

ские, и прикладные аспекты адаптивных и репаративных реакций.

Нами изучены различные возрастные группы больных при косметической и восстановительной дерматоабразии. Во всех случаях мы придерживались фундаментальных знаний, полученных ранее. Установлено, что во всех случаях мы сталкиваемся с повреждениями как эпидермиса, так и дермы. Постольку, поскольку в области лица репарация эпидермиса идет достаточно быстро, с привлечением различных клеточных популяций, необходимо было уточнить, какие клетки реагируют в первую очередь. В детском и молодом возрасте соотношение клеточных популяций эпидермиса подвергается незначительным изменениям. В более зрелые годы, и особенно в преклонном возрасте, это соотношение резко меняется. Клетки Лангерганса, которые включаются в процесс репарации наряду с кератиноцитами первыми, находятся в активном состоянии, и их количество увеличивается в послеоперационном периоде в молодом возрасте. С увеличением возраста пациентов активность этих клеток падает. Количество и качество меланоцитов в данных случаях значительной роли не играет, в отличие от состояния немногочисленных клеток Меркеля.

При изучении клеток дермы нами установлено, что состояние этих клеток при репарации имеет значительные индивидуальные особенности, и в каждом отдельном случае соотношение клеточных популяций следует рассматривать отдельно.

#### **СПОСОБЫ АКТИВИЗАЦИИ ТВОРЧЕСКОЙ АКТИВНОСТИ СТУДЕНТОВ В ПРОЦЕССЕ ИЗУЧЕНИЯ ДИАГНОСТИКИ ВНУТРЕННИХ БОЛЕЗНЕЙ**

Бодрова Т.Н., Тетенев Ф.Ф., Калинина О.В.  
*Сибирский государственный медицинский университет  
Томск, Россия*

Одной из важных задач курса пропедевтики (от греч. *propaideia* - обучаю предварительно) внутренних болезней является формирование клинического мышления. Клиническое мышление – это содержательно специфизированный процесс диалектического мышления, придающий целостность и законченность медицинскому знанию. Формирование клинического мышления зависит от личности студента, метода преподавания и его мотивации. С целью активизации творческой активности обучающихся на кафедре используются многочисленные элементы УИРС (учебно-исследовательская работа студентов). Основным из которых являются написание первой учебной истории болезни.

История болезни состоит из двух разделов: 1 - фактография и 2 – обоснование диагноза.

Используя учебное пособие «Физические методы исследования в клинике внутренних болезней» мы решили проблему качественного анализа фактографии – анализа результатов исследования пациента. Следующая задача, которая поставлена перед студентами, с помощью разработанной нами методики самостоятельно или при участии преподавателя описать свои рассуждения над результатами обследования пациента. Этот раздел истории болезни (обоснование диагноза) мы назвали профессиональным комментарием клинической картины. В известной учебной литературе указываются следующие разделы, которые обучающийся студент может фиксировать в истории: предварительный, обоснованный диагноз, этапный и заключительный эпикриз, если больной наблюдается длительное время. Конкретных, тем более подробных рекомендаций как вести и как изложить размышления в клинических случаях в литературе не описано. На кафедре по данному разделу созданы методические пособия и учебное пособие «Как научиться профессиональному комментарию клинической картины».

При написании истории болезни имеется четкий план работы, включающий 4 этапа. Первый – группировка всех найденных симптомов в синдромы. Творческий аспект этого этапа безусловный: а) здесь нужно учесть механизм каждого симптома, б) один и тот же симптом нельзя использовать при формировании разных синдромов. Второй этап заключается в поиске основного синдрома. Основной синдром: а) синдром определяющий тяжесть состояния пациента или б) синдром, определяющий нозологическую форму, при удовлетворительном состоянии больного. Третий этап – изложение причинно-следственной связи между синдромами. Заключительный этап постановки диагноза.

Диагноз может быть поставлен 2 методами: прямой и дифференциальный диагноз. Прямой способ построения диагноза применяется в тех случаях, когда при исследовании больного возникает одна явно доминирующая диагностическая гипотеза и она подтверждается при окончании обследования. Второй способ заключается в том, что обсуждается несколько диагностических гипотез.

Например, при пневмонии синдром общевоспалительной реакции организма можно рассматривать как результат местного воспаления в легких, если выявляются отчетливые симптомы поражения легких (извержение мокроты, боль в грудной клетке).

Описанный план комментария достаточен для формирования прямого клинического диагноза. Для построения плана дифференциального диагноза требуется выполнение следующих правил, они известны, изложены в учебнике В.Х. Василенко. Однако на практике они почти не используются. В первую очередь необходимо выполнить традиционные 5 фаз. 1 фаза – выделение основ-

ного синдрома. Поскольку основной синдром уже найден следует приступить к второй фазе – перечислить семиологию основного синдрома, которая и будет представлять собой план дифференциального диагноза. К сожалению, в учебной и специальной литературе по частной патологии этому аспекту дифференциального диагноза не уделяется должного внимания. Третью фазу дифференциального диагноза составляет обследование пациента, включающее весь ряд нозологических форм. На 4-ой фазе дифференциального диагноза согласно результатам обследования выстраивается последовательность нозологических форм по степени их обоснованности. Исключение из дифференциального ряда заболеваний неполучивших подтверждения при обследовании проводится по трём правилам: 1-й принцип существенного отличия. Например, предполагалась диабетическая кома, однако изменений содержания сахара крови не обнаружено. 2-й принцип – исключение через противоположность, когда полученные результаты противоположны проявлению данной нозологической формы. 3-й принцип составления дифференциальных таблиц используется преимущественно в тех случаях, когда имеется большое сходство симптоматики различных нозологических форм.

Основным диагнозом считается тот, который наиболее полно удовлетворяет набору симптомов и синдромов. Формулировка диагноза фактически соответствует уже описанной методике постановки прямого клинического диагноза с той лишь разницей, что окончательный диагноз является более обоснованной гипотезой. Окончательный диагноз необходимо конструировать с учетом знания компонентов современного синтетического диагноза. В сложных клинических ситуациях, когда не удается определить достаточно обоснованную нозологическую форму необходимо продолжить работу с дифференциальным диагнозом. Для этого берется другой синдром, который может претендовать на роль основного и далее разрабатываются последовательно все фазы. Семиотика этого синдрома будет иная, следовательно, иной и план дифференциального диагноза. Не исключено, что в сложных клинических ситуациях в качестве основных используются и другие синдромы. При этом, если во всех случаях постановка окончательного диагноза будет затруднена необходимо выписать семиотику всех синдромов и остановиться на той нозологической форме, которая будет повторяться наибольшее число раз. В процессе работы над профессиональным комментарием курируемого пациента у студентов, как правило, возникает интерес к изучению клинической медицины. Содержание изложение профессионального комментария обычно строго индивидуально, что подчеркивает творческий характер работы. Достаточно сказать, что работы студентов разных преподавателей, курирующих одного и того же пациента значительно

отличаются. При заключительном обсуждении истории болезни проявляется раскованность мышления, способность студентов отстаивать свою точку зрения. Наиболее ярко это раскрывается на итоговой конференции, где с докладом выступают студенты – победители конкурса на лучшую историю болезни. Здесь имеется современная презентация, аудитория задает выступающему студенту вопросы по содержанию и глубине не уступающих таковым на научно-практических конференциях.

### **КОАРКТАЦИЯ АОРТЫ И БРОНХИАЛЬНАЯ АСТМА (СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ ПУЛЬМОТЕРАПИИ)**

Восканян А.Г., Восканян А.А., Назарян А.Р.,  
Василян А.К.

*Республиканский центр астмы “Бнабужутюн”,  
Кардиохирургический центр “Нсрк-Мараш”,  
Многопрофильный медицинский центр “Нафри”*

*Коарктация аорты – знание этой патологии позволяет точно поставить диагноз на уровне физикального обследования.*

В настоящей публикации мы приводим пример *псевдокоарктации аорты* (кинкинг, баклинг), врожденная извитость аорты – порок характеризующийся удлинением, извитостью и перегибами дуги аорты при патологическом строении ее стенки. Это редкая аномалия сосудистой системы. Изгиб дуги у большинства больных, как и в описываемом примере локализуется между левой сонной и левой подключичной артерией (см. ниже). Клиническая картина этой врожденной аномалии зависит от состояния аорты и бывает двух типов: 1 тип – удлинение и извитость дуги, 2 тип – то же в сочетании со стенозированием аорты и коарктационный синдром, с чем мы и столкнулись. Основная жалоба больного, это – одышка и сердцебиение. При осмотре – усиленная пульсация сонных артерий, ослабление пульса и сниженное АД на левой руке. Пульсация артерий и снижение артериального давления на нижних конечностях. При аускультации над сердцем и в левой подключичной ямке определяется систолический шум.

*Коарктация аорты* – это врожденное сегментарное сужение грудной аорты, в нисходящей части дуги, то есть, в типичном месте ее. Реже сужение бывает в области диафрагмы или брюшной части аорты. Вследствии сужения просвета затрудняется ток крови и для проталкивания ее в большой круг кровообращения *асортальное давление до места сужения повышается, а ниже этого места давления в сосудах по мере удаления падает*. В системе большого круга кровообращения создается *два режима кровообращения, что является одним из основных клинических симптомов коарктации аорты*.