заданий для самостоятельной работы предъявляются следующие требования: задания должны исполняться самостоятельно и представляться в установленный срок, а также соответствовать установленным требованиям по оформлению.
Студентам следует:
- руководствоваться графиком самостоятельной работы, определенным рабочей программой дисциплины;
- выполнять все плановые задания, выдаваемые преподавателем для самостоятельного выполнения, и разбирать на семинарах и консультациях неясные вопросы;
- использовать при подготовке нормативные документы университета.

3.1. Методические рекомендации по работе с литературой.

Любая форма самостоятельной работы студента (подготовка к семинарскому занятию, написание эссе, курсовой работы, доклада и т.п.) начинается с изучения соответствующей литературы.
К каждой теме учебной дисциплины подобрана основная и дополнительная литература, которая указана в соответствующем разделе рабочей программы.
Основная литература - это учебники и учебные пособия.
Дополнительная литература - это монографии, сборники научных трудов, журнальные и газетные статьи, различные справочники, энциклопедии, интернет ресурсы.
Рекомендации студенту:
выбранную монографию или статью целесообразно внимательно просмотреть. В книгах следует ознакомиться с оглавлением и научно-справочным аппаратом, прочитать аннотацию и предисловие. Целесообразно ее пролистать, рассмотреть иллюстрации, таблицы, диаграммы, приложения. Такое поверхностное ознакомление позволит узнать, какие главы следует читать внимательно, а какие прочитать быстро;
- в книге или журнале, принадлежащие самому студенту, ключевые позиции можно выделять маркером или делать пометки на полях. При работе с Интернет -источником целесообразно также выделять важную информацию;
- если книга или журнал не являются собственностью студента, то целесообразно записывать номера страниц, которые привлекли внимание. Позже следует возвратиться к ним, перечитать или переписать нужную информацию. Физическое действие по записыванию помогает прочно заложить данную информацию в «банк памяти».
Выделяются следующие виды записей при работе с литературой:
Конспект - краткая схематическая запись основного содержания научной работы. Целью является не переписывание произведения, а выявление его логики, системы доказательств, основных выводов. Хороший конспект должен сочетать полноту изложения с краткостью.
Цитата - точное воспроизведение текста. Заключается в кавычки. Точно указывается страница источника.
Тезисы - концентрированное изложение основных положений прочитанного материала.
Аннотация - очень краткое изложение содержания прочитанной работы. Резюме - наиболее общие выводы и положения работы, ее концептуальные итоги.
Записи в той или иной форме не только способствуют пониманию и усвоению изучаемого материала, но и помогают вырабатывать навыки ясного изложения в письменной форме тех или иных теоретических вопросов.

3.2. Методические рекомендации по подготовке научного доклада

Одной из форм самостоятельной работы студента является подготовка научного доклада, для обсуждения его на практическом (семинарском) занятии.
Цель научного доклада - развитие у студентов навыков аналитической работы с научной литературой, анализа дискуссионных научных позиций, аргументации собственных взглядов. Подготовка научных докладов также развивает творческий потенциал студентов.
Научный доклад готовится под руководством преподавателя, который ведет практические (семинарские) занятия.
Рекомендации студенту:
- перед началом работы по написанию научного доклада согласовать с преподавателем тему, структуру, литературу, а также обсудить ключевые вопросы, которые следует раскрыть в докладе;
- представить доклад научному руководителю в письменной форме;
- выступить на семинарском занятии с 5-7-минутной презентацией своего научного доклада, ответить на вопросы студентов группы.

Требования:
- к оформлению научного доклада: шрифт - Times New Roman, размер шрифта -14, межстрочный интервал -1, размер полей – 2 см, отступ в начале абзаца - 1 см, форматирование по ширине); листы доклада скреплены скоросшивателем. На титульном листе указывается наименование учебного заведения, название кафедры, наименование дисциплины, тема доклада, ФИО студента;
- к структуре доклада - введение (указывается актуальность, цель и задачи), основная часть, выводы автора, список литературы (не менее 5 позиций источников научной литературы (научные статьи и монографии). Объем согласовывается с преподавателем. В конце работы ставится дата ее выполнения и подпись студента, выполнившего работу.
Общая оценка за доклад учитывает содержание доклада, его презентацию, а также ответы на вопросы.

3.3. Методические рекомендации по подготовке реферата

Целью написания рефератов является:
- привитие студентам навыков библиографического поиска необходимой литературы (на бумажных носителях, в электронном виде);
привитие студентам навыков компактного изложения мнения авторов и своего суждения по выбранному вопросу в письменной форме, научно грамотным языком и в хорошем стиле;
- приобретение навыка грамотного оформления ссылок на используемые источники, правильного цитирования авторского текста;
- выявление и развитие у студента интереса к определенной научной и практической проблематике с тем, чтобы исследование ее в дальнейшем продолжалось в подготовке и написании курсовых и дипломной работы и дальнейших научных трудах.
Основные задачи студента при написании реферата:
- с максимальной полнотой использовать литературу по выбранной теме (как рекомендуемую, так и самостоятельно подобранную) для правильного понимания авторской позиции;
- верно (без искажения смысла) передать авторскую позицию в своей работе;
- уяснить для себя и изложить причины своего согласия (несогласия) с тем или иным автором по данной проблеме.
Требования к содержанию:
- материал, использованный в реферате, должен относится строго к выбранной теме;
- необходимо изложить основные аспекты проблемы не только грамотно, но и в соответствии с той или иной логикой (хронологической, тематической, событийной и др.)
- при изложении следует сгруппировать идеи разных авторов по общности точек зрения или по научным школам;
- реферат должен заканчиваться подведением итогов проведенной исследовательской работы: содержать краткий анализ-обоснование преимуществ той точки зрения по рассматриваемому вопросу, с которой Вы солидарны.

Структура реферата.
1. Титульный лист.
На титульном листе указывается наименование учебного заведения, название кафедры, наименование дисциплины, тема реферата, ФИО студента, ФИО и должность проверившего преподавателя;
2. Оглавление.
Оглавление - это план реферата, в котором каждому разделу должен соответствовать номер страницы, на которой он находится.
3. Текст реферата.
Текст реферата делится на три части: введение, основная часть и заключение.
а) Введение - раздел реферата, посвященный постановке проблемы, которая будет рассматриваться и обоснованию выбора темы.
б) Основная часть - это звено работы, в котором последовательно раскрывается выбранная тема. Основная часть может быть представлена как цельным текстом, так и разделена на главы. При необходимости текст реферата может дополняться иллюстрациями, таблицами, графиками, но ими не следует "перегружать" текст.
в) Заключение - данный раздел реферата должен быть представлен в виде выводов, которые готовятся на основе подготовленного текста. Выводы должны быть краткими и четкими. Также в

заключении можно обозначить проблемы, которые "высветились" в ходе работы над рефератом, но не были раскрыты в работе.

4. Список источников и литературы.

В данном списке называются как те источники, на которые ссылается студент при подготовке реферата, так и все иные, изученные им в связи с его подготовкой. В работе должно быть использовано не менее 7 разных источников. Работа, выполненная с использованием материала, содержащегося в одном научном источнике, является явным плагиатом и не принимается. Оформление Списка источников и литературы должно соответствовать требованиям, принятым в университете.

Объем и технические требования, предъявляемые к выполнению реферата.

Объем работы должен быть, как правило, не менее 15 и не более 20 страниц. Работа должна выполняться через одинарный интервал 14 шрифтом, размеры оставляемых полей - 2 см. Страницы должны быть пронумерованы.

При цитировании необходимо соблюдать следующие правила:

- текст цитаты заключается в кавычки и приводится без изменений, без произвольного сокращения цитируемого фрагмента (пропуск слов, предложений или абзацев допускается, если не влечет искажения всего фрагмента, и обозначается многоточием, которое ставится на месте пропуска) и без искажения смысла;
- каждая цитата должна сопровождаться ссылкой на источник, библиографическое описание которого должно приводиться в соответствии с предъявляемыми требованиями.

МИНИСТЕРСТВО НАУКИ И ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования
**«ЧЕЧЕНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ УНИВЕРСИТЕТ
ИМЕНИ АХМАТА АБДУЛХАМИДОВИЧА КАДЫРОВА»**

МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ

Кафедра общественного здоровья и здравоохранения

МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ИЗУЧЕНИЮ УЧЕБНОЙ ДИСЦИПЛИНЫ

«Биоэтика»

Специальность	Лечебное дело
Код специальности	31.05.01
Квалификация выпускника	Врач - лечебник
Форма обучения	Очная

Грозный – 2025 г.

Яхъяева З.И. Методические рекомендации по изучению учебной дисциплины «Биоэтика» / Сост. Яхъяева З.И. – Грозный: ФГБОУ ВО «Чеченский государственный университет имени А.А.Кадырова».

Методические рекомендации по изучению учебной дисциплины «Биоэтика» рассмотрены и одобрены на заседании кафедры общественного здоровья и здравоохранения, рекомендована к использованию в учебном процессе (протокол № 9 от 26 мая 2025 г.), составлена в соответствии с требованиями ФГОС ВО по специальности 31.05.01 Лечебное дело (специалитет), утвержденного приказом Минобрнауки России от 27.03.2018 № 219.

© Яхъяева З.И.

© ФГБОУ ВО «Чеченский государственный университет имени А.А.Кадырова».

СОДЕРЖАНИЕ

1. Общие положения....4
2. Методические рекомендации по изучению дисциплины в процессе аудиторных занятий....4
2.1. Рекомендации по подготовке к лекционным занятиям (теоретический курс)....4
2.2. Рекомендации по подготовке к практическим (семинарским) занятиям....4
3. Методические рекомендации по выполнению различных форм самостоятельных заданий....5
3.1. Методические рекомендации по работе с литературой....5
3.2. Методические рекомендации по подготовке научного доклада....6
3.3. Методические рекомендации по подготовке реферата....7

1. Общие положения

Методические указания по освоению дисциплины «Биоэтика» адресованы студентам очной формы обучения.

Учебным планом по направлению подготовки 31.05.01 «Лечебное дело» предусмотрены следующие виды занятий:

- лекции;
- практические занятия;

2. Методические рекомендации по изучению дисциплины в процессе аудиторных занятий.

2.1. Рекомендации по подготовке к лекционным занятиям (теоретический курс)

Изучение дисциплины требует систематического и последовательного накопления знаний. Студентам необходимо вести конспект прослушанных лекций. Перед очередной лекцией необходимо просмотреть по конспекту материал предыдущей лекции. При затруднениях в восприятии материала следует обратиться к основным литературным источникам. Если разобраться в материале не удалось, то следует обратиться к лектору (по графику его консультаций) или к преподавателю на практических занятиях.

2.2. Рекомендации по подготовке к практическим (семинарским) занятиям

Студентам следует:

- ознакомиться с заданием к занятию; определить примерный объем работы по подготовке к ним; выделить вопросы и задачи, ответы на которые или выполнение и решение без предварительной подготовки не представляется возможным;
- иметь в виду и то, что в библиотеке учебного заведения не всегда имеются в наличии все рекомендованные источники, их необходимо найти заранее.
- приносить с собой рекомендованную преподавателем литературу к конкретному занятию;
- до очередного практического занятия по рекомендованным литературным источникам проработать теоретический материал, соответствующей темы занятия;
- пользоваться техническими средствами обучения и дидактическими материалами, которыми располагает учебное заведение.
- при подготовке к практическим занятиям следует обязательно использовать не только лекции, учебную литературу, но и нормативно-правовые акты и материалы правоприменительной практики;
- теоретический материал следует соотносить с правовыми нормами, так как в них могут быть внесены изменения, дополнения, которые не всегда отражены в учебной литературе;
- при ответах на вопросы и решения задач необходимо внимательно прочитать их текст и попытаться дать аргументированное объяснение с обязательной ссылкой на соответствующую правовую норму;
- в начале занятий задать преподавателю вопросы по материалу, вызвавшему затруднения в его понимании и освоении при решении задач, заданных для самостоятельного решения;
- по ходу семинара давать конкретные, четкие ответы по существу вопросов. Структура ответов может быть различной: либо вначале делается вывод, а затем приводятся аргументы, либо дается развернутая аргументация принятого решения, на основании которой предлагается ответ. Возможны и несколько вариантов ответов, которые должны быть обоснованны.
- на занятии доводить каждую задачу до окончательного решения, демонстрировать понимание проведенного анализа проблемной ситуации, в случае затруднений обращаться к преподавателю.

Студентам, пропустившим занятия (независимо от причин), не имеющие письменного решения задач или не подготовившиеся к данному практическому занятию, рекомендуется не позже, чем в 2-недельный срок явиться на консультацию к преподавателю и отчитаться по теме, изучавшейся на занятии. Студенты, не отчитавшиеся по каждой не проработанной ими на занятиях теме к началу зачетной сессии, упускают возможность получить положенные баллы за работу в соответствующем семестре.

3. Методические рекомендации по выполнению различных форм самостоятельных заданий

Самостоятельная работа студентов включает в себя выполнение различного рода заданий, которые ориентированы на более глубокое усвоение материала изучаемой дисциплины. По каждой теме учебной дисциплины студентам предлагается перечень заданий для самостоятельной работы.

К выполнению заданий для самостоятельной работы предъявляются следующие требования: задания должны исполняться самостоятельно и представляться в установленный срок, а также соответствовать установленным требованиям по оформлению.

Студентам следует:

- руководствоваться графиком самостоятельной работы, определенным рабочей программой дисциплины;
- выполнять все плановые задания, выдаваемые преподавателем для самостоятельного выполнения, и разбирать на семинарах и консультациях неясные вопросы;
- использовать при подготовке нормативные документы университета.

3.1. Методические рекомендации по работе с литературой.

Любая форма самостоятельной работы студента (подготовка к семинарскому занятию, написание эссе, курсовой работы, доклада и т.п.) начинается с изучения соответствующей литературы.

К каждой теме учебной дисциплины подобрана основная и дополнительная литература, которая указана в соответствующем разделе рабочей программы.

Основная литература - это учебники и учебные пособия.

Дополнительная литература - это монографии, сборники научных трудов, журнальные и газетные статьи, различные справочники, энциклопедии, интернет ресурсы.

Рекомендации студенту:

выбранную монографию или статью целесообразно внимательно просмотреть. В книгах следует ознакомиться с оглавлением и научно-справочным аппаратом, прочитать аннотацию и предисловие. Целесообразно ее пролистать, рассмотреть иллюстрации, таблицы, диаграммы, приложения. Такое поверхностное ознакомление позволит узнать, какие главы следует читать внимательно, а какие прочитать быстро;

- в книге или журнале, принадлежащие самому студенту, ключевые позиции можно выделять маркером или делать пометки на полях. При работе с Интернет -источником целесообразно также выделять важную информацию;
- если книга или журнал не являются собственностью студента, то целесообразно записывать номера страниц, которые привлекли внимание. Позже следует возвратиться к ним, перечитать или переписать нужную информацию. Физическое действие по записыванию помогает прочно заложить данную информацию в «банк памяти».

Выделяются следующие виды записей при работе с литературой:

Конспект - краткая схематическая запись основного содержания научной работы. Целью является не переписывание произведения, а выявление его логики, системы доказательств, основных выводов. Хороший конспект должен сочетать полноту изложения с краткостью.

Цитата - точное воспроизведение текста. Заключается в кавычки. Точно указывается страница источника.

Тезисы - концентрированное изложение основных положений прочитанного материала.

Аннотация - очень краткое изложение содержания прочитанной работы. Резюме - наиболее общие выводы и положения работы, ее концептуальные итоги.

Записи в той или иной форме не только способствуют пониманию и усвоению изучаемого материала, но и помогают вырабатывать навыки ясного изложения в письменной форме тех или иных теоретических вопросов.

3.2. Методические рекомендации по подготовке научного доклада

Одной из форм самостоятельной работы студента является подготовка научного доклада, для обсуждения его на практическом (семинарском) занятии.

Цель научного доклада - развитие у студентов навыков аналитической работы с научной литературой, анализа дискуссионных научных позиций, аргументации собственных взглядов. Подготовка научных докладов также развивает творческий потенциал студентов. Научный доклад готовится под руководством преподавателя, который ведет практические (семинарские) занятия.

Рекомендации студенту:

- перед началом работы по написанию научного доклада согласовать с преподавателем тему, структуру, литературу, а также обсудить ключевые вопросы, которые следует раскрыть в докладе;
- представить доклад научному руководителю в письменной форме;
- выступить на семинарском занятии с 5-7-минутной презентацией своего научного доклада, ответить на вопросы студентов группы.

Требования:

- к оформлению научного доклада: шрифт - Times New Roman, размер шрифта -14, межстрочный интервал -1, размер полей – 2 см, отступ в начале абзаца - 1 см, форматирование по ширине); листы доклада скреплены скоросшивателем. На титульном листе указывается наименование учебного заведения, название кафедры, наименование дисциплины, тема доклада, ФИО студента;
- к структуре доклада - введение (указывается актуальность, цель и задачи), основная часть, выводы автора, список литературы (не менее 5 позиций источников научной литературы (научные статьи и монографии). Объем согласовывается с преподавателем. В конце работы ставится дата ее выполнения и подпись студента, выполнившего работу.

Общая оценка за доклад учитывает содержание доклада, его презентацию, а также ответы на вопросы.

3.3. Методические рекомендации по подготовке реферата

Целью написания рефератов является:

- привитие студентам навыков библиографического поиска необходимой литературы (на бумажных носителях, в электронном виде);
- привитие студентам навыков компактного изложения мнения авторов и своего суждения по выбранному вопросу в письменной форме, научно грамотным языком и в хорошем стиле;
- приобретение навыка грамотного оформления ссылок на используемые источники, правильного цитирования авторского текста;
- выявление и развитие у студента интереса к определенной научной и практической проблематике с тем, чтобы исследование ее в дальнейшем продолжалось в подготовке и написании курсовых и дипломной работы и дальнейших научных трудах.

Основные задачи студента при написании реферата:

- с максимальной полнотой использовать литературу по выбранной теме (как рекомендуемую, так и самостоятельно подобранную) для правильного понимания авторской позиции;
- верно (без искажения смысла) передать авторскую позицию в своей работе;
- уяснить для себя и изложить причины своего согласия (несогласия) с тем или иным автором по данной проблеме.

Требования к содержанию:

- материал, использованный в реферате, должен относится строго к выбранной теме;
- необходимо изложить основные аспекты проблемы не только грамотно, но и в соответствии с той или иной логикой (хронологической, тематической, событийной и др.)
- при изложении следует сгруппировать идеи разных авторов по общности точек зрения или по научным школам;

- реферат должен заканчиваться подведением итогов проведенной исследовательской работы: содержать краткий анализ-обоснование преимуществ той точки зрения по рассматриваемому вопросу, с которой Вы солидарны.

Структура реферата.

1. Титульный лист.

На титульном листе указывается наименование учебного заведения, название кафедры, наименование дисциплины, тема реферата, ФИО студента, ФИО и должность проверившего преподавателя;

2. Оглавление.

Оглавление - это план реферата, в котором каждому разделу должен соответствовать номер страницы, на которой он находится.

3. Текст реферата.

Текст реферата делится на три части: введение, основная часть и заключение.

а) Введение - раздел реферата, посвященный постановке проблемы, которая будет рассматриваться и обоснованию выбора темы.

б) Основная часть - это звено работы, в котором последовательно раскрывается выбранная тема. Основная часть может быть представлена как цельным текстом, так и разделена на главы. При необходимости текст реферата может дополняться иллюстрациями, таблицами, графиками, но ими не следует "перегружать" текст.

в) Заключение - данный раздел реферата должен быть представлен в виде выводов, которые готовятся на основе подготовленного текста. Выводы должны быть краткими и четкими. Также в заключении можно обозначить проблемы, которые "высветились" в ходе работы над рефератом, но не были раскрыты в работе.

4. Список источников и литературы.

В данном списке называются как те источники, на которые ссылается студент при подготовке реферата, так и все иные, изученные им в связи с его подготовкой. В работе должно быть использовано не менее 7 разных источников. Работа, выполненная с использованием материала, содержащегося в одном научном источнике, является явным плагиатом и не принимается. Оформление Списка источников и литературы должно соответствовать требованиям, принятым в университете.

Объем и технические требования, предъявляемые к выполнению реферата.

Объем работы должен быть, как правило, не менее 15 и не более 20 страниц. Работа должна выполняться через одинарный интервал 14 шрифтом, размеры оставляемых полей - 2 см. Страницы должны быть пронумерованы.

При цитировании необходимо соблюдать следующие правила:

- текст цитаты заключается в кавычки и приводится без изменений, без произвольного сокращения цитируемого фрагмента (пропуск слов, предложений или абзацев допускается, если не влечет искажения всего фрагмента, и обозначается многоточием, которое ставится на месте пропуска) и без искажения смысла;
- каждая цитата должна сопровождаться ссылкой на источник, библиографическое описание которого должно приводиться в соответствии с предъявляемыми требованиями.

МИНИСТЕРСТВО НАУКИ И ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования
«ЧЕЧЕНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ АХМАТА АБДУЛХАМИДОВИЧА КАДЫРОВА»

МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ

Кафедра общественного здоровья и здравоохранения

МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ИЗУЧЕНИЮ УЧЕБНОЙ ДИСЦИПЛИНЫ

«Общая гигиена»

Специальность	Лечебное дело
Код специальности	31.05.01
Квалификация выпускника	Врач - лечебник
Форма обучения	Очная

Грозный 2025 г

Яхъяева М.Р. Методические рекомендации по изучению учебной дисциплины «Общая гигиена» / Сост. Яхъяева М.Р. – Грозный: ФГБОУ ВО «Чеченский государственный университет имени А.А.Кадырова»».

Методические рекомендации по изучению учебной дисциплины «Общая гигиена» рассмотрены и одобрены на заседании кафедры «общественное здоровье и здравоохранение», рекомендованы к использованию в учебном процессе (протокол № 9 от 26 мая 2025 г.), составлены в соответствии с требованиями ФГОС ВО по специальности 31.05.01 Лечебное дело (специалитет), утвержденного приказом Минобрнауки России от 12.08.2020 № 988.

© Яхъяева М.Р.

© ФГБОУ ВО «Чеченский государственный университет имени А.А.Кадырова».

СОДЕРЖАНИЕ

1. Общие положения....4
2. Методические рекомендации по изучению дисциплины в процессе аудиторных занятий....4
2.1. Рекомендации по подготовке к лекционным занятиям (теоретический курс)....4
2.2. Рекомендации по подготовке к практическим (семинарским) занятиям....4
3. Методические рекомендации по выполнению различных форм самостоятельных заданий....5
3.1. Методические рекомендации по работе с литературой....5
3.2. Методические рекомендации по подготовке научного доклада....6
3.3. Методические рекомендации по подготовке реферата....6

1. Общие положения

Методические указания по освоению дисциплины «Общая гигиена» адресованы студентам очной формы обучения.

Учебным планом по направлению подготовки 31.05.01 «Лечебное дело» предусмотрены следующие виды занятий:

- лекции;
- практические занятия;

2. Методические рекомендации по изучению дисциплины в процессе аудиторных занятий.

2.1. Рекомендации по подготовке к лекционным занятиям (теоретический курс)

Изучение дисциплины требует систематического и последовательного накопления знаний. Студентам необходимо вести конспект прослушанных лекций. Перед очередной лекцией необходимо просмотреть по конспекту материал предыдущей лекции. При затруднениях в восприятии материала следует обратиться к основным литературным источникам. Если разобраться в материале не удалось, то следует обратиться к лектору (по графику его консультаций) или к преподавателю на практических занятиях.

2.2. Рекомендации по подготовке к практическим (семинарским) занятиям

Студентам следует:

- ознакомиться с заданием к занятию; определить примерный объем работы по подготовке к ним; выделить вопросы и задачи, ответы на которые или выполнение и решение без предварительной подготовки не представляется возможным;
- иметь в виду и то, что в библиотеке учебного заведения не всегда имеются в наличии все рекомендованные источники, их необходимо найти заранее.
- приносить с собой рекомендованную преподавателем литературу к конкретному занятию;
- до очередного практического занятия по рекомендованным литературным источникам проработать теоретический материал, соответствующей темы занятия;
- пользоваться техническими средствами обучения и дидактическими материалами, которыми располагает учебное заведение.
- при подготовке к практическим занятиям следует обязательно использовать не только лекции, учебную литературу, но и нормативно-правовые акты и материалы правоприменительной практики;
- теоретический материал следует соотносить с правовыми нормами, так как в них могут быть внесены изменения, дополнения, которые не всегда отражены в учебной литературе;
- при ответах на вопросы и решения задач необходимо внимательно прочитать их текст и попытаться дать аргументированное объяснение с обязательной ссылкой на соответствующую правовую норму;
- в начале занятий задать преподавателю вопросы по материалу, вызвавшему затруднения в его понимании и освоении при решении задач, заданных для самостоятельного решения;
- по ходу семинара давать конкретные, четкие ответы по существу вопросов. Структура ответов может быть различной: либо вначале делается вывод, а затем приводятся аргументы, либо дается развернутая аргументация принятого решения, на основании которой предлагается ответ. Возможны и несколько вариантов ответов, которые должны быть обоснованны.
- на занятии доводить каждую задачу до окончательного решения, демонстрировать понимание проведенного анализа проблемной ситуации, в случае затруднений обращаться к преподавателю.

Студентам, пропустившим занятия (независимо от причин), не имеющие письменного решения задач или не подготовившиеся к данному практическому занятию, рекомендуется не позже, чем в 2-недельный срок явиться на консультацию к преподавателю и отчитаться по теме, изучавшейся на занятии. Студенты, не отчитавшиеся

по каждой не проработанной ими на занятиях теме к началу зачетной сессии, упускают возможность получить положенные баллы за работу в соответствующем семестре.

3. Методические рекомендации по выполнению различных форм самостоятельных заданий

Самостоятельная работа студентов включает в себя выполнение различного рода заданий, которые ориентированы на более глубокое усвоение материала изучаемой дисциплины. По каждой теме учебной дисциплины студентам предлагается перечень заданий для самостоятельной работы.

К выполнению заданий для самостоятельной работы предъявляются следующие требования: задания должны исполняться самостоятельно и представляться в установленный срок, а также соответствовать установленным требованиям по оформлению.

Студентам следует:

- руководствоваться графиком самостоятельной работы, определенным рабочей программой дисциплины;
- выполнять все плановые задания, выдаваемые преподавателем для самостоятельного выполнения, и разбирать на семинарах и консультациях неясные вопросы;
- использовать при подготовке нормативные документы университета.

3.1. Методические рекомендации по работе с литературой.

Любая форма самостоятельной работы студента (подготовка к семинарскому занятию, написание эссе, курсовой работы, доклада и т.п.) начинается с изучения соответствующей литературы.

К каждой теме учебной дисциплины подобрана основная и дополнительная литература, которая указана в соответствующем разделе рабочей программы.

Основная литература - это учебники и учебные пособия.

Дополнительная литература - это монографии, сборники научных трудов, журнальные и газетные статьи, различные справочники, энциклопедии, интернет ресурсы.

Рекомендации студенту:

выбранную монографию или статью целесообразно внимательно просмотреть. В книгах следует ознакомиться с оглавлением и научно-справочным аппаратом, прочитать аннотацию и предисловие. Целесообразно ее пролистать, рассмотреть иллюстрации, таблицы, диаграммы, приложения. Такое поверхностное ознакомление позволит узнать, какие главы следует читать внимательно, а какие прочитать быстро;

- в книге или журнале, принадлежащие самому студенту, ключевые позиции можно выделять маркером или делать пометки на полях. При работе с Интернет -источником целесообразно также выделять важную информацию;
- если книга или журнал не являются собственностью студента, то целесообразно записывать номера страниц, которые привлекли внимание. Позже следует возвратиться к ним, перечитать или переписать нужную информацию. Физическое действие по записыванию помогает прочно заложить данную информацию в «банк памяти».

Выделяются следующие виды записей при работе с литературой:

Конспект - краткая схематическая запись основного содержания научной работы. Целью является не переписывание произведения, а выявление его логики, системы доказательств, основных выводов. Хороший конспект должен сочетать полноту изложения с краткостью.

Цитата - точное воспроизведение текста. Заключается в кавычки. Точно указывается страница источника.

Тезисы - концентрированное изложение основных положений прочитанного материала.

Аннотация - очень краткое изложение содержания прочитанной работы. Резюме - наиболее общие выводы и положения работы, ее концептуальные итоги.

Записи в той или иной форме не только способствуют пониманию и усвоению изучаемого материала, но и помогают вырабатывать навыки ясного изложения в письменной форме тех или иных теоретических вопросов.

3.2. Методические рекомендации по подготовке научного доклада

Одной из форм самостоятельной работы студента является подготовка научного доклада, для обсуждения его на практическом (семинарском) занятии.

Цель научного доклада - развитие у студентов навыков аналитической работы с научной литературой, анализа дискуссионных научных позиций, аргументации собственных взглядов. Подготовка научных докладов также развивает творческий потенциал студентов.

Научный доклад готовится под руководством преподавателя, который ведет практические (семинарские) занятия.

Рекомендации студенту:

- перед началом работы по написанию научного доклада согласовать с преподавателем тему, структуру, литературу, а также обсудить ключевые вопросы, которые следует раскрыть в докладе;
- представить доклад научному руководителю в письменной форме;
- выступить на семинарском занятии с 5-7-минутной презентацией своего научного доклада, ответить на вопросы студентов группы.

Требования:

- к оформлению научного доклада: шрифт - Times New Roman, размер шрифта -14, межстрочный интервал -1, размер полей – 2 см, отступ в начале абзаца - 1 см, форматирование по ширине); листы доклада скреплены скоросшивателем. На титульном листе указывается наименование учебного заведения, название кафедры, наименование дисциплины, тема доклада, ФИО студента;
- к структуре доклада - введение (указывается актуальность, цель и задачи), основная часть, выводы автора, список литературы (не менее 5 позиций источников научной литературы (научные статьи и монографии). Объем согласовывается с преподавателем. В конце работы ставится дата ее выполнения и подпись студента, выполнившего работу.

Общая оценка за доклад учитывает содержание доклада, его презентацию, а также ответы на вопросы.

3.3. Методические рекомендации по подготовке реферата

Целью написания рефератов является:

- привитие студентам навыков библиографического поиска необходимой литературы (на бумажных носителях, в электронном виде);
- привитие студентам навыков компактного изложения мнения авторов и своего суждения по выбранному вопросу в письменной форме, научно грамотным языком и в хорошем стиле;
- приобретение навыка грамотного оформления ссылок на используемые источники, правильного цитирования авторского текста;
- выявление и развитие у студента интереса к определенной научной и практической проблематике с тем, чтобы исследование ее в дальнейшем продолжалось в подготовке и написании курсовых и дипломной работы и дальнейших научных трудах.

Основные задачи студента при написании реферата:

- с максимальной полнотой использовать литературу по выбранной теме (как рекомендуемую, так и самостоятельно подобранную) для правильного понимания авторской позиции;
- верно (без искажения смысла) передать авторскую позицию в своей работе;
- уяснить для себя и изложить причины своего согласия (несогласия) с тем или иным автором по данной проблеме.

Требования к содержанию:

- материал, использованный в реферате, должен относится строго к выбранной теме;
- необходимо изложить основные аспекты проблемы не только грамотно, но и в соответствии с той или иной логикой (хронологической, тематической, событийной и др.)

- при изложении следует сгруппировать идеи разных авторов по общности точек зрения или по научным школам;
- реферат должен заканчиваться подведением итогов проведенной исследовательской работы: содержать краткий анализ-обоснование преимуществ той точки зрения по рассматриваемому вопросу, с которой Вы солидарны.

Структура реферата.

1. Титульный лист.

На титульном листе указывается наименование учебного заведения, название кафедры, наименование дисциплины, тема реферата, ФИО студента, ФИО и должность проверившего преподавателя;

2. Оглавление.

Оглавление - это план реферата, в котором каждому разделу должен соответствовать номер страницы, на которой он находится.

3. Текст реферата.

Текст реферата делится на три части: введение, основная часть и заключение.

а) Введение - раздел реферата, посвященный постановке проблемы, которая будет рассматриваться и обоснованию выбора темы.

б) Основная часть - это звено работы, в котором последовательно раскрывается выбранная тема. Основная часть может быть представлена как цельным текстом, так и разделена на главы. При необходимости текст реферата может дополняться иллюстрациями, таблицами, графиками, но ими не следует "перегружать" текст.

в) Заключение - данный раздел реферата должен быть представлен в виде выводов, которые готовятся на основе подготовленного текста. Выводы должны быть краткими и четкими. Также в заключении можно обозначить проблемы, которые "высветились" в ходе работы над рефератом, но не были раскрыты в работе.

4. Список источников и литературы.

В данном списке называются как те источники, на которые ссылается студент при подготовке реферата, так и все иные, изученные им в связи с его подготовкой. В работе должно быть использовано не менее 7 разных источников. Работа, выполненная с использованием материала, содержащегося в одном научном источнике, является явным плагиатом и не принимается. Оформление Списка источников и литературы должно соответствовать требованиям, принятым в университете.

Объем и технические требования, предъявляемые к выполнению реферата.

Объем работы должен быть, как правило, не менее 15 и не более 20 страниц. Работа должна выполняться через одинарный интервал 14 шрифтом, размеры оставляемых полей - 2 см. Страницы должны быть пронумерованы.

При цитировании необходимо соблюдать следующие правила:

- текст цитаты заключается в кавычки и приводится без изменений, без произвольного сокращения цитируемого фрагмента (пропуск слов, предложений или абзацев допускается, если не влечет искажения всего фрагмента, и обозначается многоточием, которое ставится на месте пропуска) и без искажения смысла;
- каждая цитата должна сопровождаться ссылкой на источник, библиографическое описание которого должно приводиться в соответствии с предъявляемыми требованиями.

МИНИСТЕРСТВО НАУКИ И ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования
«Чеченский государственный университет
имени Ахмата Абдулхамидовича Кадырова»
Медицинский институт
Кафедра гистологии и патологической анатомии

МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ИЗУЧЕНИЮ УЧЕБНОЙ ДИСЦИПЛИНЫ «Гистология, эмбриология, цитология»

Код направления подготовки (специальности)	31.05.01
Направление подготовки (специальности)	Лечебное дело
Квалификация выпускника	Врач- лечебник
Форма обучения	Очная

Грозный

СОДЕРЖАНИЕ

1. Методические основы по организации самостоятельной работы обучающихся.
2. Методические рекомендации для организации и проведения практических занятий.
3. Методические рекомендации по выполнению рефератов.
4. Методические рекомендации по подготовке и созданию презентаций.
5. Организация самостоятельной работы обучающихся при подготовке к текущей, промежуточной аттестациям.
6. Методические материалы по самостоятельной работе обучающегося при прохождении производственной практики

1. Методические основы по организации самостоятельной работы обучающихся

Самостоятельная работа по дисциплинам является обязательным элементом федеральных государственных образовательных стандартов по программам высшего образования.

Самостоятельная работа обучающегося – организационная форма обучения - система педагогических условий, обеспечивающих управление учебной деятельностью обучающихся по освоению знаний и умений в учебной и научной деятельности без посторонней помощи.

Самостоятельная работа обучающихся является специфическим педагогическим средством организации и сопровождения самостоятельной деятельности обучающихся в учебном процессе.

Цели

К целям самостоятельной работы относится:

— формирование способностей у обучающегося к саморазвитию, самосовершенствованию и самореализации;

— развитие исследовательских умений.

— фиксирование и систематизирование полученных теоретических познаний и практического опыта; формирование умений использовать научную, правовую, справочную и специальную литературу;

— развитие познавательных способностей и инициативности обучающихся, ответственность, организованность, стремление к саморазвитию; формирование умения правильно пользоваться полученным ранее материалом, собранным в процессе самостоятельного наблюдения, выполнения заданий различного характера.

Формы самостоятельной работы

При обучении используются следующие виды и формы самостоятельной работы:

— подготовка к практическим занятиям;

— подготовка и написание рефератов; - подготовка докладов на заданные темы рефератов, либо выбранные по заданному направлению;

— изучение и систематизация нормативно-правовых документов, регламентирующих деятельность в сфере обращения лекарственных средств в части организационно-управленческих вопросов с использованием информационно-справочных систем «Консультант Плюс», «Консультант врача», компьютерной сети «Интернет»;

— изучение учебной, научной и методической литературы, материалов периодической литературы с использованием электронных библиотечных систем, официальных статистических данных, научной периодики; - создание презентации;

— подготовка к устному опросу, к дискуссии;

— тестирование;

— решение ситуационных задач;

— подготовка к текущей, промежуточной аттестации и т.д.

Контроль результатов внеаудиторной самостоятельной работы преподаватель осуществляет в начале каждого семинарского/практического занятия.

Контроль результатов аудиторной самостоятельной работы осуществляется в пределах времени, отведенного на практические занятия по дисциплине. В зависимости от сложности познавательной деятельности при изучении дисциплин используется три уровня самостоятельной работы:

— репродуктивная самостоятельная работа, которая включает изучение основной и дополнительной рекомендованной литературы, изучение методических рекомендаций к занятию, решение типовых задач, ситуаций;

— реконструктивная самостоятельная работа включает в себя подготовку к презентациям, сообщениям по заданной теме, решение профессиональных задач, моделирование профессиональной деятельности;

— творческая самостоятельная работа включает анализ, обобщение и систематизацию научных и нормативно-правовых документов, самостоятельное составление ситуаций, задач, проектов, составление выступлений по проблемам профессиональной деятельности.
Контроль результатов внеаудиторной самостоятельной работы преподаватель осуществляет на семинарском/практическом занятии.
Самостоятельная работа начинается с изучения рабочей программы дисциплины, отражена в рабочих программах дисциплин.
Для конспектирования лекционного материала, а также выполнения семинарских/практических работ требуются рабочие тетради.
Самостоятельная работа обучающегося подразделяется на аудиторную и внеаудиторную самостоятельную работу
Аудиторная самостоятельная работа по дисциплинам выполняется на учебных занятиях (семинарские или практические) под непосредственным руководством преподавателя и по его заданию.
Основными видами аудиторной самостоятельной работы являются:
— выполнение практических работ;
— работа с нормативно-правовыми документами в области обращения лекарственных средств;
— решение ситуационных/симуляционных задач;
— презентация результатов научно-исследовательской работы по заданным темам
Выполнение практических работ осуществляется на семинарских/практических занятиях в соответствии с графиком учебного процесса и расписанием занятий.
Работа с основной, дополнительной литературой, эмпирическими и статистическими данными, как правило, основана на изучении документов и данных, их обобщении и представлении.
Решение ситуационных задач используется на семинарских/практических занятиях. Проблемная/ситуационная задача должна иметь четкую формулировку, к ней должны быть поставлены вопросы, ответы на которые необходимо найти и обосновать.
Критерии для оценки каждого вида аудиторной самостоятельной работы обучающегося разрабатываются преподавателем для конкретной дисциплины /цикла из предложенного перечня критериев оценки результатов аудиторной самостоятельной работы:
— уровень освоения учебного материала;
— умение использовать теоретические знания при выполнении лабораторных, практических, ситуационных, симуляционных задач;
— сформированность заявленных умений по теме аудиторного занятия;
— обоснованность и четкость изложения ответов;
— оформление материала в соответствии с требованиями, заявленными в задании;
— уровень самостоятельности обучающегося при выполнении аудиторной самостоятельной работы.
Внеаудиторная самостоятельная работа является элементом каждой темы дисциплин.
Планирование времени, необходимого на внеаудиторное самостоятельное изучение дисциплин, обучающие должны осуществлять весь семестр, предусматривая при этом регулярное повторение материала.
Материал, законспектированный на лекциях, необходимо регулярно прорабатывать и дополнять сведениями из других источников литературы, представленных не только в программах дисциплин, но и в периодических профильных научных изданиях, материалах конференций.
При изучении дисциплин сначала необходимо по каждой теме прочитать рекомендованную литературу и составить краткий конспект основных положений, терминов, сведений, требующих запоминания и являющихся основополагающими в этой теме для освоения последующих тем курса. Для расширения знания по дисциплине

рекомендуется использовать Интернет-ресурсы; проводить поиски в различных системах и использовать материалы сайтов, рекомендованных преподавателем.
При выполнении самостоятельной работы по написанию реферата необходимо: прочитать теоретический материал в рекомендованной литературе, периодических изданиях, на Интернет-сайтах; творчески переработать изученный материал и представить его для отчета в форме реферата, проиллюстрировав схемами, диаграммами, фотографиями и рисунками.
Тексты докладов и рефератов должны быть изложены внятно, простым и ясным языком.
Для обеспечения внеаудиторной самостоятельной работы по каждой теме дисциплин/блоку разработаны:
а) перечень основной и дополнительной литературы;
б) вопросы для самоконтроля.
При выполнении внеаудиторной самостоятельной работы обучающийся имеет право обращаться к преподавателю за консультацией с целью уточнения задания, формы контроля выполненного задания.
Контроль результатов внеаудиторной самостоятельной работы отражается в индивидуальном плане после выполнения внеаудиторной самостоятельной работы.
Критерии оценки внеаудиторной работы формируются преподавателем самостоятельно для каждого вида работы. Основными критериями оценки внеаудиторной работы обучающегося выступают:
- уровень освоения материала;
- уровень умения использовать теоретические знания при выполнении заданий, решении ситуационных задач;
- обоснованность и четкость изложения ответов,
- результаты тестирования по шкале оценок;
- уровень умения использовать электронные образовательные ресурсы;
- умение четко формулировать проблему, предложив ее решение, критическая оценка последствий решения;
- уровень умения сформулировать собственную позицию и аргументировать ее.

Качество выполнения внеаудиторной самостоятельной работы оценивается посредством текущего контроля самостоятельной работы обучающегося. Текущий контроль представляет собой форму планомерного контроля качества и объема осваиваемых компетенций в процессе изучения конкретной дисциплины, проводится на семинарских/практических занятиях и во время индивидуальной работы преподавателя с обучающимися.

Шкала оценивания внеаудиторной самостоятельной работы:
Зачтено – задание выполнено полно и правильно, изложено в правильных нормативных формулировках с использованием точного понятийного аппарата, с использованием рекомендованных источников литературы, продемонстрировано умение формулировать проблему, предложены пути ее решения, проведена критическая оценка последствий такого решения, а также умение формулировать собственную позицию и аргументировать ее.
Не зачтено – обучающийся не выполнил задание либо выполнил не в полном объеме, демонстрирует несформированность понятийного аппарата по теме, отсутствие умения формулировать проблему, обобщать материал, не может аргументировать свой ответ.

2. Методические рекомендации для организации и проведения практических занятий

Практическое занятие - вид учебных занятий, при котором в результате предварительной работы над учебным материалом преподавателя и студента, в обстановке их контактной работы в аудитории решаются задачи познавательного и воспитательного характера.
Цель такой формы обучения – углубленное изучение дисциплины, закрепление полученного теоретического материала в форме внеаудиторной самостоятельной работы, овладение методологией научного познания и формирования базовых умений. Немаловажным преимуществом практических занятий является и формирование навыков профессиональной дискуссии.
Задачи практических занятий:
- мотивация к регулярному изучению теоретического учебного материала, основной, дополнительной литературы;
- закрепление теоретических знаний, полученных при прослушивании лекций и во время внеаудиторной самостоятельной работы;
- получение навыков устного и публичного выступления по теоретическим вопросам, включая навыки по свободному оперированию организационными и управленческими понятиями и категориями;
- формирование навыков по универсальным и профессиональным компетенциям;
- возможность преподавателю систематически контролировать как самостоятельную работу студента, так и свою работу.

Практические занятия проводятся по плану.
Каждая тема практического занятия, как правило, включает: цель занятия, перечень основных и дополнительных источников литературы, вопросы к устному обсуждению на занятии, ситуационные задачи и перечень заданий, которые обучающиеся самостоятельно должны решить на практическом занятии.
Каждое практическое занятие посвящено, как правило, изучению нескольких компетенций и включает три основных этапа.
Первый этап - устный опрос по заранее сформулированным вопросам либо представление докладов/презентаций, подготовленных в рамках внеаудиторной самостоятельной работы по заранее сформулированным требованиям. Важнейшей частью этапа, является обсуждение представленных докладов/презентаций. Цель преподавателя – организовать обмен мнениями, дискуссию в группе, скорректировать уровень подготовленности студентов.
Одним из возможных элементов первого этапа является решение ситуационных задач, которые максимально приближены к профессиональной деятельности.
Требования к ответам обучающихся – самостоятельность в подборе фактического материала и аналитическом отношении к нему, умение рассматривать примеры и факты во взаимосвязи и взаимообусловленности, отбирать наиболее существенные из них.
Для оценивания первого (теоретического) этапа занятия используются знания, умения, владения, которые заявлены на каждое занятие:
1) знание учебного материала и владение понятийным аппаратом по теме занятия;
2) умение связывать теорию с практикой;
3) умение иллюстрировать ответ примерами, фактами, данными научных исследований;
4) умение применять теоретические знания при решении ситуационных задач.

Второй этап – аудиторное самостоятельное выполнение семинарских /практических заданий, которые обучающийся выполняет индивидуально либо в группе, если такое предусмотрено заданием.
В процессе выполнения самостоятельной аудиторной работы обучающийся имеет право на получение индивидуальных консультаций у преподавателя.
По окончании выполнения аудиторной самостоятельной работы обучающийся сдает отчет о выполнении самостоятельных лабораторных заданий преподавателю, который оценивается по шкале «зачет/незачет».
Критерии оценивания практического занятия осуществляются по следующим критериям:

1. своевременное выполнение внеаудиторной самостоятельной работы по изучаемой теме;
2. демонстрируемый обучающимся уровень усвоения заявленной к освоению компетенции (знания, умения, навыки);

— хорошее знание и уверенное владение на занятии теоретическим содержанием учебного материала;

— адекватное применение теоретического материала к решению ситуационных задач, заданий для аудиторной самостоятельной работы;

— умение аргументировать свои решения, развернуто отвечать на дополнительные вопросы преподавателя.

3. Соблюдение организационных и дисциплинарных требований, предъявляемых к обучающемуся на семинарских/практических занятиях: аккуратный внешний вид, соблюдение дисциплины на занятиях, полнота и своевременность представления выполненных заданий в полном объеме (не позднее даты окончания занятия и в полном соответствии с предъявляемыми к их содержанию и качеству оформления).

Третий этап – заключительный. Преподаватель дает общую оценку уровня подготовленности обучаемых к практическим занятиям, характеризует активность каждого обучающегося на занятии и озвучивает оценки каждому обучающемуся с их обоснованием.

Шкала оценивания осуществляется по четырехбалльной шкале (таблица 2)

Критерии оценивания лабораторного/практического занятия	Шкала оценок
Полное соответствие работы обучающегося требованиям. Обучающийся демонстрирует уверенные знания, способен творчески решать поставленные задачи, самостоятельно демонстрирует умения, обладает некоторыми навыками. Обучающийся успешно выполнил внеаудиторную самостоятельную работу, демонстрирует глубокое теоретическое знание по изучаемой теме, умение его применять на практике (в установленный срок сдал протоколы занятия/представил и защитил доклады/презентации и др.).	Отлично
Работа обучающегося содержит неполное соответствие требованиям. Обучающийся демонстрирует хорошее знание материала, способен творчески решать поставленные задачи, демонстрирует базовые умения. Обучающийся выполнил внеаудиторную самостоятельную работу, продемонстрировал знание учебного материала, содержатся отдельные пробелы в умении применить полученные теоретические знании к решению ситуационных задач .	Хорошо
Работа обучающегося содержит неполное соответствие требованиям. Обучающийся демонстрирует знание базового материала, способен решать поставленные задачи под руководством преподавателя, освоил базовые умения. Успешно выполнил внеаудиторную самостоятельную работу, продемонстрировал знание учебного материала, но затрудняется интерпретировать его практически.	Удовлетвори тельно
Работа не соответствует требованиям.	Неудовлетво рительно

3. Методические рекомендации по организации и выполнению рефератов

Реферат предусматривает углубленное изучение дисциплины, способствует развитию навыков самостоятельной работы с литературными источниками.

Реферат – краткое изложение в письменном виде содержания научного труда по предоставленной теме. Это самостоятельная научноисследовательская работа, где

обучающийся раскрывает суть исследуемой проблемы с элементами анализа по теме реферата. Приводит различные точки зрения, а также собственные взгляды на проблемы темы реферата.
Содержание реферата должно быть логичным, изложение материала носить проблемно-тематический характер.
Объем реферата может колебаться в пределах 15-20 печатных страниц.
Основные разделы: оглавление (план), введение, основное содержание, заключение, список литературы.
Текст реферата должен содержать следующие разделы:
— титульный лист реферата (приложение 2);
— ведение, актуальность темы.
— основной раздел.
— заключение
— список литературных источников
Список литературных источников- библиографическое описание используемых источников литературы, в том числе и интернет-источников, оформленное по ГОСТ 7.1 – 2003; 7.80 – 2000; должен иметь не менее 10 библиографических названий, включая сетевые ресурсы.
Текстовая часть реферата оформляется на листе следующего формата:
— отступ сверху – 2 см;
— отступ слева – 3 см;
— отступ справа – 1,5 см;
— отступ снизу – 2,5 см;
— шрифт текста: Times New Roman, высота шрифта – 14, пробел – 1,5;
— нумерация страниц – снизу листа. На первой странице номер не ставится.
Реферат должен быть выполнен грамотно с соблюдением культуры изложения. Обязательно должны иметься ссылки на используемую литературу, включая периодическую литературу за последние 5 лет.
Критерии оценки реферата:
— актуальность темы исследования;
— соответствие содержания теме;
— глубина проработки материала;
— правильность и полнота разработки темы;
— значимость выводов для дальнейшей практической деятельности;
— правильность и полнота использования литературы;
— соответствие оформления реферата стандарту;
— качество сообщения и ответов на вопросы при защите реферата.
Практическое занятие по защите рефератов может проводиться в качестве «круглого стола» в форме представления докладов, посвященных теме занятия, по следующим этапам:
Этап 1. Каждый обучающийся представляет собственный доклад (обязательно использование презентации) по выбранной теме. Доклад 5-7 минут. Обсуждение доклада, вопросы – 2-3 минуты.
Этап 2. Оценка докладов и презентаций, представленных в группе (таблица 3).

Таблица 3 - Шкала оценки докладов на практическом занятии

Критерии оценки	Шкала оценок
1. Доклад четко выстроен, сопровождается презентацией, отражающей проблематику доклада, имеет четкие выводы, полностью характеризующие работу. Автор отлично ориентируется в материале и	Отлично

отвечает на все вопросы, владеет специальной терминологией. 2. Обучающийся активно участвует в обсуждении докладов других обучающихся из группы	
1. Доклад структурирован, презентация не отражает в полной мере содержание доклада, допущены неточности, выводы нечеткие. Автор затрудняется ответить на вопросы, слабо использует специальную терминологию. 2. Обучающийся участвует в обсуждении докладов других обучающихся из группы	Хорошо
1. Доклад структурирован, содержание не полностью раскрывает цель доклада, отсутствует презентация. 2. Обучающийся пассивен при обсуждении докладов других обучающихся из группы	Удовлетвори тельно
1. Доклад не структурирован/отсутствует, презентация отсутствует. Автор не владеет материалом. 2. Обучающийся не участвует в обсуждении докладов.	Неудовлетво рительно

4. Методические рекомендации по подготовке и созданию презентаций

Создание материалов-презентаций — это вид самостоятельной работы обучающихся по созданию наглядных информационных пособий, выполненных с помощью мультимедийной компьютерной программы PowerPoint.

Этот вид работы требует координации навыков обучающегося по сбору, систематизации, переработке информации, оформления ее в виде подборки материалов, кратко отражающих основные вопросы изучаемой темы, в электронном виде. Создание презентаций расширяет методы и средства обработки и представления учебной информации, формирует у обучающихся навыки работы на компьютере.

Презентации готовятся обучающимся в виде слайдов с использованием программы Microsoft PowerPoint.

Обучающийся при подготовке презентации должен выполнить следующий комплекс взаимосвязанных видов самостоятельной работы:

— изучить материалы темы, выделяя главное и второстепенное;

— установить логическую связь между элементами темы;

— представить характеристику элементов в краткой форме;

— выбрать опорные сигналы для акцентирования главной информации и отобразить в структуре работы;

— оформить презентацию в соответствии с рекомендациями (таблица 4), разместить ее в электронной образованной среде университета, к установленному сроку либо представить на практическое/лабораторное занятие.

Таблица 4 - Методические рекомендации по оформлению презентации

Критерии оценки	Шкала оценок
1. Стиль	1.1 Соблюдайте единый стиль оформления. 1.2 Избегайте стилей, которые будут отвлекать от самой презентации. 1.3 Вспомогательная информация не должны преобладать над основной информацией (текст, рисунки).
2. Фон	Для фона предпочтительнее использовать более холодные тона (синий или зеленый).
3. Использование цвета	3.1 На одном слайде рекомендуется использовать не более трех цветов: один для фона, один для заголовков, один для текста. для фона и текста используйте контрастные цвета. 3.2. Обратите особое внимание на цвет гиперссылок (до и после

	использования).
4 Текст/ представление информации	4.1 Используйте короткие слова и предложения. 4.2. Минимизируйте количество предлогов, наречий, прилагательных. 4.3.Заголовки должны привлекать внимание аудитории. 4.4 Предпочтительно горизонтальное расположение информации. 4.5 Наиболее важная информация должна располагаться в центре экрана. Если на слайде располагается картинка, надпись должна располагаться под ней. 4.6 Наибольшая эффективность достигается тогда, когда ключевые пункты отображаются по одному на каждом отдельном слайде.
5.Шрифты	5.1 Для заголовков не менее 24 5.2 Для информации- не менее 18. 5.3Шрифты без засечек легче читать с большого расстояния. 5.4.Нельзя смешивать разные типы шрифтов в одном тексте 5.5.Для выделения информации следует использовать жирный шрифт, курсив или подчеркивание. 5.6 Нельзя злоупотреблять прописными буквами (они читаются хуже строчных букв).
6.Анимационные эффекты	Возможности компьютерной анимации для оформления презентации необходимо использовать умерено, они не должны отвлекать внимание от содержания информации на слайде.

Критерии оценивания презентаций:

— соответствие содержания теме;

— правильная структурированность информации;

— наличие логической связи изложенной информации;

— эстетичность оформления, его соответствие требованиям;

— презентация выполнена и представлена в срок.

Шкала оценивания презентаций разрабатывается преподавателем и доводится до сведения обучающихся вместе с заданием.

Оценка «Отлично»:

презентация отличается целостностью, логичностью и оригинальностью. Оформление логично, эстетично, не противоречит содержанию доклада. Информация структурирована. Иллюстрации презентации соответствуют содержанию, дополняют информацию о раскрываемой проблеме. Текст доклада, сопровождающего презентацию, излагается обучающимся самостоятельно, с незначительной опорой на печатный текст. Ответы на вопросы преподавателя и аудитории четкие, аргументированные, сопровождаются ссылкой на факты и примеры.

Оценка «Хорошо»:

презентация характеризуется целостностью, логической завершенностью, с незначительными недочетами в логике изложения материала. Оформление эстетично, логично, структурировано. Текст доклада излагается с преимущественной опорой на текст. Ответы на дополнительные и уточняющие вопросы не вносят ясности, преимущественно повторяют содержание презентации.

Оценка «Удовлетворительно»:

презентация характеризуется отсутствием единого стиля в оформлении, ввиду чего информация тяжело воспринимается аудиторией. Сведения, излагаемые обучающимся разрозненные, плохо структурированы и аргументированы. Текст доклада

преимущественно зачитывается, обучающимся допускаются неточности и ошибки в изложении материала. Ответы на дополнительные вопросы затруднительны.
Оценка «Неудовлетворительно»:
оформление презентации не соответствует заявленным требованиям. Работа характеризуется отсутствием единого стиля. Обучающийся представляет разрозненные сведения, которые слабо коррелируют с заявленной темой исследования, текст доклада зачитывается, обучающимся часто допускаются ошибки в изложении материала, допускаются ошибки в использовании научной и профессиональной терминологии. Ответы на дополнительные вопросы обучающийся не дает.

5. Организация самостоятельной работы обучающего при подготовке к текущей, промежуточной аттестациям

Текущий контроль осуществляется систематически с целью установления уровня овладения заявленными в рабочей программе дисциплины/практики компетенциями при изучении. В течение года в соответствии с программой дисциплины проводятся текущие аттестации. Форма проведения текущей аттестации (письменное / устное собеседование, тестирование, решение ситуационных задач, защита реферата) определяется руководителем курса и доводится до обучающихся. Вопросы по текущей аттестации доводятся до сведения обучающихся не позднее 3 дней до проведения аттестации.
Подготовка к промежуточной аттестации предполагает систематизацию обучающимся усвоенных в ходе обучения по дисциплинам профессиональных знаний и умений. Программа промежуточной аттестации экзамена имеет обобщающий характер и ориентирует обучающегося в процессе подготовки к нему на актуализацию знаний, умений и навыков, отражающих наиболее существенные компоненты содержания дисциплин, закрепление в профессиональном сознании комплексного и целостного знания.
Подготовка к промежуточной аттестации является формой самостоятельной работы обучающегося. Ее эффективной организации будут способствовать рекомендованные перечни основной и дополнительной литературы, информационных и электронно-образовательных ресурсов, а также список вопросов, которые составляют основу для итогового анализа профессиональной компетентности обучающегося и оценки ее соответствия требованиям ФГОС по компетенциям, закрепленным за дисциплинами. Ориентируясь в перечнях основной и дополнительной литературы, обучающийся может выбрать из них как основополагающие источники, так и те, которые позволят углубить и расширить знания по актуальным проблемам специальностей, систематизировать их и отразить в комплексе.
В ходе подготовки к промежуточной аттестации рекомендуется составлять развернутый план ответа на вопрос программы экзамена, что обеспечит логическую последовательность изложения материала. Продумывая структуру ответа, необходимо: во-первых, уделить внимание раскрытию теоретической сущности явления или понятий, обозначенных в контрольно-измерительном материале, во-вторых, осветить содержание и закономерности рассматриваемых явлений, отразить состояние их изученности в современной медицине. Обучающийся должен продемонстрировать на промежуточной аттестации владение категориальным аппаратом дисциплин, показать умение использовать знания, полученные при изучении дисциплин для анализа современных тенденций в медицине, применять их для решения профессиональных задач врачей по специальностям.
В ходе подготовки к промежуточной аттестации обучающемуся рекомендуется использовать весь набор методов и средств современных информационных технологий для изучения содержания отечественной и зарубежной литературы по дисциплине, анализа и оценки ее текущего состояния и перспектив развития.

При подготовке к промежуточной аттестации рекомендуется активно применять следующие образовательные и профессионально-ориентированные технологии:
– информационные технологии – компьютерные технологии, в том числе доступ в Интернет (для получения учебной и учебно-методической информации, представленной в научных электронных журналах и на сайтах библиотек);
– информационно-коммуникационные технологии.
Оценка знаний, умений и навыков, характеризующая этапы формирования компетенций в рамках изучения дисциплины осуществляется в ходе текущей и промежуточной аттестаций.
Форма проведения текущей/ промежуточной аттестации определяется рабочей программой дисциплины. Оценивание компетенций, вынесенных на промежуточную аттестацию в форме экзамена, осуществляется по четырехбалльной шкале:
оценка «отлично» - 5 баллов
оценка «хорошо» - 4 балла
оценка «удовлетворительно» - 3 балла
оценка «неудовлетворительно» - 2 балла.
При сдаче промежуточной аттестации в форме зачета:
«зачтено» - 3-5 баллов или «не зачтено» - 2 балла.

6. Методические материалы по самостоятельной работе обучающегося при прохождении производственной(клинической) практики

Производственная (клиническая) практика составлена по модулям – дисциплинам и проводится в форме контактной и самостоятельной работы обучающегося.
Контактная работа предусматривает работу руководителя практики с обучающимся в форме индивидуальных/групповых консультаций.
К самостоятельной работе по практикам относятся следующие виды работ обучающегося:
- ознакомление с нормативно-правовым обеспечением практик, включая программы практик;
- изучение законодательной и нормативно-правовой обеспеченности профессиональной деятельности в сфере обращения лекарственных средств в предметной области практики;
- выполнение заданий, заполнение отчета о прохождении практики;
- подготовка к промежуточной аттестации по итогам практики.
По окончании практики обучающийся оформляет отчёт. Материал для составления отчета собирается и накапливается с первого дня практики. Отчет должен содержать самоанализ выполненной работы обучающимся.
Во время прохождения практики необходимо выполнение следующих условий:
- Явиться на установочное собрание, проводимое руководителем практики и получить пакет документов в учебно-методическом отделе.
- В первый день практики прийти на базу к 8 часам утра, и представиться общему руководителю.
- Быть одетым строго по форме и следить за ее чистотой. Иметь сменную обувь.
- Работать строго по графику. Пропущенные дни, даже по уважительной причине, отрабатываются в дополнительное время.
- Ознакомиться с документацией структурных подразделений (поликлиника, стационар, приемный покой, в отделениях - процедурные кабинеты, пост и т.д.).
- Активно участвовать в общественной жизни структурных подразделений, а также в санитарно-просветительной работе.
- Бережно относиться к имуществу лечебно-профилактических учреждений.
- Быть дисциплинированными, спокойными и вежливыми в обращении с товарищами по работе, с больными и их родственниками, в отделениях соблюдать тишину и порядок.

- Ежедневно и аккуратно вести отчет, заполнять листы обязательных манипуляций. Критерии оценки промежуточной аттестации по производственной (клинической) практике представлены в Таблице 6.

Таблица 6 – Критерии оценки промежуточной аттестации по производственной практике

Критерии оценки	Шкала оценок
Обучающийся предоставил оформленный соответствующим образом, отчет и отзыв с положительной характеристикой руководителя практики; продемонстрировал систематические знания по контролируемым компетенциям; владеет способностью и готовностью применять знания, умения и навыки для решения профессиональных задач на практике; в ответе присутствует четкая структура, логическая последовательность, современная профессиональная терминология; ответ обоснован нормативной документацией и конкретными примерами из производственной практики.	Зачтено
Обучающийся предоставил неполный перечень отчетной документации; демонстрирует полное отсутствие или фрагментарные знания, умения и навыки по контролируемой компетенции и неспособность применять их на практике для решения профессиональных задач; не в состоянии обосновать свой ответ нормативной документацией и примерами из производственной практики; дополнительные и уточняющие вопросы преподавателя не приводят к коррекции ответа	Не зачтено