**МИНИСТЕРСТВО ОБРАЗОВАНИЯ И НАУКИ КЫРГЫЗСКОЙ РЕСПУБЛИКИ**

**ОШСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ УНИВЕРСИТЕТ**

**МЕДИЦИНСКИЙ ФАКУЛЬТЕТ**

**КАФЕДРА «ВНУТРЕННИЕ БОЛЕЗНИ 2»**

«**Обсуждено**» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **«*Утверждено****» -*

на заседании кафедры\_\_\_\_\_\_\_ Председатель УМС

Прот.№\_\_\_от\_\_\_\_\_\_\_2019 г факультета

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Зав.каф. Садыкова А.А. **Т**урсунбаева А.Т.

План-разработка практического занятия №13

на тему: «**Основные клинические синдромы поражения печени».**

по дисциплине: **«Внутренние болезни »**

для студентов, обучающихся по специальности:

**(560002) Педиатрия**

Составитель: Тажибаева У.Ж.

**Тема практического занятия:**

«**Основные клинические синдромы поражения печени»** (50мин)**Актуальность темы:** Система органов пищеварения - одна из наиболее сложных и актуальных проблем в медицине. Это обусловлено ростом заболеваемости, трудностью ранней диагностики, частым развитием осложнений и недостаточной разработкой программы медицинской, социальной, физической реабилитации больных.

**ЦЕЛЬ ЗАНЯТИЯ**

Цель занятия: студенты должны знать основные клинические синдромы поражения печени».

**План занятия:**

* Ознакомление с тактикой ведением больных;
* Демонстрация практических навык ;
* Оценка и обсуждения.

**Задачи:**

1. Формировать умения анализировать, активно использовать полученные знания и умения в профессиональной деятельности.

2. Формировать готовность и способность целесообразно действовать в соответствиисо стандартами оказания медицинской помощи в конкретных клинических ситуациях.

3. Формировать готовность и способность мобилизовать профессионально важныекачества (толерантность, ответственность, способность работать в коллективе, стремление к саморазвитию), обеспечивающие продуктивность трудовойдеятельности специалиста.

**Вид занятия:**практическое

**Средства обучения и контроля:**

1. методическая разработка занятия

2. учебно-методическое пособие для самоподготовки студентов к занятию

3. дидактические средства контроля и тренажа:

1. тестовыезадания;
2. ситуационные задачи с эталоном ответов;

**Формы контроля:**

|  |  |
| --- | --- |
| **Форма контроля** | **Цель** |
| Индивидуальный устный | * выявить уровень теоретической подготовки, умения оперировать знаниями; * определить уровень логического, клинического мышления; * развивать речь |
| Индивидуальный письменный | * выявить уровень подготовленности всей группы и каждого студента в отдельности |
| Практический   * решение учебных заданий проблемного характера * выполнение практических действий, заданий | * выявить уровень самостоятельного мышления, умения анализировать явления, выделять главное * определить уровень клинического (профессионального) мышления; * проверить умение выполнения манипуляции, практического действия. |

**Междисциплинарные связи:**

|  |  |
| --- | --- |
| *Дисциплины и профессиональные модули* | *Тема* |
| 1. Общепрофессиональные дисциплины  - Анатомия и физиология человека  - Латинский язык | * Терминология. |
| Диагностическая деятельность  - Пропедевтика клинических дисциплин | * Основные клинические синдромы поражения печени. |
| Общепрофессиональные дисциплины  - Клиническая фармакология |  |

**Внутридисциплинарные связи:**

Методы исследования больного

**Уровни усвоения: 2**,3

2. – репродуктивный (выполнение деятельности по образцу, инструкции или под руководством);

3. – продуктивный (планирование и самостоятельное выполнение деятельности, решение проблемных задач).

***После изучения темы занятия студент должен уметь:***

* проводить обследование пациента;
* определять тяжесть состояния пациента;
* выделять ведущий синдром;
* проводить дифференциальную диагностику;
* работать с портативной диагностической аппаратурой;
* оказывать посиндромнуюмедицинскую помощь;
* оценивать эффективность оказания медицинской помощи;
* контролироватьосновныепараметрыжизнедеятельности;
* осуществлятьфармакотерапию;
* осуществлятьмониторингсостоянияпациента;

**Карта компетенции:**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **№** | **Код и формулировка компетенций** | **Результаты обучения (ООП)** | **Результат обучения (дисциплины)** | **Результаты обучения (темы)** |
| **1** | **ПК-2**- способен проводить и интерпретировать опрос, физикальный осмотр, клиническое обследование, результаты современных лабораторно-инструментальных исследований, морфологического анализа биопсийного, операционного и секционного материала больных, оформить медицинскую карту амбулаторного и стационарного больного ребенка.  **ПК-3**-способен проводить патофизиологический анализ клинических синдромов, использовать обоснованные методы диагностики, лечения, реабилитации и профилактики среди детей с учетом их возраста.  **ПК-12-**способен анализировать результаты основных клинико-лабораторных методов исследования и оценить функциональное состояние детского организма с целью своевременной диагностики заболеваний. | **РО 4** - Владеет теоретическими и практическими знаниями по анатомо-физиологическим особенностям детского организма, семиотики их поражения, объективного, лабораторно-инструментального методов исследования.  РО5 = ПК2 + ПК3+ПК12 | **РОд- 1**способен анализировать закономерности функционирования отдельных органов и систем, использовать знания анатомо-физиологических особенностей и умеет применять фундаментальные знания при оценке морфофункциональных и физиологических состояний организма для своевременной диагностики заболеваний и выявления патологических процессов.  **РОд-2:**способен выполнять основные лечебные мероприятия при наиболее часто встречающихся заболеваниях и состояниях у взрослого населения и умеет применить фундаментальные знания (анатомо-топографическое и гистофизиологическое обоснование) и основ физикального обследования. | **РОт**: Знает и понимает: этиологию, патогенез, классификацию, клиническую картину.  - Методы современной диагностики и дифференциальный диагнозc учетом их течения и осложнения.  Умеет на основании жалоб, анамнеза, физикального обследования:  - дифференцировать больных  - составить план лабораторного и инструментального обследования для подтверждения предполагаемого диагноза и интерпретировать полученные результаты;  - сформулировать развернутый клинический диагноз, руководствуясь современной классификацией ;  - произвести детализацию диагноза у конкретного больного, а именно, этиологию, механизм развития болезни, осложнений;  - произвести обоснование клинического диагноза у больного с оценкой результатов обследования и выявить критерии диагностики;  Владеет:  - методикой назначения адекватной индивидуальной терапии;  - навыками определения прогноза у конкретного больного;  - мерами вторичной профилактики и экспертизы трудоспособности;  – навыками оказания первой медицинской помощи при неотложных состояниях. |

**Ход занятия**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **№** | **Этапы занят** | **Цели этапов занятия** | **Деятельность преподавателя** | **Деятельность студента** | **Методы, механизмы** | **Результаты обучения** | **Оборудование занятия** | **Время** |
| 1 | Организационный момент | Ознакомление с новой темой, его вопросами | Показ рисунка и комментарий к нему. Преподаватель объявляет тему, цели занятия, акцентирует внимание на важности, сложности изучения данной темы; объясняет ход занятия | Записывают тему и его вопросы | Мозговой штурм  Вызвать интерес к изучению  материала, мобилизовать внимание студентов | Обращение внимание студентов к занятию | Доска с проектором, слайд | 5 мин |
| 2 | Практическая часть | Создание проблемной ситуации  Активизация мыслительной деятельности. | Демонстрирование ситуации | В решении задач принимают участие все студенты группы; дополняют, исправляют ответы друг друга. Преподаватель контролирует, обобщает ответы студентов | Работа с чек - листом | Акцентирование внимание студентов на рассматриваемые вопросы, участие в командных обсуждениях, свободно выражают свои мнения | Доска с проектором, презентационный материал, чек-листы, натурщик. градусник, фонендоскоп, тонометр, шпатель.лекарственные препараты (аннотации) | 30мин |
| 3 | Оценка и дисскусия работы с чек-листами. | Определение и анализ освояемости пройденного материала, внесение измений на его содержание | Демонстрация ситуационных задач. | Отвечают друг другу на заданные конкретные вопросы.  Студенты оценивают собственные действия, умения работать в команде, осмысливают итоги занятия; записывают заработанные баллы, домашнее задание. | Обсуждение ситуационных задач | Самостоятельно используют полученные знания по теме, формируются познавательные компетенции | Чек-листы (Прил.2.) | 10 мин |
| 4 | Оценивание студентов за участия на занятии | Научить студентов к самооценке и применять 4х шаговый метод Пейтона. | Преподаватель анализирует работу студентов. Определяет степень достижения целей. Выставляет и объявляет оценки. Предлагает записать домашнее задание |  | Выборочный опрос, оценка друг друга  Оценить успешность достижения целей занятия студентами; определить перспективы последующей работы  Ориентировать студентов на следующее занятие, акцентировать внимание студентов на основных вопросах темы. | Преподаватель оценивает деятельность студентов и подводит общий итог занятия.  Оценка преподавателем формируемых общих и профессиональных компетенций студентов (происходит в ходе  наблюдения за деятельностью обучающихся в процессе изучения темы).  Преподаватель предлагает домашнее задание, благодарит студентов за занятие. | Примеры вопросов | 5 мин |

**Содержание темы:**

Студенты должны продемонстрировать «Прием больного».

* Прием больного.
* Расспрос жалоб.
* Сбор анамнеза.
* Осмотр больного.
* Осмотр ротовой полости.
* Пальпация.
* Перкуссия.
* Аускультация.
* Определение ЧД.
* Определение АД.
* Определение пульса.
* Оценка дыхания.
* Постановка предварительного диагноза.
* Выбор лабораторных методов исследования.
* Выбор инструментальных методов исследования.
* Выбор тактики лечения.
* Выбор лекарственных средств.

Студент должен озвучить каждое свое действие, выбор, выводы.

**Формы проверки знаний:**

* Оперативный опрос на разрезе текущего контроля;
* Тестовые задания на разрезе рубежного контроля.

**Литература:**

# Учебно-методическое обеспечение дисциплины

**Основная литература:**

1. «Пропедевтика внутренних болезней» Василенко В.Х. и Гребенев А.Л.

2. «Пропедевтика внутренних болезней» Мамасаидов А.Т

3. «Пропедевтика внутренних болезней» Молдобаева М.С.

4. «Пропедевтика внутренних болезней» Шелагуров А.А.

5. «Ичкиооруларпропедевтикасы.» Сакибаев К.Ш.

**Дополнительная литература:**

1. «Пропедевтика внутренних болезней» Малов Ю.С.

2. «Пропедевтика внутренних болезней» Мухин Н.Ф.

**Электронные источники:**

1. [www.plaintest.com](http://www.plaintest.com)

2. [www.booksmed.com](http://www.booksmed.com)

3. [www.bankknig.com](http://www.bankknig.com)

4. [www.wedmedinfo.ru](http://www.wedmedinfo.ru)

5. [www.spr.ru](http://www.spr.ru)

**Краткое содержание темы:**

# *Синдромы поражения печени.*

# Синдром желтухи

1. ***Синдром механической (подпеченочной) желтухи***

Причины возникновения: чаще всего желчнокаменная болезнь с обтурацией общего желчно­го протока, рак фатерового соска, холестаз.

Жалобы: при желчнокаменной болезни желтухе нередко предшествуют приступообразные интенсивные боли в правом подреберье (желчная колика), тошнота, рвота. Характерен зуд кожи, обесцвечивание кала и потемнение мочи (цвета пива).

Объективные данные: осмотр - выраженная желтушность склер и кожи (при длительном су­ществовали желтухи темно-оливковый или желто-зеленый цвет кожных покровов), расчесы на коже. Пальпация: может пальпироваться увеличенный, болезненный желчный пузырь, напряжение в пра­вом подреберье, положительные симптомы Георгиевского-Мюсси, Ортнера, Кера и др., при раке может пальпироваться увеличенный безболезненный желчный пузырь (симптом Курвуазье).

Биохимический анализ крови: повышен общий билирубин за счет связанного (прямого) били­рубина, повышено содержание холестерина, бета-липопротеидов, желчных кислот, щелочной фосфатазы.

Анализ мочи: моча цвета пива с желтой пеной при взбалтывании, качественная реакция на билирубин положительная, качественная реакция на уробилин отрицательная.

Анализ кала: ахоличный (белый), стеркобилин в кале не опреляется, стеаторея с преобладани­ем кристаллов жирных кислот.

1. ***Синдром гемолитической (подпеченочной) желтухи***

Причины возникновения: чаще всего переливание несовместимой крови, врожденные и при­обретенные гемолитические желтухи, ДВС-синдром.

Объективно: цвет кожи лимонно-желтый, бледность видимых слизистых. Цвет мочи темно­коричневый с красноватым оттенком. Цвет кала темно-коричневый. Зуд кожи отсутствует. Увеличе­ние печени и селезенки (не постоянно).

**Синдром портальной гипертензии**

**Портальная гипертензия** характеризуется стойким повышением кровяного давления в ворот­ной вене.

Причины возникновения: В зависимости от локализации процесса в портальной системе вы­деляют три основных типа портального блока:

1. надпеченочный блок - чаще всего встречается при констриктивном перикардите и кардио- мегалиях (сдавление нижней полой вены и нарушение оттока крови из печени), болезни Бада-Киари (флебит печеночных вен);
2. внутрипеченочный блок - при циррозах печени, реже при обширных опухолях;
3. подпеченочный блок - связан с поражением воротной вены или ее ветвей (тромбоз ворот­ной вены, стеноз воротной и селезеночной вен, сдавление вены увеличенными лимфоузлами в воро­тах печени при раке желудка и др.).

Наиболее частой причиной портальной гипертензии является внутрипеченочный блок, обу­словленный циррозом печени. Надпеченочный блок составляет 0,9%, внутрипеченочный - 85-96,2%, подпеченочный - 2,9% всех случаев портальной гипертензии.

Клиническая картина

В выраженных случаях портальной гипертензии больные жалуются на чувство тяжести в пра­вом подреберье, вздутие живота, увеличение размеров живота.

Объективно: расширение вен передней брюшной стенки («голова медузы»), расширение вен пищевода и кардиального отдела желудка, расширение геморроидальных вен, кровотечения из рас­ширенных вен желудочно-кишечного тракта, асцит, спленомегалия. Увеличение селезенки связано с застоем крови и развитием фиброза.

Наряду с общими признаками, каждый вид блока имеет свои клинические особенности. При надпеченочном блоке основным симптомом заболевания является стойкий асцит, плохо поддающий­ся лечению диуретиками. Желтуха отсутствует, внепеченочных знаков нет, увеличение печени и сле- зенки умеренное. При внутрипеченочном блоке часто отмечается желтуха и внутрипеченочные знаки («сосудистые звездочки», «печеночные ладони», гинекомастия, малиновый язык), гепатомегалия с выраженным нарушением функциональных проб печени, но менее выражена спленомегалия. При подпеченочном блоке наиболее постоянным симптомом является значительная спленомегалия в со­четании с небольшим увеличением печени, расширение вен пищевода и желудка с повторными кро­вотечениями. Асцит непостоянен и возникает обычно после кровотечений. Отсутствуют желтуха и признаки печеночной недостаточности. Могут наблюдаться лихорадка и боли в области селезенки (за счет периспленита).

В диагностике портальной гипертонии большое значение имеют специальные методы иссле­дования: рентгенологическое исследование и эзофагогастроскопия для выявления расширенных вен пищевода, спленоманометрия, позволяющая определить степень портальной гипертензии. В норме портальное давление равно 50-150 мм водного столба, а при портальной гипертензии оно мо­жет достигать 300-500 мм водного столба и более.

Гепатолиенальный синдром - сочетанное увеличение печени и селезенки самого различного происхождения. Поражение этих органов может проявляться одновременно или в разной последова­тельности; различной может быть и степень их увеличения. Сравнительно частое совместное вовле­чение печени и селезенки в патологический процесс объясняется тесной связью их как в анатомиче­ском, так и функциональном отношениях.

**Синдром печеночной недостаточности, печеночной комы**

Причины возникновения: тяжелые острые и хронические заболевания печени вследствие вы­раженной дистрофии и гибели печеночных клеток, несмотря на большие компенсаторные возможно­сти этого органа, сопровождаются глубокими нарушениями многочисленных функций, что обозна­чается как печеночно-клеточная недостаточность. В зависимости от характера и остроты заболевания различают острую и хроническую печеночную недостаточность и 3 ее стадии: 1) начальную, компенсированную; 2) выраженную, декомпенсированную; 3) терминальную, дистрофическую, которая заканчивается печеночной комой.

**Астеновегетативный синдром** – включает слабость, повышенная утомляемость, снижение трудоспособности, нервозность, ипохондрию. **Гепаторенальный синдром** – включает олигурию, анурию, нарастание асцита, артериальную гипотензию. **Геморрагический синдром** – включает носовые кровотечения, кровоточивость десен, кожные геморрагии, геморроидальные кровотечения

 ТЕСТЫ:

   1. Ведущим симптомом при заболеваниях печени является:

   а) гепатомегалия

   б) спленомегалия

   в) болезненность при пальпации в правом подреберье

   г) асцит

  2. Основными жалобами при заболеваниях печени являются все, кроме:

   а) боль в правом подреберье

   б) диспептические явления

   в) желтуха

   г) головные боли

   д) кожный зуд

  3. Приступообразные боли в правом подреберье чаще всего наблюдаются

   при:

   а) цирроз печени

   б) желчно-каменная болезнь

   в) наследственная доброкачественная гипербилирубинемия

   г) абсцесс печени

  4. Причинами боли в правом подреберье при циррозе печени могут быть

   все, кроме:

   а) растяжение глиссоновой капсулы увеличенной печенью

   б) наличие очагов некроза, близко расположенных к капсуле

   в) очаги некроза в глубине печеночной ткани

   г) сопутствующие заболевания желчных путей воспалительного харак-

   тера

  5. Наиболее характерными изменениями кожи при циррозе печени являются

   все, кроме:

   а) гладкая, тонкая, пергаментная кожа

   б) желтушный оттенок кожи и слизистых оболочек различной интенсив-

   ности

   в) ксантелазмы и ксантомы

   г) пальмарная эритема, "сосудистые звездочки"

   д) цианоз

  6. Характерным пальпаторным признаком цирроза печени является:

   а) плотной консистенции, край острый, поверхность ровная или мелко-

   бугристая

   б) край ровный, мягкой консистенции

   в) поверхность бугристая, край неровный

   г) ничего из перечисленного

  7. Причиной механической (подпеченочной) желтухи является:

   а) камни общего желчного протока

   б) стриктура Фатерова соска

   в) рак головки поджелудочной железы

   г) ничего из перечисленного

   д) все вышеперечисленное

   8. Гемолитическая желтуха сопровождается всеми признаками, кроме:

   а) увеличением содержания в крови непрямого билирубина

   б) уробилинурией

   в) билирубинурией

   г) анемия с ретикулоцитозм

   9. Для синдрома цитолиза, развивающегося при вирусном гепатите и дру-

   гих острых повреждениях печени, характерно:

   а) высокая активность АСТ,АЛТ,ЛДГ, повышение активности печеноч-

   но-специфических ферментов;

   б) повышение активности щелочной фосфатазы, гиперхолестеринемия,

   гипербилирубинемия

   в) снижение уровня альбумина, протромбина,

   холестерина, гипербилирубинемия

   г) повышение уровня гамма-глобулинов, повышение уровня иммуног-

   лобулинов;

  10.К лабораторным тестам, отражающим синтетическую функцию печени от-

   носятся все, кроме:

   а) уровень альбуминов в крови;

   б) содержание протромбина, проконвертина и других факторов свер-

   тывания крови;

   в) содержание меди;

   г) содержание холестерина, фосфолипидов.

  11. Для какого вида желтухи характерна преимущественно прямая (коньюгиро-

   ванная) гипербилирубинемия:

   а) гемолитическая;

   б) печеночно-клеточная;

   в) механическая.

  12.Как оценивается выделительная функция печени, если через 45 мин пос-

   ле введения бромсульфалеина его концентрация составляет 10% от исходной:

   а) не нарушена;

   б) снижена.

  13. ИЗ перечисленных показателей маркером холестаза является:

   а) бромсульфалеиновая проба;

   б) уровень гамма-глобулинов; в) активность аминотрансфераз;

  14.При каком заболевании наблюдается увеличение прямого и непрямого

   билирубина:

   а) синдром Жильбера

   б) желчно-каменная болезнь

   в) активный гепатит

   г) опухоль поджелудочной железы

  15.Из перечисленных показателей о внутрипеченочном холестазе свиде-

   тельствует увеличение:

   а) бромсульфалеиновой пробы

   б) уровня гамма-глобулинов

   в) уровня аминотрансфераз

   г) уровня ЩФ

   д) уровня кислой фосфатазы

  16.Какой синдром характеризуется кожным зудом, потемнением мочи, ахо-

   личным стулом, повышением содержания в крови холестерина,билиру-

   бина,фосфолипидов,щелочной фосфатазы,5-нуклеотидазы:

   а) синдром цитолиза

   б) синдром желтухи

   в) синдром холестаза

   г) синдром печеночно-клеточной недостаточности