**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 №36

на тему: **«Основные и дополнительные методы исследования больных с заболеваниями эндокринной системы».**

по дисциплине: **«Внутренние болезни »**

для студентов, обучающихся по специальности:

**(560002) Педиатрия**

Составитель: Тажибаева У.Ж.

**Тема практического занятия:**

**«Основные и дополнительные методы исследования больных с заболеваниями эндокринной системы»**.(50мин)**Актуальность темы:** Заболевания эндокринной системы - 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 и дополнительные методы исследования больных с заболеваниями эндокринной системы .

**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 и дополнительные методы исследования больных с заболеваниями эндокринной системы. |
| 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 | Ролевая игра врач и пациент | 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 |  | 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:**

**Исследование эндокринной системы** включает в себя расспрос, осмотр области шеи и пальпацию щитовидной железы (в необходимых случаях – также перкуссию и аускультацию), измерение окружности шеи на уровне щитовидной железы, определение специфических глазных симптомов, указывающих на повышение ее функции.

**Расспрос больного**. Жалобы больных с эндокринными заболеваниями могут быть весьма разнообразными, затрагивающими функции других органов и систем. Больные предъявляют жалобы на: – повышенную возбудимость, нарушение сна и памяти, раздражительность и потливость (гипер- и гипотиреоз); – лихорадку, повышенную потливость, чувство жара, плохую переносимость высокой температуры окружающей среды (гипертиреоз); – ощущение зябкости (гипотиреоз); – боли в области сердца, сердцебиение и ощущение перебоев в работе сердца (гипертиреоз, феохромоцитома); – боли в костях и суставах (акромегалия, гипертиреоз), переломы костей (синдром Иценко-Кушинга, гиперпаратиреоз); – изменение формы и размеров костей конечностей, нижней челюсти, скуловых костей, надбровных дуг (акромегалия); – появление судорожных сокращений мышц: кисть больного принимает форму «руки акушера», а лицо изменяется с появлением так называемого «рыбьего рта» (гипопаратиреоз); – сухость кожи, ломкость и выпадение волос, кожный зуд склонность к проявлениям локальных инфекций (гипер- и гипотиреоз, сахарный диабет); – головные боли, «шум» в голове, связанные с артериальной гипертензией (феохромоцитома, гиперкортицизм); – мышечную слабость (болезнь Адиссона, синдромы Кона и Иценко-Кушинга); – нарушение аппетита, диспепсические явления, жажду (хроническая надпочечниковая недостаточность, гипер- и гипотиреоз, сахарный диабет); – зуд (особенно в области гениталий), наклонность к грибковым поражениям кожи, фурункулезу (сахарный диабет); – похудание (сахарный диабет, надпочечниковая недостаточность, гипертиреоз), избыточный вес (сахарный диабет, алиментарное ожирение, гипотиреоз); – нарушение половых функций (гипогонадизм, синдром Иценко-Кушинга). Некоторые жалобы больных с заболеваниями эндокринной системы могут касаться органов дыхания. Пациенты с микседемой отмечают изменение голоса, который вследствие утолщения слизистой оболочки гортани становится грубым и охриплым. Больные с ожирением предъявляют жалобы на одышку, вследствие высокого стояния диафрагмы (синдром Пиквика), сонливость. В ряде случаев происходит нарушение функции органов пищеварения. Так, поносы являются характерной жалобой у больных с диффузным токсическим зобом. Запоры и метеоризм наблюдаются при гипотиреозе. Иногда у больных с эндокринными заболеваниями (острая надпочечниковая недостаточность, период прекомы при сахарном диабете) возникают сильные боли в животе, которые способны симулировать острые хирургические заболевания.

В анамнезе заболеваний эндокринной системы важную роль играют такие факторы как психические травмы, наличие хронических очагов инфекции и наследственная предрасположенность (диффузно-токсический зоб, сахарный диабет), иммунологические нарушения (аутоиммунный тиреоидит, надпочечниковая недостаточность), развитие гиперплазии и опухолевых процессов (заболевания надпочечников и паращитовидных желез). Важную роль играет выяснение семейного анамнеза. Наследственная предрасположенность имеет большое значение в возникновении диффузного токсического зоба и сахарного диабета. Риск развития сахарного диабета возрастает у женщин, родивших живого или мертвого ребенка весом более 4,5 кг. Выясняют особенности питания больных. Например, злоупотребление легкоусваиваемыми углеводами может привести к ожирению и развитию сахарного диабета II типа, а снижение содержания йода в окружающей среде – к развитию эндемического зоба. Особое место занимают ятрогенные причины – длительное лечение препаратами йода, лития, кордароном (гипотиреоз), глюкокортикоидами (гиперкортицизм). Заболевание способно развиться и после травмы головного мозга или нейроинфекции с поражением гипоталамуса, после оперативных вмешательств (струмэктомия) и облучения.

**При осмотре** передней поверхности шеи можно обнаружить выраженное увеличение щитовидной железы (зоб), приводящее иногда к резкому изменению конфигурации шеи. При осмотре лица возможно выявить специфическое выражение лица – facies basedovica (при гипертиреозе), характеризующееся: – ненормальным расширением глазных щелей при обычном взгляде, что придает лицу больного удивленное выражение (симптом Дальримпля); – блеском в глазах (симптом Крауса); – пучеглазием (экзофтальм); – ретракция верхнего века при быстрой перемене взгляда – симптом Кохера; – отставание верхнего века от движения глазного яблока при взгляде вниз (исследуемое лицо с неподвижно фиксированной головой в выпрямленном положении следит глазами за опускающимся пальцем врача и при переводе взгляда вниз между нижним краем верхнего века и верхним краем роговицы появляется полоска незакрытой склеры) – симптом Грефе; – нарушение конвергенции глазных яблок при переводе взгляда на близкий предмет – симптом Мебиуса; – редкое непроизвольное мигание – симптом Штельвага. Лицо таких больных иногда принимает характерный вид: взгляд «блуждающий», полный тоски, при фиксации – гневный. При диффузно-токсическом зобе может наблюдаться темная окраска век. В большинстве своем эти симптомы описаны в XIX веке австрийскими, немецкими и французскими врачами. «Гипотиреоидное» лицо свидетельствует о пониженной функции щитовидной железы: оно равномерно отечное, контуры сглажены, имеет место утолщение губ и носа, сужение глазных щелей. Осмотр области шеи позволяет обнаружить увеличение щитовидной железы при ее поражении (диффузный зоб, злокачественная опухоль).

Основным клиническим методом исследования щитовидной железы является ее **пальпация**. Доли щитовидной железы прикрыты спереди грудино-ключично-сосцевидными мышцами, затрудняющими их пальпацию. Принято считать, что у здоровых людей (особенно у мужчин) щитовидная железа не пальпируется. Однако в некоторых случаях у женщин при худой шее в норме можно пропальпировать щитовидную железу, которая ощущается в виде мягкого валика, расположенного в области латеральной поверхности щитовидного хряща. Нормальные размеры долей щитовидной железы не должны превышать при этом 3–6 см по длиннику, 3–4 см по поперечнику, 1–2 см в толщину. Существуют три наиболее распространенных способа пальпации щитовидной железы. При первом способе пальпации врач, находящийся спереди от больного, глубоко заводит согнутые II–V пальцы обеих кистей за задние края грудино-ключично-сосцевидных мышц, а большие пальцы располагает в области щитовидных хрящей кнутри от передних краев грудино-ключично-сосцевидных мышц. Во время пальпации просят больного сделать глотательное движение, в результате которого щитовидная железа перемещается вместе с гортанью вверх и движется под пальцами врача. Перешеек щитовидной железы пальпируют на передней поверхности шеи с помощью скользящих движений пальцев в вертикальном направлении. При втором способе пальпации врач располагается справа и немного спереди от больного. Для большего расслабления мышц шеи больной слегка наклоняет голову кпереди. Левой рукой врач фиксирует шею пациента, обхватив ее сзади таким образом, чтобы большой палец с одной стороны и остальные пальцы с другой стороны располагались у заднего края грудино-ключично-сосцевидных мышц.

**Пальпация** **щитовидной железы** осуществляется пальцами правой руки, причем пальпация правой доли проводится большим или указательным пальцем, а пальпация левой доли – сложенными вместе остальными пальцами. При третьем способе пальпации врач становится сзади больного. Большие пальцы рук располагаются на задней поверхности шеи, а остальные пальцы устанавливают на область щитовидных хрящей кнутри от переднего края грудино-ключично-сосцевидных мышц. При данном способе пальпации щитовидной железы ладони врача располагаются на боковых поверхностях шеи. При пальпации оценивают консистенцию, характер увеличения, болезненность и подвижность щитовидной железы.

В нашей стране для характеристики размеров щитовидной железы принято выделять 5 степеней ее увеличения:

1 степень – железа не видна, но прощупывается перешеек;

2 степень – хорошо прощупываются боковые доли, железа заметна при глотании;

3 степень – железа видна при осмотре («толстая шея»);

4 степень – значительное увеличение щитовидной железы, выступающей за края кивательной мышцы и изменяющей форму шеи;

5 степень – зоб огромных размеров.

При диффузном токсическом зобе консистенция щитовидной железы может быть мягкой или умеренно плотной, поверхность ее при этом остается ровной. При аденоме щитовидной железы часто удается пропальпировать узел плотноэластической консистенции, с четкими границами, подвижный и не спаянный с окружающими тканями. При раковом поражении щитовидной железы пальпируемый узел становится плотным (иногда – каменистым), с неровным контуром и сниженной подвижностью. При воспалительных изменениях щитовидной железы (тиреоидит) появляется ее болезненность во время пальпации. После проведения пальпации производят измерение окружности шеи на уровне щитовидной железы. Для этого сзади сантиметровую ленту устанавливают на уровне остистого отростка VII шейного позвонка, а спереди – на уровне наиболее выступающей области щитовидной железы. При обнаружении отдельных узлов их диаметр можно измерить с помощью специального циркуля. Перкуссия может применяться для обнаружения загрудинного зоба. В таких случаях над рукояткой грудины определяется притупление перкуторного тона. Во время проведения аускультации щитовидной железы у больных с диффузным токсическим зобом в ряде случаев удается выслушать функциональный шум, появляющийся в результате усиленной васкуляризации щитовидной железы и ускорением в ней кровотока.

**Тест:**

1. ДЛЯ БОЛЬНЫХ С ГИПЕРТИРЕОЗОМ НЕ ХАРАКТЕРЕН

1) симптом Грефе

2) симптом Дельримпля

3) симптом Ортнера

4) симптом Штельвага

5) симптом Мебиуса

4) facies Basedovica

3. РЕДКОЕ МИГАНИЕ У БОЛЬНЫХ С ТИРЕТОКСИКОЗОМ ОБОЗНАЧАЮТ КАК

1) симптом Менделя

2) симптом Мейо-Робсона

3) симптом Штельвага

4) симптом Мебиуса

4. СИМПТОМ МЕБИУСА ПРОЯВЛЯЕТСЯ

1) расширением глазной щели, выпученными глазами

2) блеском в глазах

3) повышенным слезотечением

4) слабостью конвергенции

5. ДЛЯ ХАРАКТЕРИСТИКИ СТЕПЕНИ УВЕЛИЧЕНИЯ РАЗМЕРОВ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ В РОССИИ ВЫДЕЛЯЮТ

1) 2 степени

2) 3 степени

3) 4 степени

4) 5 степеней

6. ДЛЯ ЛИЦА БОЛЬНОГО С МИКСЕДЕМОЙ ХАРАКТЕРНО

1) равномерно отечное лицо, контуры сглажены, имеет место утолщение губ и носа, сужение глазных щелей, сухая шероховатая кожа

2) возбужденно-испуганное выражение, глазные щели широко раскрыты, блеск глаз, неполное редкое мигание

3) маскообразное лицо с запавшими глазами, заострившимся носом, впалыми щеками и раскрытым ртом

4) утолщение лицевых костей с выступающими нижней челюстью и надбровными дугами, увеличение размеров носа и губ

7. FACIES BASEDOVICA ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

1) появлением на щеках и спинке носа румянца на фоне бледности кожных покровов и акроцианоза

2) односторонний румянец щеки, крылья носа участвуют в акте дыхания, на губах и крыльях носа могут быть герпетические высыпания

3) возбужденно-испуганное выражение, глазные щели широко раскрыты, блеск глаз, неполное редкое мигание

4) лицо с высыпаниями на щеках в форме бабочки, переходящей на спинку носа

8. К РАЗВИТИЮ ЭНДЕМИЧЕСКОГО ЗОБА МОЖЕТ ПРИВЕСТИ

1) дефицит йода в окружающей среде

2) дефицит фтора в питьевой воде

3) дефицит железа в пище

4) дефицит витамина С

9. ДИФФУЗНО-ТОКСИЧЕСКИЙ ЗОБ МОЖЕТ НАБЛЮДАТЬСЯ ПРИ ПАТОЛОГИИ

1) сердечно-сосудистой системы

2) надпочечников

3) лобной доли головного мозга

4) щитовидной железы