

f) cytodiagnostica

4. Укажите недостающее слово:

Пародонтоз – болезнь, характеризующаяся разрушением ... ткани зубных альвеол, воспалением десен и расшатыванием зубов.

В заключении мы можем сделать вывод, что использование игровых технологий и элементов проблемного обучения на занятиях стимулирует личностную активность студентов, развивает познавательные процессы, способствует формированию терминологических компетенций, которыми должен обладать будущий специалист-медик.

Литература

1. Абрамова, И. Г. Активные методы обучения в системе высшего образования / И. Г. Абрамова. – М.: Гардарика, 2008. – 368 с.
2. Касимовская, Н. А. Основные формы и методы активного обучения / Н. А. Касимовская, Ю. В. Несвижский – М.: Издательство Первого МГМН, 2014. – 28 с.
3. Новодранова, В. Ф. Использование методов когнитивной лингвистики в медицинском терминоведении / В. Ф. Новодранова // Когнитивные исследования языка. – Москва, 2016. – С. 554–559.

ОПЫТ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ АЛГОРИТМА ЭКГ-ДИАГНОСТИКИ В ОБУЧЕНИИ СТУДЕНТОВ СТАРШИХ КУРСОВ

Заболотских Т.Б., Сиротенко Д.В.,
Скибицкий В.В., Фендрикова А.В.,
Кудряшов Е.А.

*ФГБОУ ВО КубГМУ Минздрава России,
Краснодар, Россия*

На кафедре госпитальной терапии студенты 5 и 6 курсов по специальности «Лечебное дело» обучаются на основе ФГОС ВО, в котором значимой целью обучения определены освоение студентами компетенций по врачебным методам исследования и теоретических основ дополнительных методов исследования, а также формирование врачебного мышления, знаний и практических умений для диагностики, лечения и профилактики наиболее распространенных и социально

значимых заболеваний внутренних органов, оказания неотложной помощи.

Наиболее значимой и распространенной патологией являются заболевания сердечно-сосудистой системы. Оценить состояние больного с кардиальной патологией невозможно без знаний ЭКГ диагностики нарушений ритма сердца и проводимости, острых коронарных синдромов. В руководствах по ЭКГ-диагностике представлены схемы интерпретации кардиограмм согласно различным патологиям. На кафедре госпитальной терапии при обучении студентов по дисциплине «Госпитальная терапия. Эндокринология» успешно применяется алгоритм интерпретации ЭКГ с использованием ступенчатой схемы, который включает в себя следующие этапы последовательных действий: определение ритма сердца, анализ зубца Р, анализ интервала PQ, комплекса QRS, сегмента ST и зубца Т. Так как синусовый узел является центром автоматизма 1-го порядка, то в норме всегда имеется зубец Р перед каждым комплексом QRS и частота сокращений 60-88 в минуту. Кроме того, в зависимости от частоты сокращений возможны варианты синусовой брадикардии или синусовой тахикардии. При наличии зубца Р и очень низкой частоте желудочковых комплексов возможны варианты сино-атриальной (2:1) или атрио-вентрикулярной (АВ) блокад Пили III степени, с соответствующими характеристиками. Для уточнения наличия АВ блокады Пили III степени оценивается наличие удлинения интервала PQ с последующим выпадением комплекса QRS (варианты Мобитц I или Мобитц II АВ блокады II степени) или полное разобщение предсердного (Р) и желудочкового ритмов (QRS) при низкой частоте желудочкового комплекса с одинаковым расстоянием между ними (АВ блокада III степени) [2, С. 165; С. 169-172].

При активации автоматических центров 2-го и 3-го порядка, что связано с резким замедлением частоты синусового ритма или прекращением деятельности синусового узла, возникают другие варианты «несинусового ритма», а именно АВритм или идиовентрикулярный ритм [1, С. 12; С. 105]. При анализе ЭКГ на данном этапе студенты оценивают форму желудочкового комплекса и частоту его сокращений. Так, известно, что при АВритме частота сердечных сокращений (ЧСС) 35-45 в минуту при нормальном желудочковом комплексе; при высоком идиовентрикулярном ритме ЧСС – 30-35 в минуту и при идиовентрикулярном ритме ЧСС – 6-30 в минуту при измененных желудочковых комплексах [3, С. 69].

Если при проведении анализа ритм более 140 в минуту с внезапным началом и правильным ритмом, уточняется форма пароксизмальной тахикардии. При этом в процессе анализа мы всегда оцениваем наличие и форму зубца Р и форму комплекса QRS, что позволяет выявить пароксизмальную суправентрикулярную или желудочковую тахикардию. При синусовом ритме возникающие внеочередные комплексы QRS указывают на экстрасистолию желудочковую или суправентрикулярную, что зависит от формы желудочковых комплексов и наличия или отсутствия отрицательного или положительного зубца Р.

И наконец, последний вариант уточнения ритма сердца при проведении анализа ЭКГ: при отсутствии зубца Р, разных интервалах R-R возможны только две формы нарушения ритма сердца: фибрилляция предсердий с частым присутствием «волнистости» (fволн) или трепетание предсердий нерегулярная форма с наличием регулярных «пилообразных» Fволн, отражающих патологически ускоренные, ритмические сокращения предсердий.

При определении ритма сердца и выявлении нарушений ритма сердца и проводимости, в виде самостоятельной работы, студенты составляют логическую структуру, в которой лаконично и логически отражены все этапы клинического

мышления с учетом знаний электрофизиологии проводящей системы сердца.

Далее по схеме мы оцениваем зубец Р, его высоту и продолжительность, что в свою очередь помогает выявить гипертрофию левого или правого предсердий. После чего производим анализ интервала PQ. При укорочении интервала PQ, отражающего атрио-вентрикулярную проводимость, выявляем «синдромы укороченного PQ», связанные с наличием дополнительных путей проведения. При удлинении данного интервала логически делается вывод о наличии АВ блокады I степени; если это сочетается с выпадением желудочковых комплексов – II степени; при полном разобщении предсердного и желудочкового комплексов, сопряженной с низкой частотой сокращений, – III степени.

Следующим этапом в анализе ЭКГ является оценка желудочкового комплекса QRS, который мы начинаем с зубца Q. При наличии патологического зубца Q или комплекса QS во II, I II, AVF отведениях делаем заключение об инфаркте миокарда нижней стенки левого желудочка; а при наличии таких изменений в грудных отведениях – об инфаркте миокарда передней стенки левого желудочка. При расширении желудочкового комплекса более 0,12 сек, который приобретает М-образную форму, логически делается вывод о полной блокаде правой или левой ножки пучка Гиса, что зависит от наличия изменений в соответствующих отведениях.

Важным в диагностике острых коронарных синдромов, наряду с клинической симптоматикой, является оценка сегмента ST. Подъем сегмента ST более чем на 2 мм и более чем в двух соответствующих отведениях свидетельствует о патологическом изменении, отражающем острую ишемию или повреждение в соответствующей стенке левого желудочка. Эти изменения, сочетающиеся с соответствующей клинической картиной, могут свидетельствовать о развитии острой коронарной недостаточности с подъемом сегмента ST. Патологическое смещение сегмента ST выше или ниже изолинии с

отрицательным «коронарным» зубцом T свидетельствует об инфаркте миокарда соответствующим отведениям локализации без зубца Q; причем динамика этих изменений может регистрироваться в течение 3-5 недель от начала заболевания.

И наконец, зубец T, о котором говорят, что «зубец T один, а заболеваний много». В первую очередь высокий «заостренный» зубец T или отрицательный «коронарный» зубец Tв грудных отведениях отражает ишемию соответствующей отведениям локализации. Низкой амплитуды зубец T или «слабоотрицательный» зубец T указывают на нарушение процессов реполяризации, которые могут быть при ряде таких состояний как рубцовая стадия инфаркта миокарда, перенесенный миокардит, ожирение, анемия, миокардиодистрофии различного генеза, а также как вариант нормы.

Таким образом, данная схема интерпретации ЭКГ, основанная не на изучении отдельной патологии, а на оценке параметров ЭКГ по определенному алгоритму, должна быть освоена каждым студентом старших курсов. Предложенная схема алгоритма интерпретации ЭКГ достаточно логична, проста для понимания и позволяет студентам старших курсов и будущим врачам быстрее ориентироваться при выявлении более значимой патологии сердечно-сосудистой системы, которая в реальной жизни практического врача может потребовать уточнения стратегии ведения пациента в ближайшие сроки. Использование данного алгоритма на практических занятиях со студентами активизирует их деятельность и позволяет им самостоятельно планировать диагностическую и лечебную стратегию ведения пациента.

Литература:

1. Мурашко, В. В. Электрокардиография: учебное пособие / В. В. Мурашко, А. В. Струтынский. – 13-е издание, перераб. и доп. – МедПресс-Информ, 2016. – 320 с.
2. Фомина, И. Г. Нарушение сердечного ритма: руководство для врачей / И. Г. Фомина. – М.: Издательский дом «Русский врач», 2003. – 192 с.

3. Гришкин, Ю. Н. Основы клинической электрокардиографии: монография / Ю. Н. Гришкин, Н. Б. Журавлева. – СПб.: ООО «Издательство ФОЛИАНТ», 2008. – 160 с.

ОБ ОПТИМИЗАЦИИ ПРЕПОДАВАНИЯ ВНУТРЕННИХ БОЛЕЗНЕЙ НА КАФЕДРЕ ГОСПИТАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ

Запевина В.В., Породенко Н.В.,
Скибицкий В.В., Звягинцева Ю.Г.
*ФГБОУ ВО КубГМУ Минздрава России,
Краснодар, Россия*

Резкое увеличение объема научно-медицинской информации, переход на образовательные стандарты третьего поколения, изменение программы и новые задачи преподавания внутренних болезней на выпускном курсе диктуют необходимые изменения методики учебного процесса при сохранении высокого качества преподавания [3, 4]. Уменьшение длительности практических занятий до пяти часов потребовал от сотрудников кафедры жёсткого отбора необходимого учебного материала в рамках рабочей программы. На методических совещаниях кафедры систематически обсуждаются как наиболее трудные вопросы в преподавании внутренних болезней, так и новые данные, касающиеся классификаций болезней, методов диагностики и современных эффективных способов лечения, которые отбираются для внедрения в учебный процесс.

На кафедре госпитальной терапии почти на 80% сократилось число аудиторных учебных часов. Этот факт в сочетании с повышением требований к преподаванию и качеству подготовки студентов в соответствии с ФГОС-3 и ФГОС-3+, диктует профессорско-преподавательскому составу необходимость оптимизировать структуру занятий, работу с учебным и наглядным материалами, изменить время работы студентов с пациентами, что подразумевает грамотное распределение учебных часов между лекциями, семинарами, практическими и семинарскими