



Вводная лекция

**Кафедра внутренних болезней педиатрического и
стоматологического факультетов.**

Зав. кафедрой д.м.н. профессор Стаценко М.Е.

СОТРУДНИКИ КАФЕДРЫ



СОТРУДНИКИ КАФЕДРЫ



Определение предмета

- Термин «*терапия*» происходит от греческого *therapeia* (уход, лечение) и обозначает область клинической медицины, изучающей этиологию, патогенез и клинические проявления **болезней внутренних органов** и разрабатывающей методы их диагностики, лечения и профилактики.
- Великий русский врач и ученый С. П. Боткин так определил цели практической медицины:
«Главнейшие и существенные задачи практической медицины — предупреждение болезни, лечение болезни развившейся и, наконец, облегчение страданий больного человека».
Если первая задача врача состоит в распознавании болезни, то естественно вначале определить, что же такое болезнь?

Что же такое болезнь?

- Первым признаком болезни является повреждение организма (нарушение его целостности, «полом», разрушение структуры, расстройство функций, отсутствие ферментов или других веществ, недостаточность механизма гомеостаза и т. п.).
- Вторым признаком болезни является реакция организма на различные повреждения; реакция на стимулы или раздражитель — одно из фундаментальных свойств живого тела (функция раздражимости).

Таким образом болезнь есть реакция организма на его повреждение.

Причины болезней.

Различают следующие основные причины болезней:

- 1) **механические** (закрытые и открытые травмы, сотрясения и т. п.);
- 2) **физические** (высокая или низкая температура, электрический ток, свет, радиация);
- 3) **химические** (яды испорченных пищевых продуктов, промышленные яды, боевые отравляющие вещества и др.);
- 4) **биологические** (действие микробов, проникших в организм);
- 5) **психогенные**;
- 6) **генетические** (наследственные).

Причины болезней.

Большинство болезней развивается в результате совокупного действия ряда факторов:

- ✓ **неблагоприятные условия жизни** (неполноценное питание, переутомление, волнения и т. п.) приводят к снижению приспособляемости организма к меняющимся условиям внешней среды. В таких случаях уменьшается сопротивляемость организма различным вредным причинам (инфекция, яды и т. п.) и может возникнуть болезнь.
- ✓ в происхождении болезней большое значение имеют **врожденные или приобретенные особенности и свойства организма**, ослабляющие его сопротивляемость внешним вредным факторам.
- ✓ Тщательное изучение причин ослабления организма человека, так здоровье людей в значительной степени зависит от **условий среды, в которых они живут, от условий труда и быта, т. е. от социальной обстановки.**

Факторами риска для здоровья являются:

генетические факторы (15-20%)

состояние ОКРУЖАЮЩЕЙ среды (20-25%)

З Д О Р О В Ь Е
(ВОЗ)

медицинское обеспечение (8-10%)

условия и образ жизни людей (50-55%)

NB!

Избыточная масса тела
Гиподинамия
Нерациональное питание
Психическое перенапряжение
Злоупотребление алкоголем
Курение

ЭСКИЗ ПРОБЛЕМЫ

1900 – Сердечно-сосудистая смертность составила менее 10% от всех смертей в мире

2000 – Сердечно-сосудистая смертность стала причиной 50% смертей в развитых странах и 25% смертей - в развивающихся

2020 - Ожидается ежегодно до 25 млн. смертей от ССЗ

- **ССЗ превратятся в ведущую причину смерти - каждая третья смерть будет от ССЗ**

Больше всего людей в мире умирает от заболеваний сердца и сосудов

- ✓ Прямые убытки мирового сообщества от болезней системы кровообращения (БСК) составляют более 400 млрд. долларов в год
- ✓ Каждые 26 секунд в мире случается один инфаркт миокарда,
- ✓ каждые 40 секунд — один инсульт





Хронические неинфекционные заболевания обуславливают 75% всех смертей в Российской Федерации

*Структура причин смерти в Российской Федерации ,
Минздрав - 2016*

СМЕРТНОСТЬ В РФ

Доли по видам причин смерти от общего количества, %



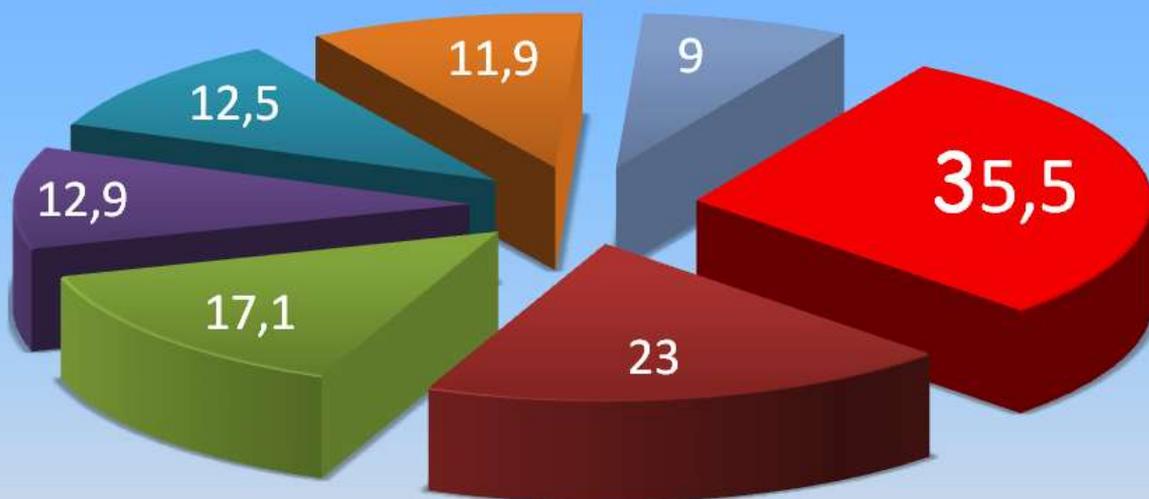
Источник: МНИОИ им. П.А. Герцена – филиал ФГБУ «НМИЦ радиологии» Минздрава России

Министр здравоохранения России Вероника Скворцова заявила, что показатели смертности в 2017-м сопоставимы с показателями 1992 года, после которого они начали расти.

С ЧЕМ СВЯЗАНА ВЫСОКАЯ
СМЕРТНОСТЬ ОТ СЕРДЕЧНО-
СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ В
РОССИИ?

Ведущие факторы риска смерти населения Российской Федерации

Распространенность АГ
в Российской Федерации составляет
38%



- повышенное АД
- гиперхолестеринемия
- курение
- нездоровое питание
- ожирение
- злоупотребление алкоголем
- низкая физическая активность



Основные факторы риска ССЗ



- Немодифицируемые
- Модифицируемые

**КАКИМИ ДОЛЖНЫ БЫТЬ
КОНКРЕТНЫЕ МЕРОПРИЯТИЯ ПО
ПЕРВИЧНОЙ ПРОФИЛАКТИКЕ ССЗ?**

**ВЫЯВЛЕНИЕ И ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ В
КОМПЛЕКСЕ С КОРРЕКЦИЕЙ У НИХ ФР
СНИЖАЕТ РИСК СМЕРТИ УЖЕ ЧЕРЕЗ
ТРИ ГОДА!**

Течение и исходы болезней

-Если болезнь начинается внезапно и продолжается сравнительно недолго, то такие заболевания называются острыми.

-Болезни хронические характеризуются длительным течением и периодически могут обостряться.

-Иногда болезнь через некоторое время после выздоровления может возобновиться (рецидив).

-Болезнь может окончиться полным выздоровлением или переходом в хроническое состояние;

-Исходом болезни может быть также смерть.

Диагностика

Учение о методах распознавания болезней носит название диагностики.

- Диагностика (от греч. *diagnosticon* — способный распознавать) — раздел медицинской науки, излагающий методы исследования для распознавания заболевания и состояния больного с целью назначения необходимого лечения и профилактических мер.
- Термином «**диагностика**» обозначают также весь процесс исследования больного, наблюдения и рассуждения врача для определения болезни и состояния больного.
- Диагноз (от греч. *diagnosis* — распознавание) — краткое врачебное заключение о сущности заболевания и состоянии больного.

Диагностика

■ Диагностика как научная дисциплина состоит из трех основных разделов:

- ✓ 1) изучение методов наблюдения и исследования (физических и лабораторно-инструментальных) больного — врачебная диагностическая техника;
- ✓ 2) изучение диагностического значения симптомов болезней — семиология;
- ✓ 3) изучение особенностей мышления при распознавании заболевания — методика диагноза.

Особенности современного обследования больного

- Программа диагностического обследования включает как непосредственный вербальный расспрос (interrogatio), так и осмотр (inspectio) с использованием производимых врачом методов исследования, и дополнительных методов, из которых врач должен выбрать необходимые и вместе с тем достаточные для данного больного.
- Однако многие исследования бывают утомительны и даже опасны, требуют сложного оборудования и специально подготовленного персонала.

Задача врача – провести обследование максимально быстро, безопасно, экономично, сочетая научную обоснованность с экономической целесообразностью и гуманным отношением к больному.

- Любая диагностическая и лечебная манипуляция должна рассматриваться, прежде всего, с точки зрения ее полезности для больного – насколько она способствует выздоровлению и улучшает качество жизни.

Когда пациенту назначают необоснованно большое число обследований, это приводит к диагностике несуществующих заболеваний и их лечению.

- Обследование всегда начинают с простых, надежных и информативных методов, и часто результаты их проведения исключают проведение более сложных.

■ Предлагается так называемая ступенчатая диагностика.

- На **первой ступени** главное значение имеют хорошо собранные жалобы, анамнез и физикальное исследование, дополненное рутинными лабораторными методами – часто они позволяют поставить диагноз и назначить лечение уже почти 80% больных.
- **Вторая ступень** – обычно осуществляется на базе специализированных отделений, диспансеров, здесь применяются целенаправленные исследования по показаниям, если диагноз неясен на первой ступени или недостаточно эффективное лечение.
- **Третья ступень** - использование сложных методик, включая инвазивные и требующие дорогостоящей техники – это осуществимо в **крупных медицинских центрах, НИИ.**

Схема диагностического поиска

Жалобы, анамнез, объективное исследование



Рутинные дополнительные исследования



Диагностическая гипотеза (выявление основных синдромов, симптомокомплексов)



Специальные дополнительные исследования



Этапы (ступени исследования)



Алгоритмы



Для уточнения диагноза

Диагноз:

Нозологический,
Индивидуальный,
Форма, фаза, стадия,
Осложнения

Дифференциальный.



Диагностическая
Эффективность



Для проведения лечения

Выбор лечения:

Оценка риска,
пробное лечение,
медикаментозные
пробы

Контроль лечения:

Эффективность,
переносимость



Терапевтическая эффективность



Для прогноза

Оценка:

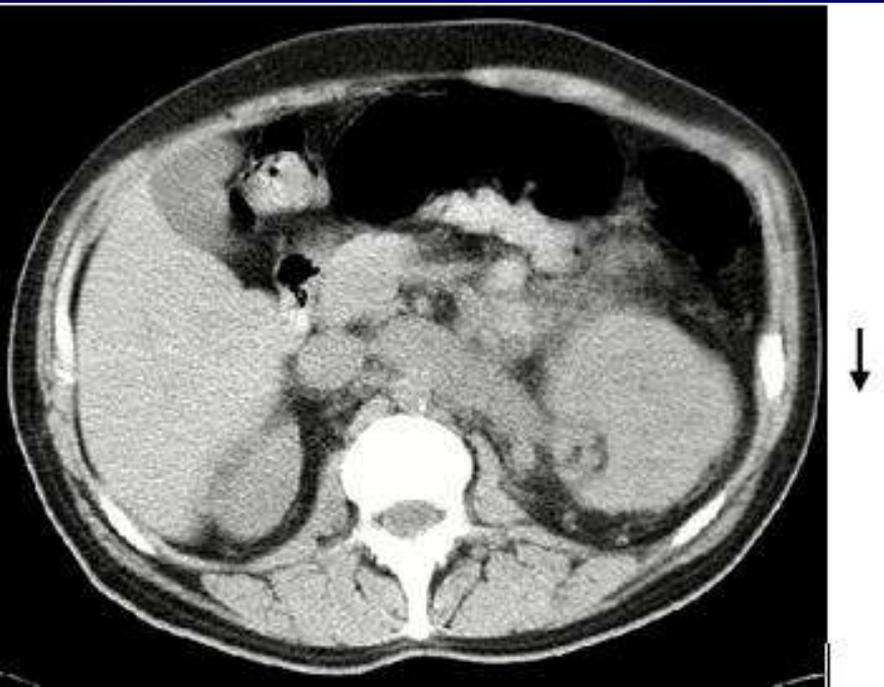
Степени
тяжести
течения



Прогностическая
значимость

СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ ВНУТРЕННИХ БОЛЕЗНЕЙ

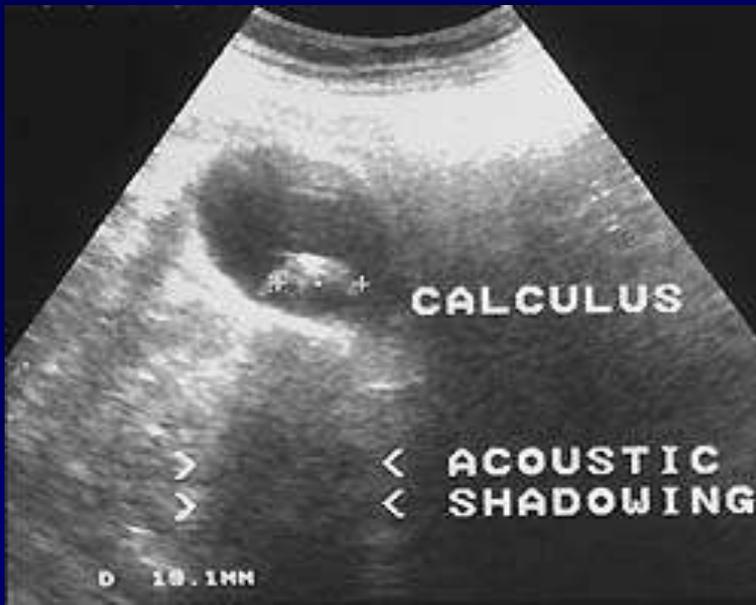
МРТ и КТ



Рак почки

УЗИ органов брюшной полости

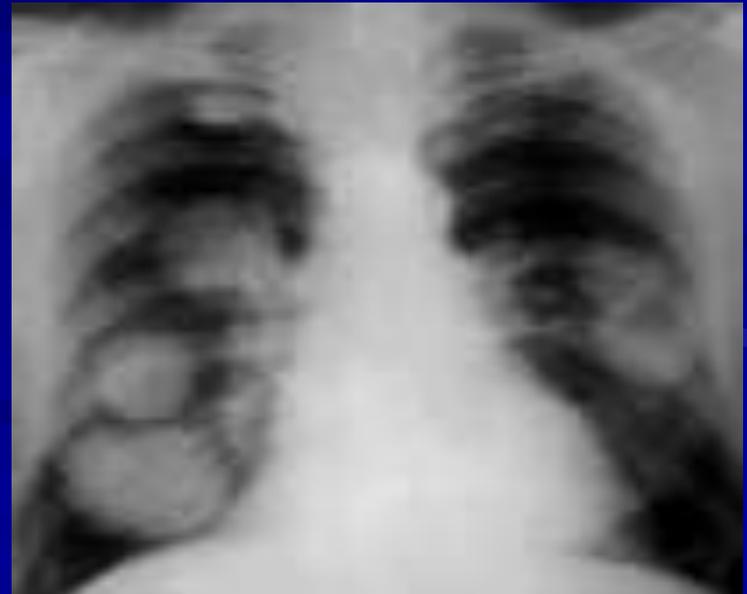
Камень желчного пузыря.



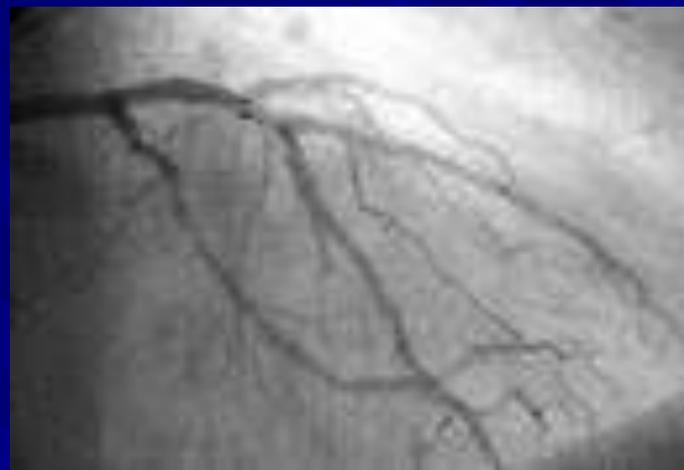
РЕНТГЕНОГРАФИЯ

органов грудной клетки

Метастазы колоректального рака в легкие



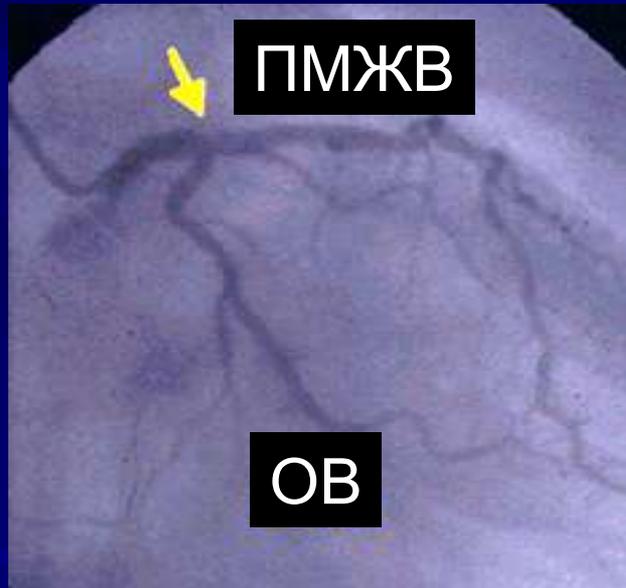
Коронарография



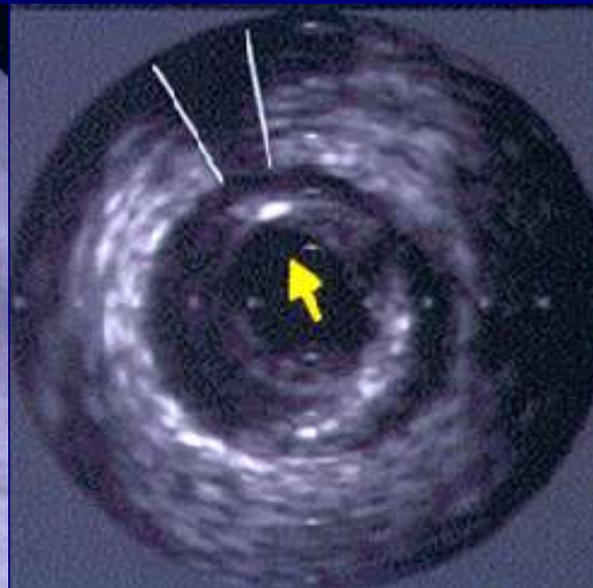
Исследование сосудов сердца
для выявления ИБС

Современные методы визуализации коронарных артерий

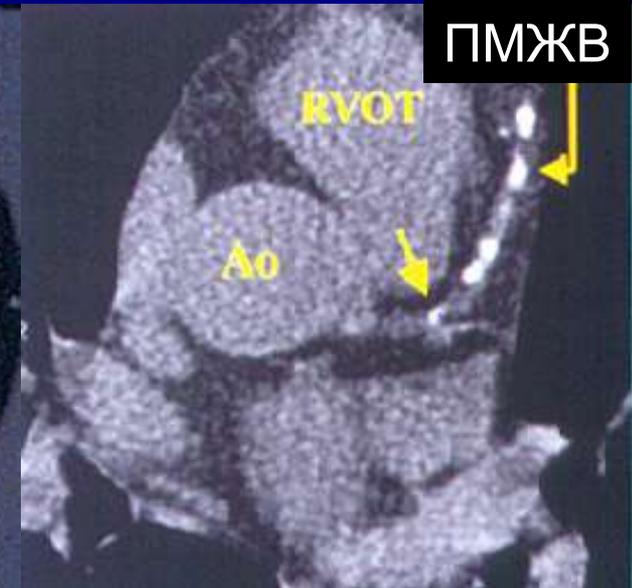
Коронароангиография



Внутрисосудистое
ультразвуковое
исследование



Электронно - лучевая
компьютерная томография

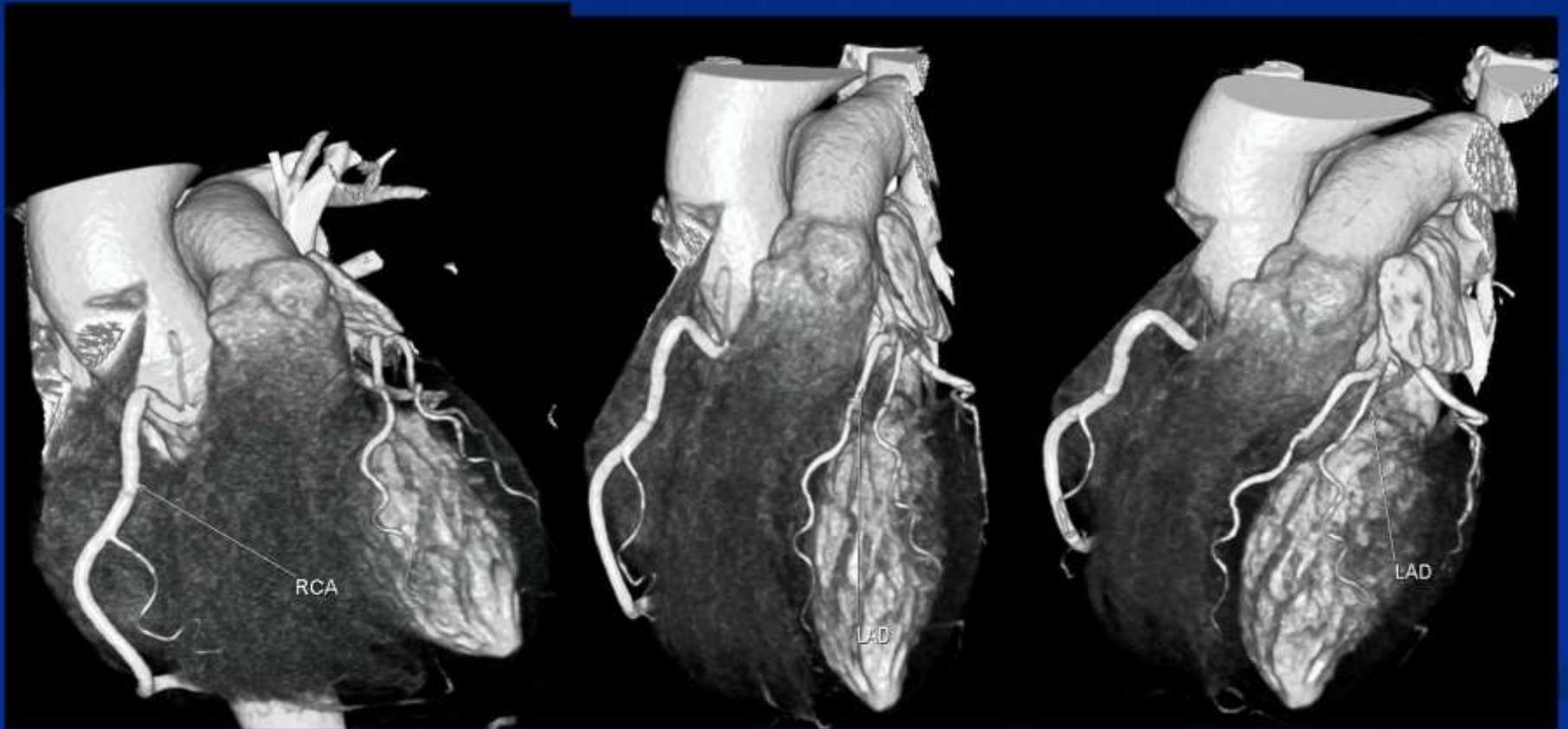


Распространенное поражение передней межжелудочковой ветви (ПМЖВ) левой коронарной артерии у пациента со стабильной стенокардией III ФК (возраст 66 лет)

syngo C



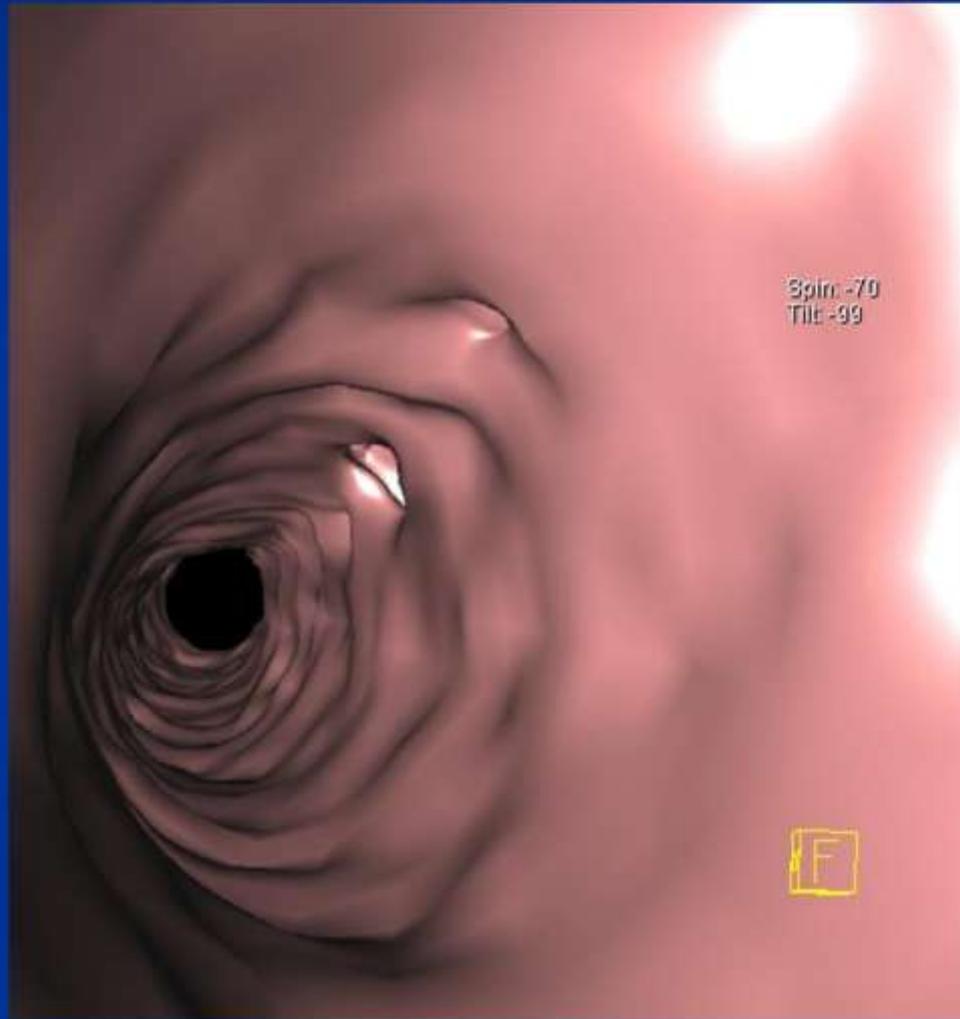
АНОМАЛИЯ КОРОНАРНЫХ АРТЕРИЙ



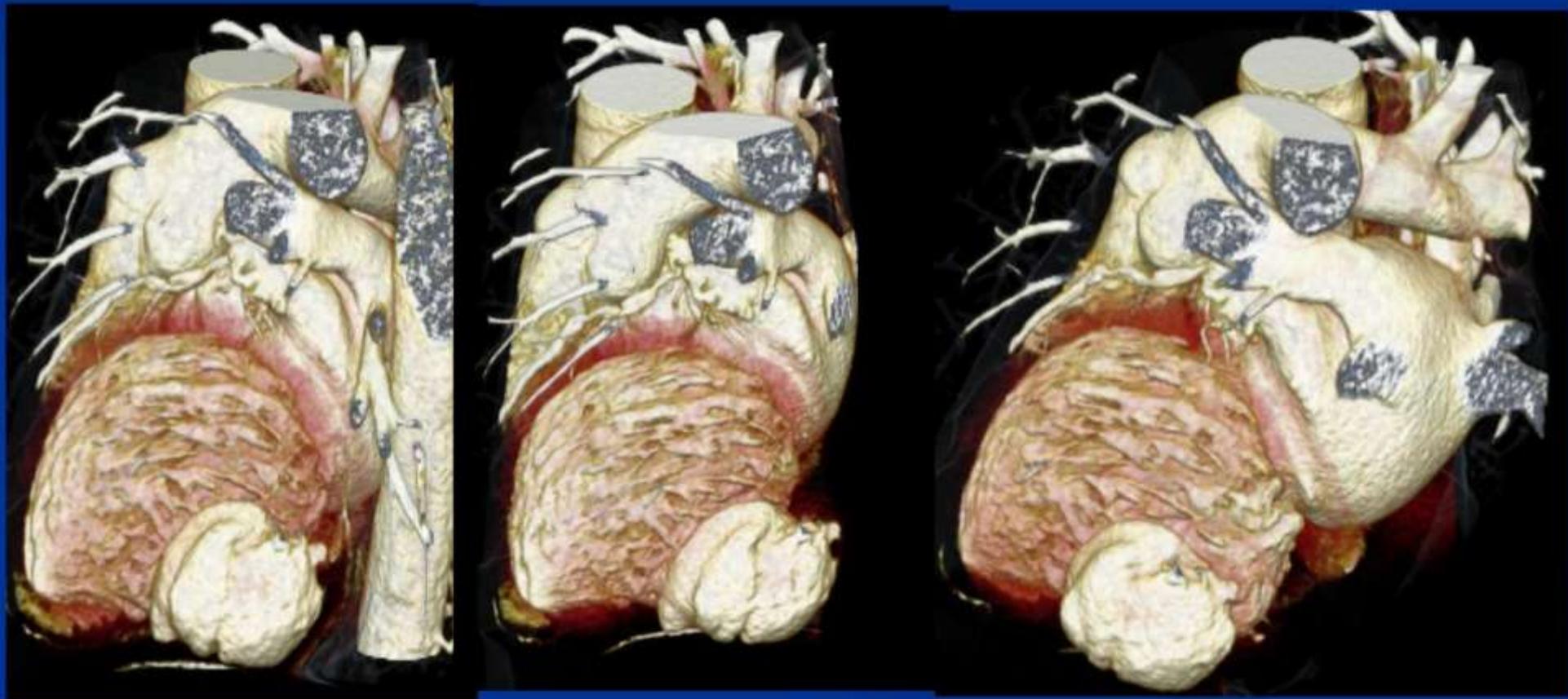
КТ - коронарография



Инородное тело брахиоцефального ствола и правой общей сонной артерии



Псевдоаневризма левого желудочка



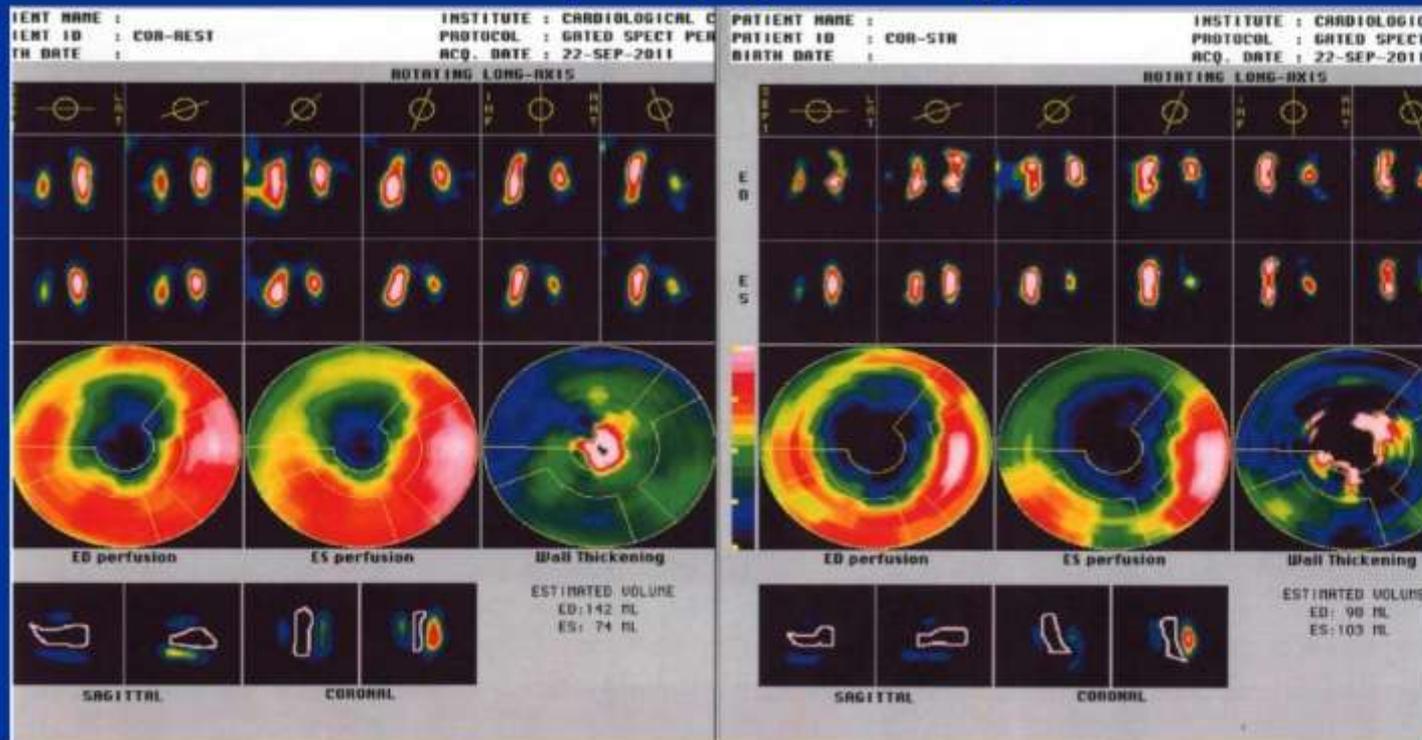
СТЕНТ ГРУДНОГО ОТДЕЛА АОРТЫ



Отделение радиоизотопной диагностики



Сцинтиграфия миокарда



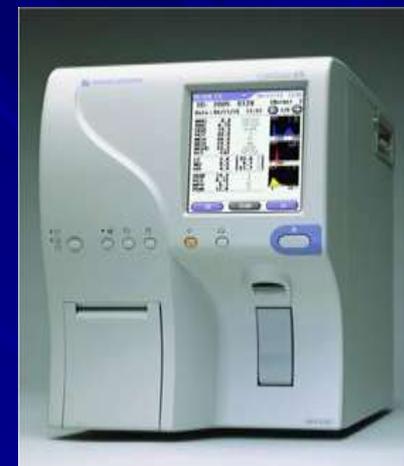
Современные методы биохимических исследований в клинике



Биохимический автоматический анализатор



Автоматический анализатор биочипов



Гематологический анализатор



Автоматизированная система для электрофореза белков



Анализатор газов крови, электролитов и метаболитов



Анализатор специфических белков (нефелометр)

Лечение

Причинное или этиологическое.

Наилучших результатов лечения достигают в тех случаях, когда **удается устранить причину**, вызвавшую заболевание (например, уничтожить возбудителя болезни).

Патогенетическое.

Не всегда удается установить или устранить причину болезни. В таких случаях **лечение имеет целью воздействовать на механизм развития болезни (патогенез)**, создать лучшие условия для борьбы организма с вредными влияниями, облегчить и улучшить функцию пораженных органов, укрепить силы организма.

Симптоматическим лечение

называется в тех случаях, когда **у больного устраняют только отдельные проявления заболевания** (например, применяют наркотических анальгетиков для купирования сильных болей), не имея возможности воздействовать на саму причину болезни или на механизм развития болезненного процесса.

Лечение

- Необходимым условием успешного лечения является **психотерапевтическое воздействие на больного**. Крупнейшие русские ученые-клиницисты М. Я. Мудров, С. П. Боткин, А. А. Остроумов, Г. А. Захарьин и др. всегда учитывали психический фактор.

Воздействие на психику больного со стороны медицинского персонала имеет целью:

- во-первых, успокоить больного, устранить страх и тревогу за исход болезни,
- во-вторых, внушить бодрость, надежду на благоприятный исход заболевания и укрепить волю больного к борьбе с болезнью.

О. Генри – рассказ «Последний лист»

Две молодые художницы, Сью и Джонси, снимают квартиру на верхнем этаже дома в нью-йоркском квартале Гринвич-Виллидж. В ноябре Джонси заболевает пневмонией. Вердикт врача неутешителен: **«У неё один шанс из десяти. И то, если она сама захочет жить».** Но Джонси как раз потеряла интерес к жизни. Она лежит в постели, смотрит в окно и считает, сколько листьев осталось на старом плюще, который обвил своими побегами стену напротив. **Джонси убеждена: когда упадёт последний лист, она умрёт.**

Сью рассказывает о мрачных мыслях подруги старому художнику Берману, который живёт внизу. Он давно собирается создать шедевр, но пока у него что-то не клеится. Услышав про Джонси, **старик Берман** страшно расстроился. На плюще остался один-единственный лист. Джонси следит за тем, как он сопротивляется порывам ветра. Стемнело, пошёл дождь, ещё сильнее задул ветер, и Джонси не сомневается, что наутро она уже не увидит этот лист. Но она ошибается: к её великому удивлению, лист-храбрец продолжает сражаться с ненастьем. Это производит на Джонси сильное впечатление. Ей становится стыдно своего малодушия, и она обретает желание жить. Посетивший её доктор отмечает улучшение. По его мнению, шансы выжить и умереть уже равны. Он добавляет, что сосед снизу тоже подхватил воспаление лёгких, но у бедняги шансов на выздоровление нет. Ещё через день доктор заявляет, что теперь жизнь Джонси вне опасности. Вечером Сью сообщает подруге грустную весть: в больнице скончался старик Берман. Он простудился в ту ненастную ночь, когда плющ потерял последний лист и **художник нарисовал новый и под проливным дождём и ледяным ветром прикрепил его к ветке.** Берман все-таки создал свой шедевр.

ЭТИКА И ДЕОНТОЛОГИЯ В МЕДИЦИНЕ

Этика и деонтология

- Термин «Деонтология» (от греческого deontos – должное, надлежащие, logos - учение) был предложен в начале XIX века английским философом И. Бентамом, для обозначения науки о профессиональном поведении человека.
- Понятие «деонтология» применимо к любой профессиональной деятельности (учителя, юриста, врача). Однако наибольшее развитие получила медицинская деонтология.

■ **Медицинская деонтология** представляет собой часть этики.

Т.о., **медицинская деонтология** – это часть науки о морали, науки, изучающей жизнь и взаимоотношения людей и принимающей участие в сознательном формировании моральных норм, понятии о должном для данного человеческого общества.

■ **Медицинская деонтология**, отражает отношение личности врача к обществу, определяет принципы взаимоотношения врача с больным, его родственниками, а также взаимоотношения с другими врачами и медицинскими работниками.

■ Взаимоотношения **врач-больной** во многом определяются личностными качествами врача, его моральными принципами, этическими нормами.

4 принципа в медицинской этике

- «*Не навреди*» NOLI NOCERE - (Гиппократ) — первый из четырёх принципов **биоэтики**, предложенных известными американскими специалистами Томом Бичампом¹ и Джеймсом Чилдрессом¹.
- В число этих принципов входят принцип **«не навреди»**, принцип **«делай благо»**, принцип **уважения автономии пациента** и принцип **справедливости** (который в медицинской этике касается прежде всего справедливого распределения направленных на лечение ресурсов).
- Поскольку оказание медицинской помощи может быть связано с некоторым риском, или просто чревато выполнением некоторых неприятных, болезненных процедур, то принцип - **«Не навреди»** следует понимать в том смысле, что исходящий от врача вред должен быть только объективно неизбежным и минимальным.



Если сравнить врачей с владельцами огнестрельного оружия, то оказалось...



Общее число врачей в США

700 тыс.

Число жертв врачебных ошибок

120 тыс.

Число жертв в расчете на
одного врача

0,171

Общее число владельцев огнестрельного
оружия в США

80 млн.

Число жертв вследствие неосторожного
обращения с оружием

1,5 тыс.

Число жертв в расчете на
одного владельца оружия

0,0000188

С точки зрения статистики врачи примерно в 9.000 раз опаснее владельцев огнестрельного оружия !

Вывод: Не у каждого есть оружие, но у каждого есть, по крайней мере, один лечащий врач!

- В формировании отечественной деонтологии большую роль имели труды, а также личный пример таких выдающихся ученых – медиков, как М.Я. Мудрова, Н.И. Пирогова, С.П. Боткина, С.С. Корсакова и др.
- Земские врачи создали в России уникальную в истории медицины систему оказания медицинской помощи неимущим слоям населения. Они заложили новые традиции и в отношениях с больным.
Пример: доктор Дымов Осип Степанович в рассказе А.П. Чехова «Попрыгунья»

А.П. Чехов «Попрыгунья» («Великий человек»)

Сюжет рассказа «Попрыгунья» (1892) - Ольга Ивановна, вышедшая замуж за доктора Дымова, окружена талантливыми людьми: это актёр драматического театра, певец из оперы, литератор, музыкант, помещик, несколько художников, среди которых и молодой красавец **Рябовский (прототип - Левитан Исаак)**. Все за ней ухаживают, учат своему искусству, и Ольга Ивановна (**Софьей Петровной Кувшинникова**) увлечена ими. «Среди этой артистической, свободной и избалованной судьбой компании, правда, деликатной и скромной, Дымов казался чужим, лишним и маленьким, хотя был высок ростом и широк в плечах». Гонясь всю жизнь за знаменитостями и собирая их у себя в доме, Ольга Ивановна не разглядела замечательного таланта самоотверженной души своего мужа. Когда он, заразившись дифтеритом от больного ребёнка, умирает и товарищи врачи говорят о нём как о редком, замечательном человеке, Ольга Ивановна сожалеет, что «прозевала знаменитость». Дымов изображён мягким, интеллигентным человеком, любящим свою жену... Даже когда стало ясно, что жена изменяет ему, он не решается объяснить, надеясь, что ужасная драма разрешится сама собой. В пору этих тяжёлых переживаний Дымов умирает.

Лев Толстой «Севастопольские рассказы», 1855-56 гг.



- И.П. Пирогов поднимал и безнадежных. Севастопольцы принимали его за волшебника-исцелителя.
- Однажды солдаты принесли ему даже обезглавленный труп своего друга и попросили пришить, подавая отдельно голову. Это было величайшим признанием: «Он всё может!»

ВЫСКАЗЫВАНИЯ О РАБОТЕ ВРАЧА

- «... ДЛЯ ОБЫЧНОГО СРЕДНЕГО ЧЕЛОВЕКА ДОБРОЕ ДЕЛО ЕСТЬ НЕЧТО ЭКСТРАВАГАНТНОЕ И ОЧЕНЬ РЕДКОЕ, А ДЛЯ СРЕДНЕГО ВРАЧА ОНО СОВЕРШЕННО ОБЫЧНО».

Вересаев Викентий Викеньевич «Записки врача»

- «МЕДИЦИНА – ЕЖЕДНЕВНОЕ ИСПЫТАНИЕ НА ЧЕЛОВЕЧНОСТЬ»

Чехов А.П.

- «ГДЕ ЕСТЬ ЛЮБОВЬ К ЛЮДЯМ, ТАМ БУДЕТ И ЛЮБОВЬ К ВРАЧЕБНОМУ ИСКУССТВУ»

Гиппократ.

РЕАНИМАЦИЯ

СЕРДЕЧНО-ЛЁГОЧНАЯ РЕАНИМАЦИЯ

- Согласно определению **СЛР** - это комплекс мероприятий, направленных на оживление в случае остановки кровообращения или дыхания.
- В соответствии с письмом МЗ РФ от 30.04.97 № 10-19/148 «определение момента смерти человека есть констатация **биологической смерти**, то есть состояния необратимой гибели организма, как целого, с тотальной гибелью головного мозга.

Биологическая смерть может быть констатирована на основании:

прекращения сердечной деятельности и дыхания, продолжающихся более 30 минут и функций головного мозга, включая и функции его стволовых отделов».

БИОЛОГИЧЕСКАЯ СМЕРТЬ

4 признака биологической смерти:

- исчезновение пульса на крупных (сонных и бедренных) артериях;
- отсутствие сокращений сердца по данным аускультации, прекращение биоэлектрической активности сердца или наличие мелковоловых фибриллярных осцилляций по данным электрокардиографии;
- прекращение дыхания;
- исчезновение всех функций и реакций центральной нервной системы, в частности, отсутствие сознания, спонтанных движений, реакций на звуковые, болевые и проприоцептивные раздражения, роговичных рефлексов, максимальное расширение зрачков и отсутствие их реакции на свет».

ОСНОВНЫЕ ПРИЧИНЫ СМЕРТИ

■ Среди основных причин смерти, требующих СЛР ведущими являются:

- внезапная остановка кровообращения,
- обтурация дыхательных путей,
- гиповентиляция,
- апноэ,
- кровопотеря и
- повреждение мозга.

Только своевременное (в течение первых минут) начало реанимационных мероприятий может предотвратить необратимое повреждение мозга и биологическую смерть.

Клинические признаки и диагностика внезапной остановки кровообращения.

- отсутствия сознания;
- отсутствия дыхания;
- отсутствия пульсации на сонных артериях;
- расширении зрачков без реакции их на свет

Дополнительными диагностическими признаками могут быть: изменение цвета кожных покровов (цианоз, акроцианоз), отсутствие артериального давления и тонов сердца.

ОСНОВНЫЕ МЕРОПРИЯТИЯ ПО ПОДДЕРЖАНИЮ ЖИЗНИ

Реакция на обращение

не реагирует (без сознания)

реагирует (в сознании)

- часто повторно оценивать наличие сознания

Самостоятельное дыхание

имеется (дышит)

отсутствует (не дышит)

переместить в устойчивую позицию

- на боку (отсутствие травмы)

- позвать на помощь

- поддержать проходимость верхних дыхательных путей

- наблюдать и часто определять

наличие самостоятельного дыхания

ОСНОВНЫЕ МЕРОПРИЯТИЯ ПО ПОДДЕРЖАНИЮ ЖИЗНИ

Пульсация на крупных артериях

имеется

(остановка дыхания)

- уложить в положение для реанимации
- сделать 10 вдохов
- позвать на помощь
- продолжать искусственное дыхание
- часто определять пульсацию на крупных артериях
- выяснить причину

отсутствует

(остановка кровообращения)

- позвать на помощь
- уложить в положение для реанимации
- начать сердечно-легочную реанимацию

оценить ритм сердца

действовать в зависимости от выявленных нарушений

Перед оценкой пульсации на крупных артериях рекомендуется сделать два искусственных вдоха.

МЕТОДИКА ВОССТАНОВЛЕНИЯ ПРОХОДИМОСТИ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ

Разгибание головы назад

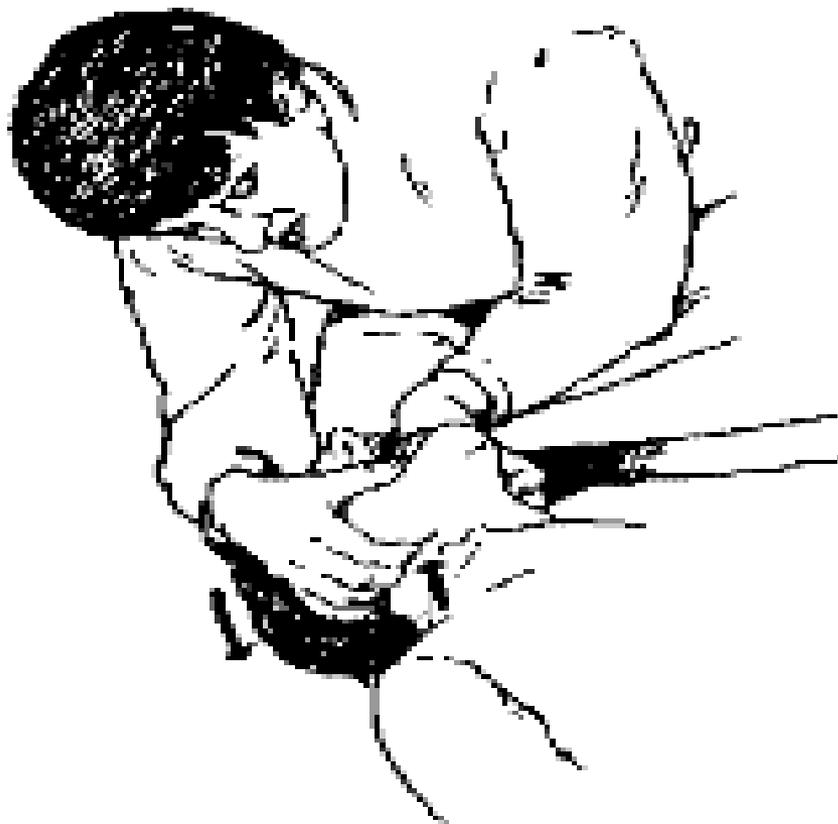


Открытие рта



Выдвижение нижней
челюсти вперед

МЕТОДИКА ВОССТАНОВЛЕНИЯ ПРОХОДИМОСТИ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ



**Удаление
инородного тела**



**Извлечение
запавшего языка**

МЕТОДИКА ВОССТАНОВЛЕНИЯ ПРОХОДИМОСТИ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ

Удаление
инородного тела



Извлечение
запавшего языка



ПРИМЕНЕНИЕ ВОЗДУХОВОДОВ И S-ОБРАЗНОЙ ТРУБКИ

Применение назофарингеальной трубки



Применение орофарингеальной трубки



ПРИМЕНЕНИЕ ВОЗДУХОВОДОВ И S-ОБРАЗНОЙ ТРУБКИ

Применение S-образной трубки



УДАЛЕНИЕ ИНОРОДНОГО ТЕЛА, В ПОЛОЖЕНИИ ПОСТРАДАВШЕГО СТОЯ

(СОЗНАНИЕ СОХРАНЕНО) И ЛЕЖА (СОЗНАНИЕ УТРАЧЕНО)

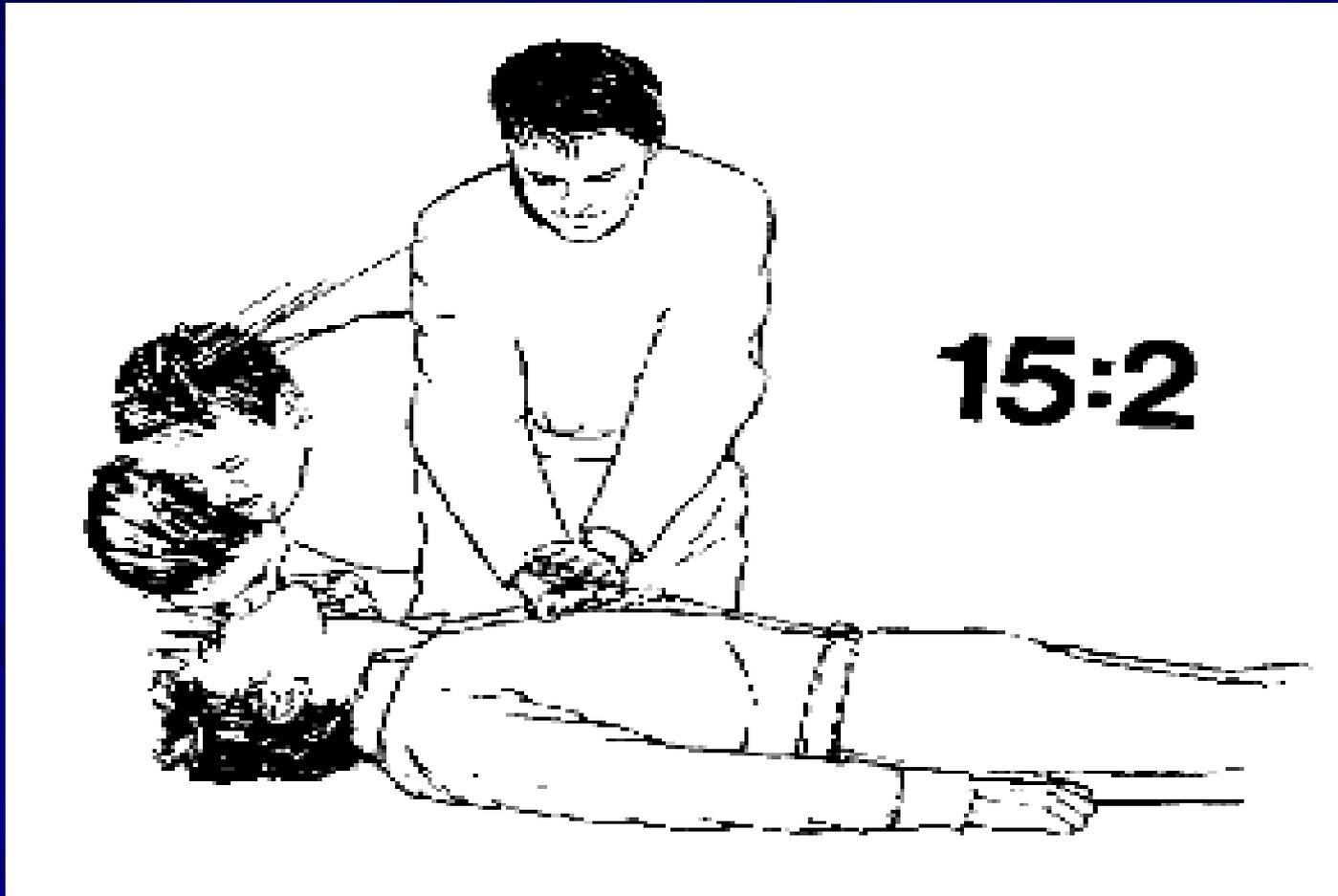
Прием Греймлиха стоя



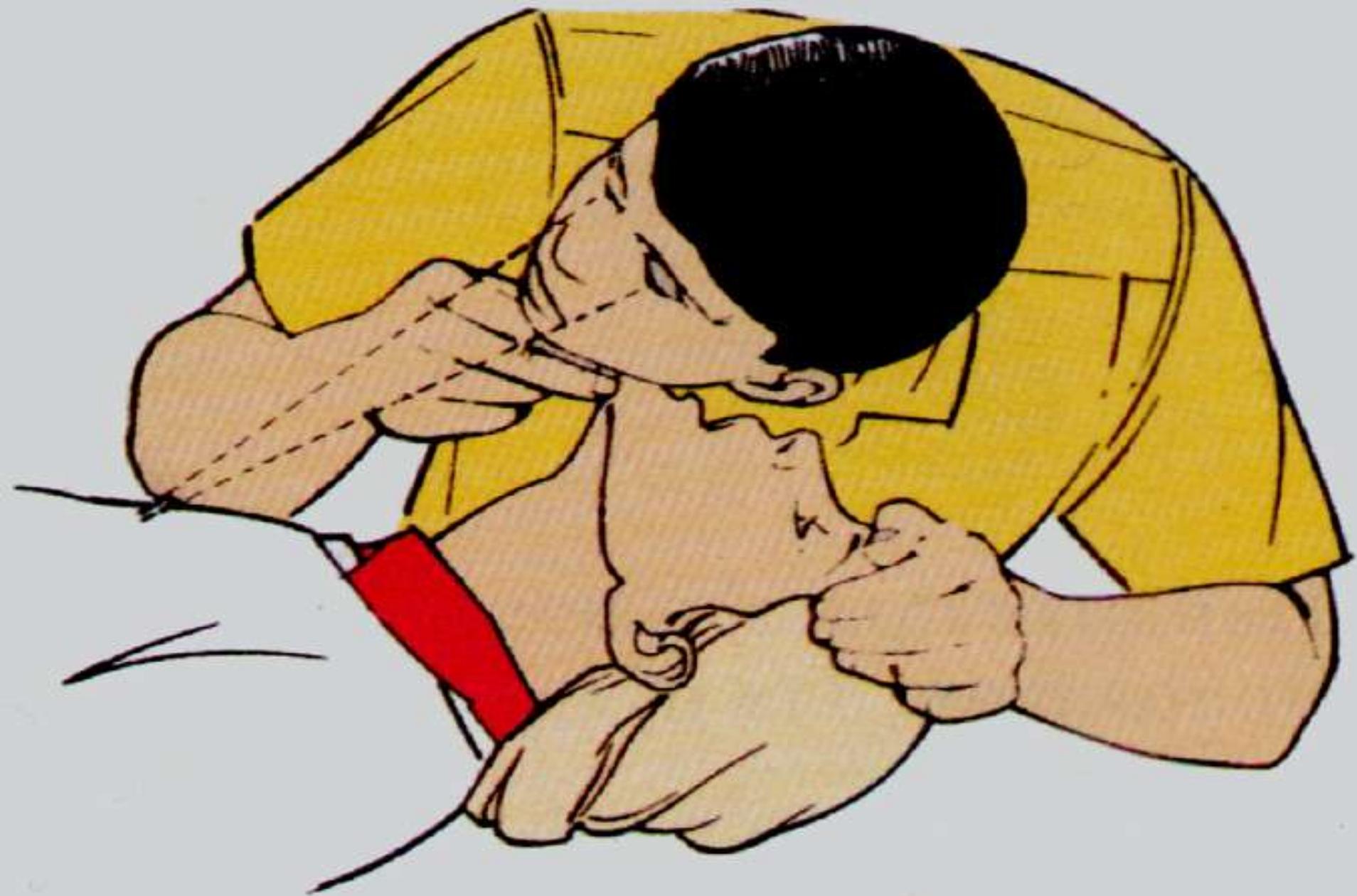
Прием Греймлиха лежа

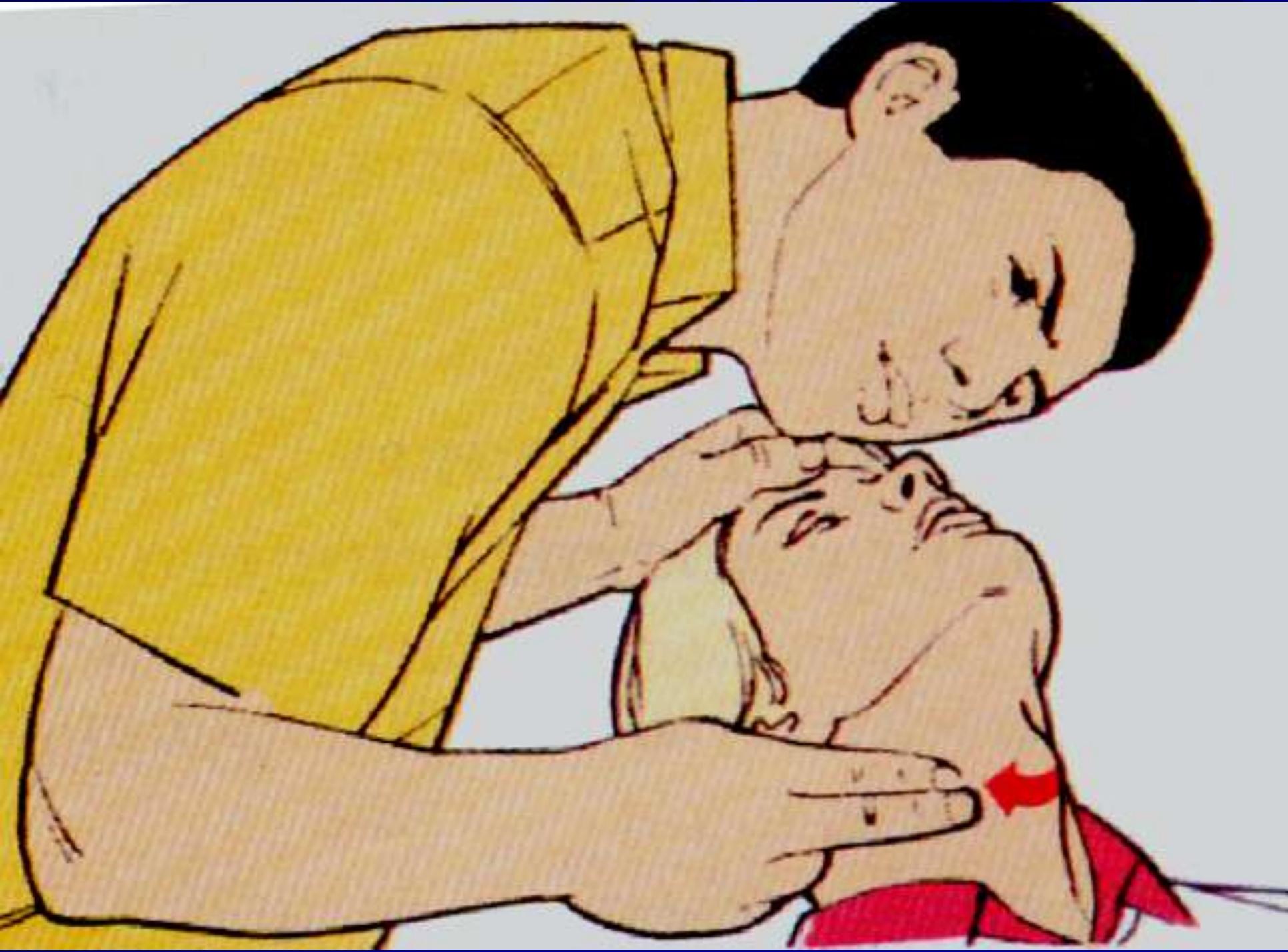


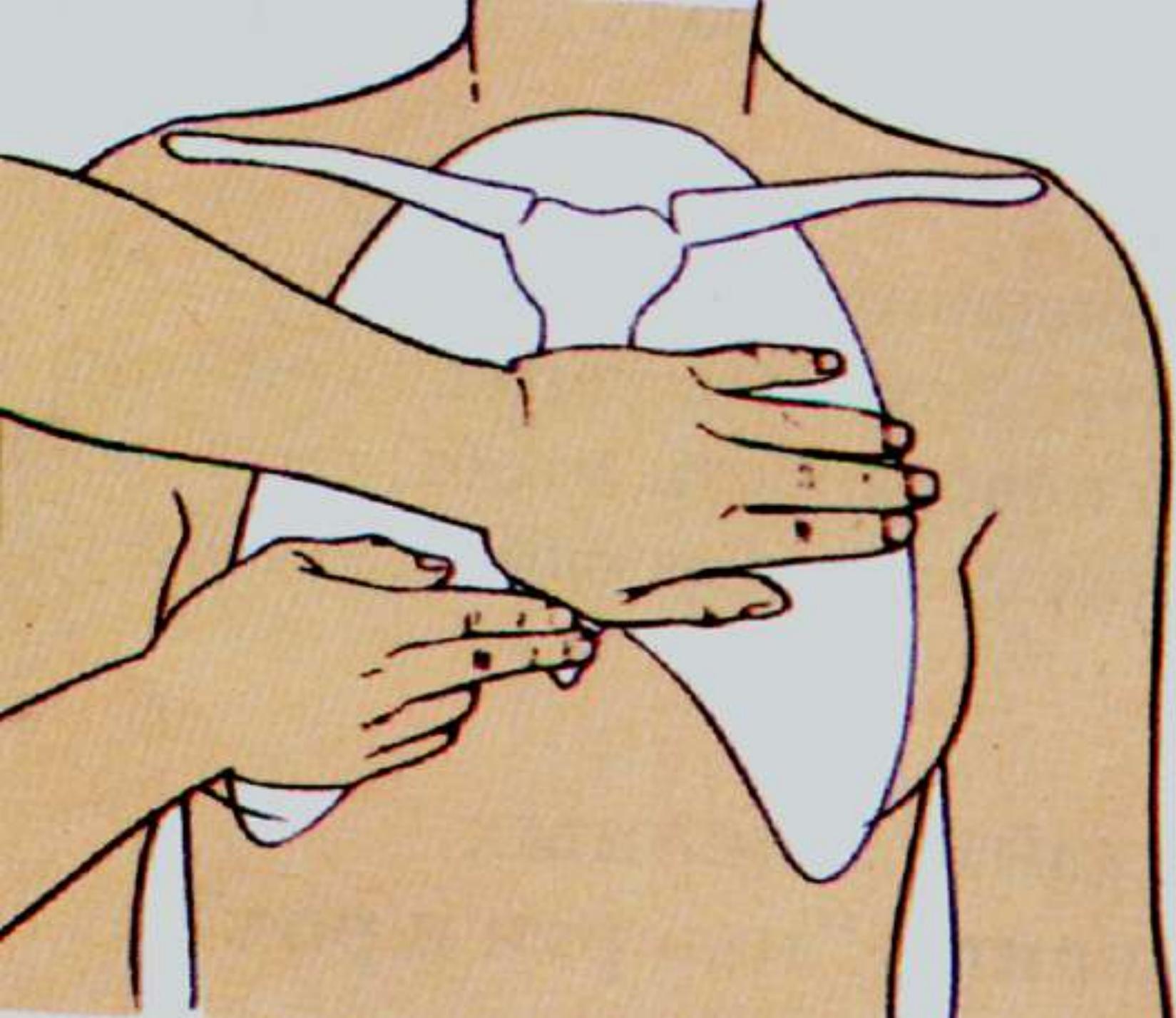
РЕАНИМАЦИЯ, ПРОВОДИМАЯ ОДНИМ РЕАНИМАТОРОМ

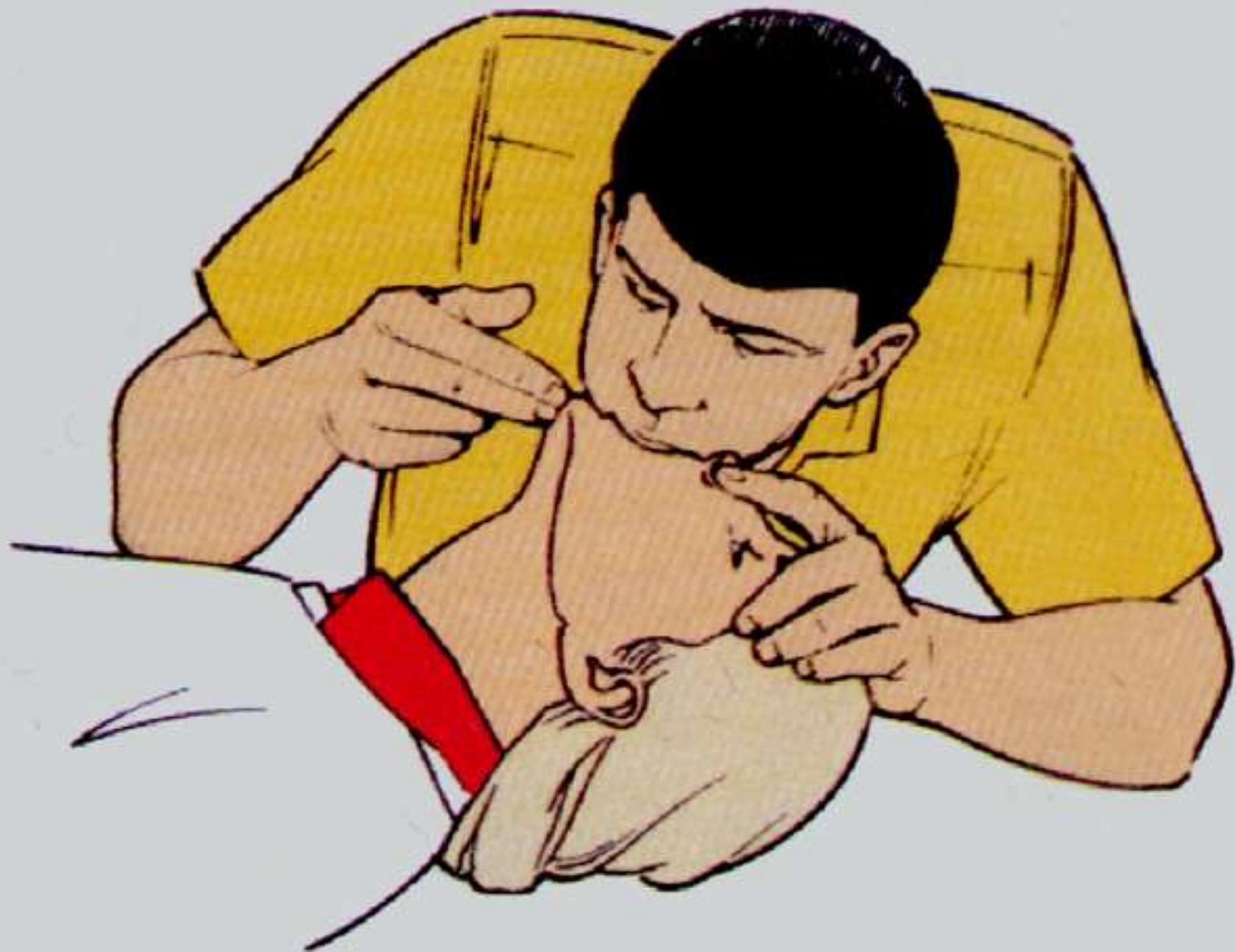


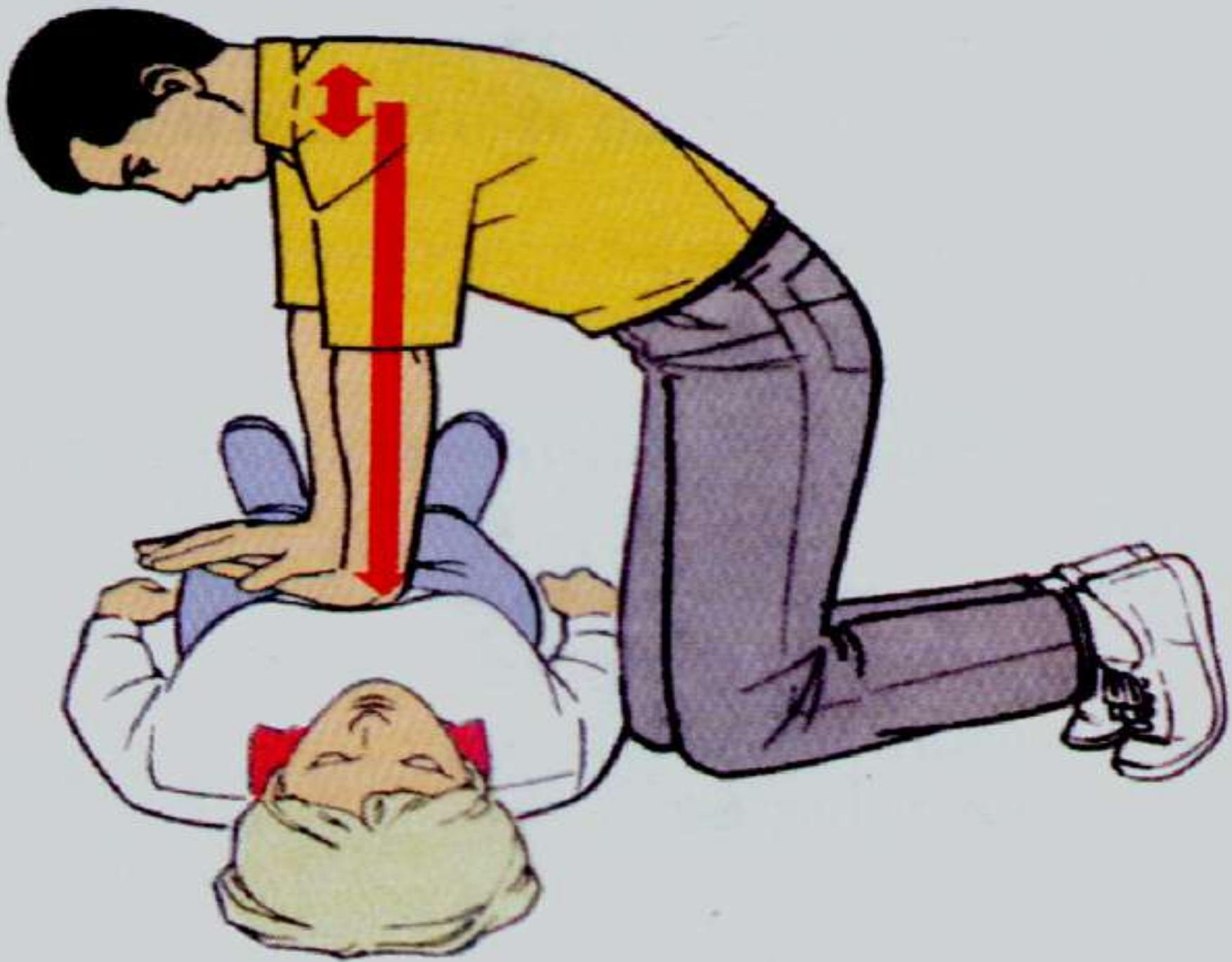






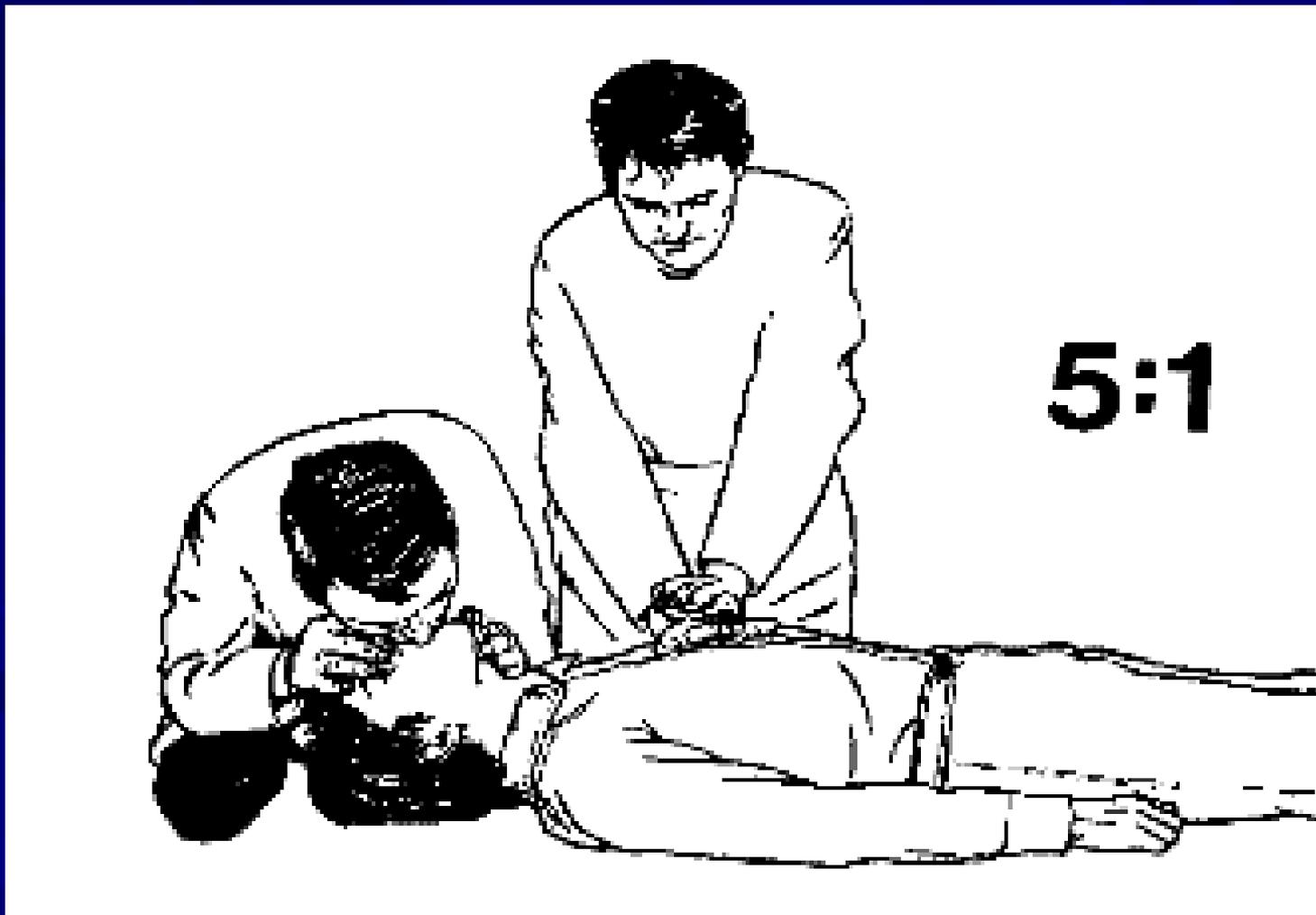








Реанимация, проводимая двумя реаниматорами



**15 нажатий
на грудину**



2 вдувания

5 нажатий
на грудину/
1 вдувание

F. Netter
M.D.
© Novartis



Новый комплекс мероприятий по предотвращению смерти взрослых пациентов, рекомендованный АНА, включает следующие элементы:

1. Скорейшее распознавание остановки сердца и вызов бригады скорой медицинской помощи.
2. Своевременная СЛР с упором на компрессионные сжатия.
3. Своевременная дефибрилляция.
4. Эффективная интенсивная терапия.
5. Комплексная терапия после остановки сердца.



Рисунок 1. Новый комплекс мероприятий по предотвращению смерти взрослых пациентов, рекомендованный АНА

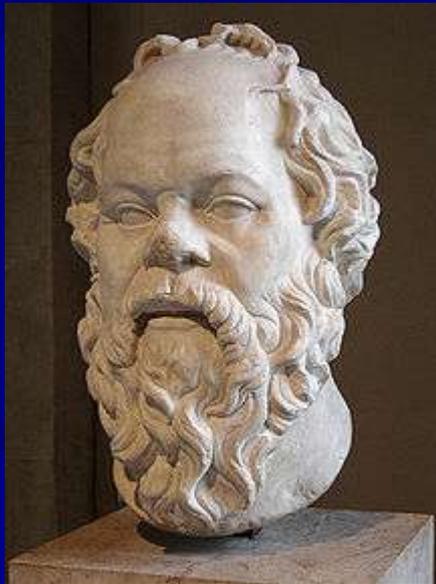


Рисунок 2. Упрощенный алгоритм базовой реанимации взрослых пациентов

Общественный кардиовертер-дефибриллятор на железнодорожном вокзале города Бордо, Франция, 2011



**Здоровье – это не все, но
все без здоровья – это
НИЧТО.**



Сократ

Заболеваемость и смертность в РФ

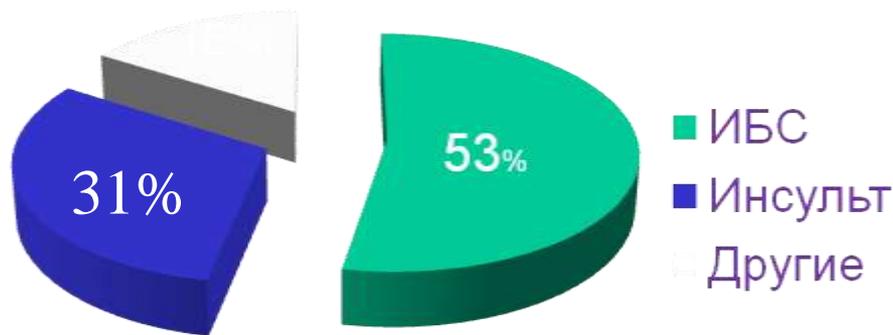
2014 г. число умерших на 100000 населения) от ССЗ



РФ – 654 случая

Европа – 200-250 случаев

Структура смертности от ССЗ в РФ, 2011

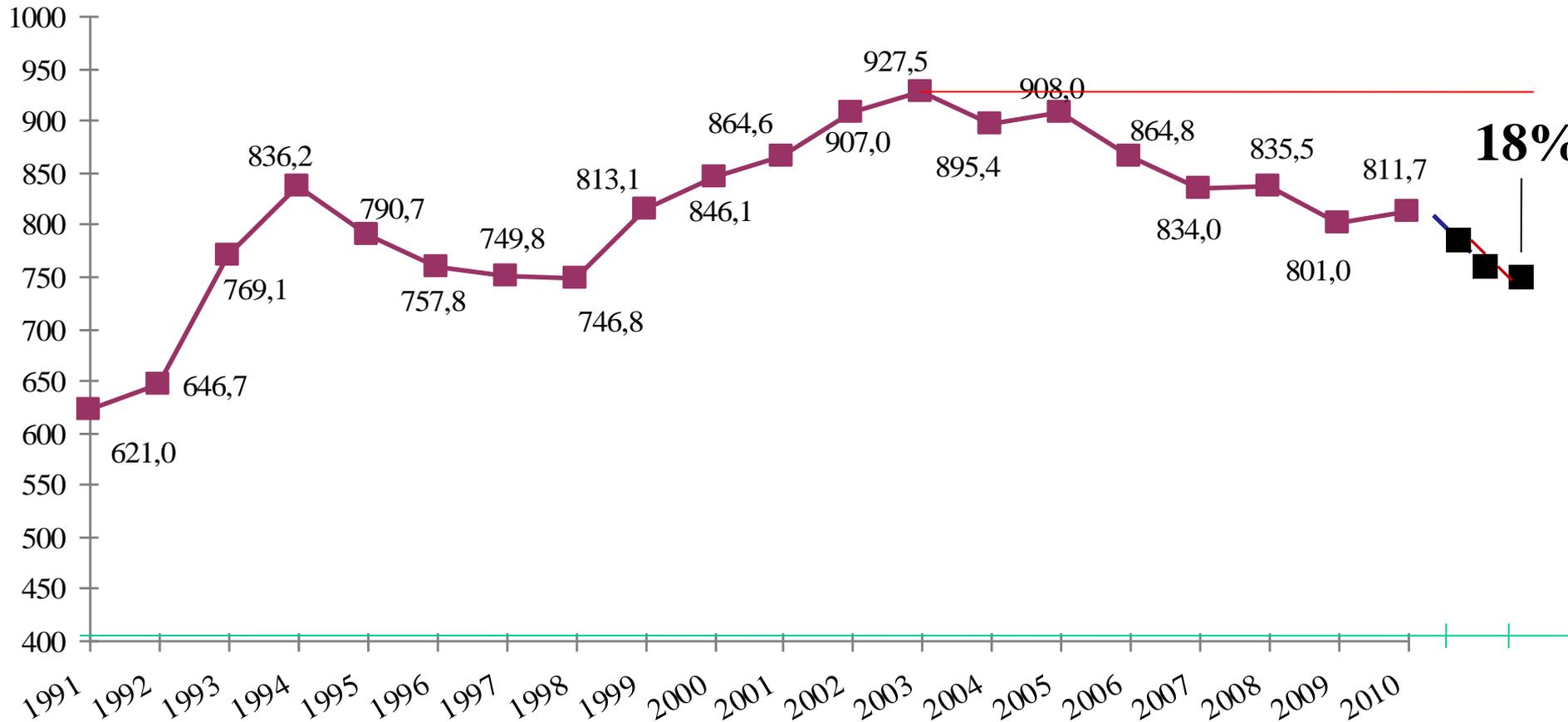


Показатели ожидаемой продолжительности жизни в РФ ниже, чем в странах Европейского союза, на 8-11 лет.

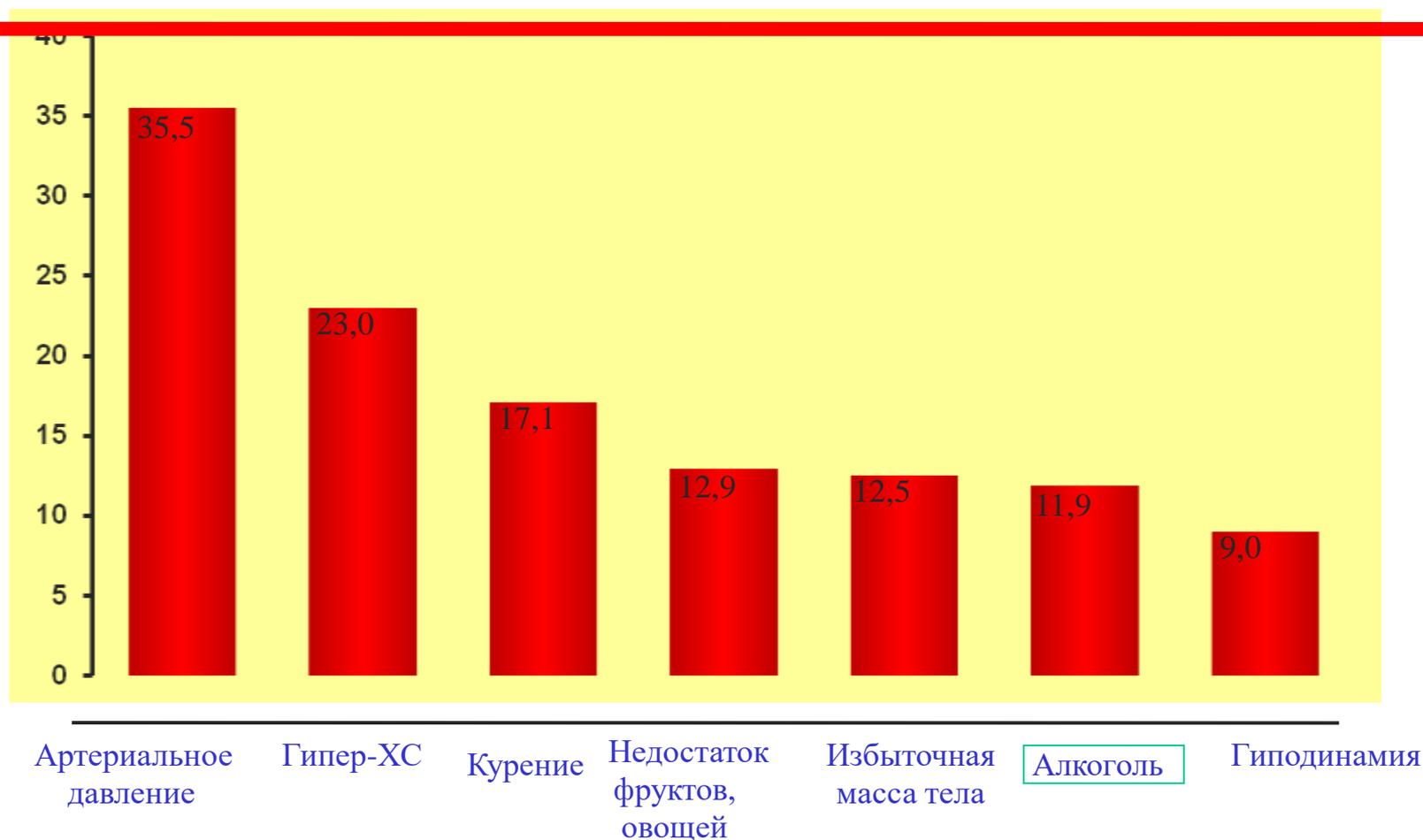
В РФ > 160 тыс. людей умирают от ССЗ в трудоспособном возрасте



Динамика коэффициента смертности населения РФ от болезней системы кровообращения (число умерших на 100 тысяч населения)



ВКЛАД 7 ВЕДУЩИХ ФАКТОРОВ РИСКА В ПРЕЖДЕВРЕМЕННУЮ СМЕРТНОСТЬ НАСЕЛЕНИЯ РОССИИ



Минздравсоцразвития России, 2009

- **Отсутствие приверженности терапии** = 30-50% вклад в неэффективность лечения и является причиной **125000 смертей ежегодно**¹.
- **Отсутствие приверженности терапии статинами** увеличивает относительный риск смерти на **12-25%**¹.
- **Отсутствие приверженности терапии кардиопротективными препаратами** увеличивает риск госпитализации по поводу ССЗ от 10 до 40% и **смертность от 50 до 80%**¹.
- Среди выживших после инсульта, **11,4%** (около 543000 человек) не принимали терапию по экономическим причинам² (западные страны)
- В РФ **целевого АД** достигает лишь **21%** пациентов с АГ, **>31%** терапии вообще не получают³.
- В РФ **менее 10%** нуждающихся в статинах их получают⁴.



1. Ho 2009, Circulation; Edmondson 2013, Br J of Health Psychology; George & Shalansky 2006, Br J Clin Phar

2. Ho 2009, Circulation; Levine et al. 2013, Annals of Neurology

3. Шальнова, 2006г.

4. Луканин, 2015 г.

Краткий исторический очерк развития внутренней медицины.

- В период первобытной медицины простые и наглядные проявления болезней — переломы и ранения, рвота и понос или ощущение боли и жара и др. — составляли основы примитивной диагностики.
- Распознавание заболеваний основывалось на простейших приемах исследования (**осмотр, ощупывание**), которые применялись без плана и методики и подробного изучения симптоматиологии заболеваний.

- В Древнем Египте и Индии уже обращалось внимание на температуру тела, применялось выслушивание и ощупывание, в Китае развивалось учение о пульсе и т. д.
- Наибольшее значение для развития диагностики приобрела медицина Древней Греции — книдская и косская школы (Гиппократ); последнюю рассматривают как родоначальницу научной клинической медицины.

Диагностическое исследование Гиппократ
основывалось на тщательном наблюдении у постели больного: «...суждения делаются посредством глаз, ушей, носа, рук и других известных нам способов, т. е. взглядом, осязанием, слухом, обонянием и вкусом», путем сравнения со здоровым или предшествующим состоянием больного.

-Для диагностики применялись некоторые **инструменты**, например, зонд для исследования матки, маточное и заднепроходное зеркала.

-Гиппократ выслушивал хрипы в легких и шум трения плевры; он применял ощупывание печени и селезенки.

■ Большой вклад в развитие медицины и диагностики внесли труд Галена «Corpus medicorum» и особенно «Канон врачебного искусства» Ибн-Сины (Авиценны), влияние которого продолжалось до XVI века в странах как арабского Востока, так и Европы.

■ С эпохой Возрождения появляются новые диагностические методы. Существенными для диагностики были попытки Т. Л. Парацельса и др. ввести методы химического и физического исследования и медицину, затем И. Б. Ван Гельманта и Я. Сильвиуса, открывших явления ферментации и значение равновесия кислот и щелочей.

С. Санторио, пользуясь весами, гигрометром, пытался измерить обмен веществ в специальной камере, а Д. Борелли применил законы механики и математики для объяснения работы сердца и скелетных мышц.

- В XVIII и XIX веках в клинику вводятся новые ценные методы исследования больного.
- ✓ В 1758 г. предложена термометрия (де Гаен), клиническая оценка термометрии была дана Л. Траубе.
- ✓ Изобретение Л. Ауэнбруггером в 1761 г. перкуссии,
- ✓ Изобретение стетоскопа и разработка метода аускультации Р. Лаэннеком в 1819 г.
- ✓ Разработка метода систематического опроса — **анамнеза** (М. Я. Мудров, Г. А. Захарьин, А. А. Остроумов) и методической пальпации органов брюшной полости В. П. Образцовым.

■ В XIX медицина стала обогащаться новыми дополнительными (лабораторными и инструментальными) диагностическими методиками.

В клинику были введены:

- сфигмограф (Марей, 1860), сфигмоманометр (Ваш, 1881), аппарат Рива-Роччи (1891),
- эзофагоскопия и желудочный зонд (Куссмауль, 1867—1868),
- гастроскопия (И. Микулич, 1881),
- цистоскопия и ректоскопия (Нитце, 1879),
- бронхоскопия (Г. Киллиан, 1897— 1898),
- спирометрия (Гетчиксон, 1849),
- определение основного обмена (М. Петтенкофер, 1861—1862) и количества белка в моче (Эсбах, 1874).

- К. Пирке в 1907 г. ввел кожную аллергическую пробу для диагностики туберкулеза.
- Ридер (1904) разработал методику рентгенологического исследования желудочно-кишечного тракта.
- Аринкин — метод стерильной пункции (1927) для прижизненного изучения костного мозга.
- С. С. Зимницкий (1923) ввел метод функциональной диагностики почек,
- Г. Салли (1907)—сфигмометрию,
- И. Пашон (1909)—осциллометрию,
- И. Франк (1914) —запись звуков сердца,
- А. Кастельянос (1937) — ангиокардиографию;



Большую роль в развитии диагностики сыграло открытие X-лучей (В.К. Рентген, *Wilhelm Conrad Röntgen*, 1895). Профессор Мюнхенского университета, первый в истории физики лауреат Нобелевской премии (1901).



В. Эйнтховен, (*Willem Einthoven*, 1903) был применен струнный гальванометр, им же положено начало **электрокардиографии и фонокардиографии.** Нидерландский физиолог получил Нобелевскую премию по медицине в 1924 году.



Метод определения артериального давления предложен русским хирургом Николаем Сергеевичем Коротковым (1905). Во время русско-японской войны в Харбине был старшим хирургом госпиталя. Заинтересовался сосудистой хирургией и начал собирать материал для докторской диссертации (1910). Пионер современной сосудистой хирургии.

Роль отечественных ученых в развитии диагностики

Создатель русской терапевтической школы

Матвей Яковлевич Мудров (1776—1831)

рассматривал болезнь как результат воздействия на организм неблагоприятных условий внешней среды. В связи с этим он впервые ввел в клинику опрос больного, основав анамнестический метод, разработал схему клинического исследования и ведения истории болезни.

М. Я. Мудровым впервые в России были организованы практические занятия для студентов в клинике, созданы специальные кабинеты, лаборатории и музей.

М. Я. Мудров руководствовался индивидуализацией терапии и призывал лечить не болезнь, а больного, придавая большое значение не только лечебным мероприятиям, но и гигиене.

Григорий Антонович Захарьин (1829—1897)



Разрабатывал вопросы диагностики туберкулеза и его классификации, **описал зоны повышенной чувствительности кожи при заболеваниях внутренних органов (зоны Захарьина-Геда).**

По мнению Г. А. Захарьина, терапия заболеваний должна быть комплексной, состоящей из гигиенических мероприятий, климатотерапии, диетотерапии и медикаментозного лечения; внедрил в практику кумысолечение, лечение минеральными водами.

Сергей Петрович Боткин (1832— 1889)



создал физиологическое направление в медицине и заложил основы экспериментальной фармакологии, терапии и патологии в России. Широко внедрял в клинику физиологические и инструментальные исследования. Под влиянием И. М. Сеченова С. П. Боткин **создал теорию развития болезней, придавая ведущее значение нервной системе**, что позволило ему и его ученикам доказать роль нервных центров в регуляции кроветворения, температуры тела.

Сергей Петрович Боткин (1832— 1889)

В области диагностики заболеваний С. П. Боткин установил различия между гипертрофией и дилатацией сердца, открыл постсистолический шум при стенозе левого венозного отверстия, описанный позже как протодиастолический, описал точку выслушивания диастолического шума при недостаточности клапана аорты, впервые диагностировал тромбоз воротной вены. **Впервые указал на инфекционную этиологию катаральной желтухи, названной позже его именем (гепатит А) и выяснил роль распада тканей в патогенезе лихорадки. Он считается также основоположником военно-полевой терапии.**

Алексей Александрович Остроумов (1844—1906)



Им были разработаны основные положения о рефлексорных нарушениях в органах под влиянием расстройств нервной системы. Особое внимание он уделял взаимоотношениям организма с внешней средой, наследственности. Детально разработаны клиника раннего туберкулеза, бальнео- и физиотерапия, показания и противопоказания к санаторно-курортному лечению при туберкулезе и нервных болезнях.

Образцов Василий Парменович (1894 -1920)



Разрабатывал и совершенствовал методы клинического исследования. Создал метод скользящей глубокой пальпации желудка и кишечника, метод пальпации других органов брюшной полости.

Впервые предложена перкуссия органов грудной и брюшной полостей, непосредственная аускультация.

Выделил энтериты в самостоятельную клиническую форму.

В 1910 в Киеве совместно с Стражеско Н.Д. дал классическое описание инфаркта миокарда.

Стражеско Николай Дмитриевич (1876 – 1952г)



Продолжил разработку методов исследования внутренних органов. Им были обоснованы принципы исследования органов пищеварения, изложенные в его книге «Основы физической диагностики заболеваний брюшной полости»

Разработал учение о функциональной недостаточности кровообращения, совместно с В.Х.Василенко создал классификацию недостаточности кровообращения, описал различные симптомы при заболеваниях ссс.

Обосновал теорию ревматизма как инфекционно-аллергического заболевания стрептококковой природы, выявил особенности и связи ревматизма, сепсиса и эндокардита, описал соотношение между кардиальной астмой и грудной жабой.

Кончаловский Максим Петрович (1875 – 1942г)



Расширил значение синдромного подхода в диагностике заболеваний;

- создал инфекционно-аллергическую теорию ревматизма, описал его клинические формы и особенности течения; - разработал показания и противопоказания к переливанию крови в клинике внутренних болезней; - им была описана клиника позднего хлороза, симптом «жгута» при тромбопениях; развито учение о гемопозитической функции желудка. Выступал за сочетание терапии с широкими профилактическими мероприятиями, за лечение преморбидных состояний, разрабатывал методы функциональной диагностики и вопросы трудового прогноза.

Ланг Георгий Федорович (1875 - 1948)



Впервые выделил гипертоническую болезнь в самостоятельное заболевание; разработал классификацию болезней системы кровообращения и впервые предложил термин «дистрофия миокарда». Создал новое, «функциональное» направление в гематологии (рассматривающее ряд заболеваний системы крови в связи с нарушением регуляции кроветворения и кроворазрушения)

Мясников Александр Леонидович (1899 – 1965)



Основные работы посвящены вопросам сердечно-сосудистой патологии (гипертоническая болезнь, атеросклероз, коронарная недостаточность), болезням печени и жёлчных путей, инфекционным болезням (малярия, бруцеллёз).

Создал школу терапевтов (Е. И. Чазов, И. К. Шхвацабая, З. С. Волынский, А. С. Логинов, В. С. Смоленский и др.).

ЧАЗОВ ЕВГЕНИЙ ИВАНОВИЧ, 1929 Г.Р.



Основные труды по проблемам тромбозов и инфаркта миокарда, метаболизма миокарда и недостаточности кровообращения.

Редактор журнала «Терапевтический архив» (с 1973). Председатель Всесоюзного кардиологического общества (с 1975).

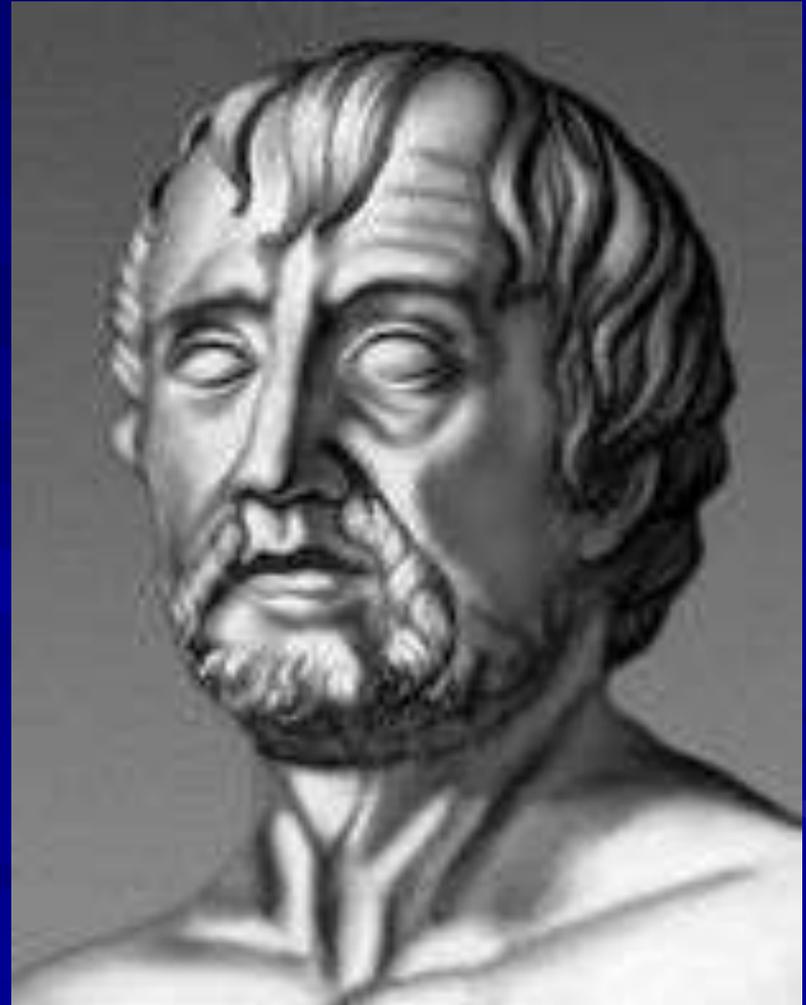
■ За всю историю врачевания сложился стереотип: в любой ситуации врач должен делать хоть что-то. Такая практика жива до сих пор, хотя в ее эффективности усомнился еще Вольтер. Он сказал, что "искусство медиков в том, чтобы отвлечь пациента на то время, когда болезнь излечит сама природа".

■ **Главное, не назначать лишнего лечения!**

Ведь не даром говорят, что «обычный хирург знает как оперировать, хороший - когда это надо сделать, а лучший - когда операция не нужна».

**«Некоторые
лекарства опаснее
самих болезней»**

Сенека



ВМЕСТО ЗАКЛЮЧЕНИЯ

上医医未病之病

中医医将病之病

下医医已病之病

Профилактика всегда
лучшее лечение

~ 黄帝内经 ~

Лучшие врачи предотвращают заболевание

Средние врачи лечат заболевание до его манифестации.

Низшие врачи лечат заболевание в его разгаре.

-- Хуанг Ли Най-Чинг (2600 ДНЭ, Первый китайский медицинский текст)

Давайте вместе будем стремиться к лучшему!

■ Успех лечения в значительной мере определяется авторитетом врача. Авторитет врача основывается не только на личном самоотверженном труде, но на глубоких знаниях. Авторитет врача в глазах больного в значительной степени основывается на его отношении к больному, чуткости, участии к состраданию.

Пример: Л.Н. Толстой «Севастопольские рассказы» о Н.И. Пирогове

-Известно, что равнодушие врача снижает доверие к нему больного и может резко сказаться на ходе заболевания.

-Если же врач пользуется большим авторитетом и уважением, если больной видит живое желание помочь, избавиться от страданий, то нередко лечение оказывается более эффективным, чем при тех же назначениях у врача, которому больной не доверяет.

■ В разговоре с больным или коллегами у постели больного врач должен избегать применения непонятных для больного слов и медицинских терминов, которые могут быть превратно, в негативном плане, им истолкованы.

Этика и деонтология

- Учение о профессиональном поведении врача имеет длительную историю.

Так уже в индийском **своде законов Ману - «Веды»** приводятся правила поведения врача.

Знаменитая «Клятва», сформулированная **Гиппократом (460-377 г. до н.э.)**, в дальнейшем оказала огромное влияние на становление и развитие принципов поведения медицинских работников.

■ **Врачебная деонтология** включает необходимость сохранения врачебной тайны – медицинской тайны.

-Все сведения о больном, характере заболевания и т.д. врач должен сохранять в тайне, иначе это может повредить больному, причинив ему моральный, а в некоторых случаях материальный ущерб.

Это требование не включает случаев, когда сохранение врачебной тайны может причинить вред окружающим его людям.

➤ Например, если человек болен инфекционной болезнью, его необходимо госпитализировать как для лечения, так и в целях изоляции, распространения инфекции, а окружающих его лиц в ряде случаев нужно поставить в известность о характере заболевания в целях более строгого соблюдения ими санитарно-гигиенических требований и своевременного выявления новых вспышек болезни (СПИД).