ГБОУ ВПО Красноярский государственный медицинский университет им. профессора В Ф Войно-Ясенецкого.

Кафедра терапии ИПО

РЕФЕРАТ

 **Хроническая обструктивная болезнь легких. Диагностика и лечение.**

Выполнил: ординатор 2 года кафедры терапии ИПО

Соколовский АП

Проверил: ДМН, профессор Грищенко ЕГ

Красноярск 2019

Оглавление

[Общая характеристика патологии 3](#_Toc3658243)

[Этиология 3](#_Toc3658244)

[Патогенез 3](#_Toc3658245)

[Классификация 4](#_Toc3658246)

[Клиническая картина 4](#_Toc3658247)

[Осложнения 5](#_Toc3658248)

[Диагностика 5](#_Toc3658249)

[Лечение 7](#_Toc3658250)

[ОСНОВНЫЕ ЦЕЛИ ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНИ ЛЕГКИХ 7](#_Toc3658251)

[СНИЖЕНИЕ ВЛИЯНИЯ ФАКТОРОВ РИСКА 7](#_Toc3658252)

[ЛЕЧЕНИЕ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНИ ЛЕГКИХ ПРИ СТАБИЛЬНОМ ТЕЧЕНИИ 7](#_Toc3658253)

[ПРИНЦИПЫ ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНИ ЛЕГКИХ СТАБИЛЬНОГО ТЕЧЕНИЯ НА РАЗЛИЧНЫХ СТАДИЯХ ЗАБОЛЕВАНИЯ 9](#_Toc3658254)

[ЛЕЧЕНИЕ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНИ ЛЕГКИХ ПРИ ОБОСТРЕНИИ 10](#_Toc3658255)

[Прогноз и профилактика 10](#_Toc3658256)

[Список литературы10](#_Toc3658257)

# Общая характеристика патологии

Хроническую обструктивную болезнь (ХОБЛ) сегодня выделяют как самостоятельное заболевание легких и отграничивают от ряда хронических процессов дыхательной системы, протекающих с обструктивным синдромом (обструктивного бронхита, вторичной эмфиземы легких, бронхиальной астмы и др.). Согласно эпидемиологическим данным, ХОБЛ чаще поражает мужчин после 40 лет, занимает лидирующие позиции среди причин инвалидности и 4 место среди причин летальности активной и трудоспособной части населения.

# Этиология

Среди причин, вызывающих развитие хронической обструктивной болезни легких, 90-95% отводится табакокурению. Среди прочих факторов (около 5%) выделяют производственные вредности (вдыхание вредных газов и частиц), [респираторные инфекции](https://www.krasotaimedicina.ru/diseases/infectious/respiratory-viral-infections) детского возраста, сопутствующую бронхолегочную патологию, состояние экологии. У менее, чем 1% пациентов, в основе ХОБЛ лежит генетическая предрасположенность, выражающаяся в [дефиците альфа1–антитрипсина](https://www.krasotaimedicina.ru/diseases/genetic/alpha-1-antitrypsin-deficiency), образующегося в тканях печени и защищающего легкие от повреждений ферментом эластазой. Среди профессиональных вредностей в числе причин развития ХОБЛ лидируют контакты с кадмием и кремнием, обработкой металлов, вредная роль продуктов, образующихся при сгорании топлива. ХОБЛ является профессиональным заболеванием шахтеров, железнодорожников, строителей, контактирующих с цементом, рабочих целлюлозно-бумажной и металлургической промышленности, сельхозрабочих, занятых переработкой хлопка и зерна.

# Патогенез

При ХОБЛ страдают как дыхательные пути, так и ткань самого лёгкого — лёгочная паренхима.

Начинается заболевание в мелких дыхательных путях с закупорки их слизью, сопровождающейся воспалением с формированием перибронхиального фиброза (уплотнение соединительной ткани) и облитерации (зарастание полости).

При сформировавшейся патологии бронхитический компонент включает:

* гиперплазию слизистых желёз (избыточное новообразование клеток);
* слизистое воспаление и отёк;
* бронхоспазм и закупорку дыхательных путей секретом, что приводит к сужению дыхательных путей и увеличению их сопротивления.

Эмфизематозный компонент приводит к разрушению конечных отделов дыхательных путей — альвеолярных стенок и поддерживающих структур с образованием значительно расширенных воздушных пространств. Отсутствие тканевого каркаса дыхательных путей приводит к их сужению вследствие тенденции к динамическому спадению во время выдоха, что становится причиной экспираторного коллапса бронхов.

Ко всему прочему, разрушение альвеолярно-капиллярной мембраны влияет на газообменные процессы в лёгких, снижая их диффузную способность. В результате этого возникают уменьшение оксигенации (кислородное насыщения крови) и альвеолярной вентиляции. Происходит избыточная вентиляция недостаточно перфузируемых зон, приводящая к росту вентиляции мёртвого пространства и нарушению выведения углекислого газа СО2. Площадь альвеолярно-капиллярной поверхности уменьшена, но может быть достаточной для газообмена в состоянии покоя, когда эти аномалии могут не проявляться. Однако при физической нагрузке, когда потребность в кислороде возрастает, если дополнительных резервов газообменивающихся единиц нет, то возникает гипоксемия — недостаток содержания кислорода в крови.

Появившаяся гипоксемия при длительном существовании у пациентов с ХОБЛ включает ряд адаптивных реакций. Повреждение альвеолярно-капиллярных единиц вызывает подъём давления в лёгочной артерии. Поскольку правый желудочек сердца в таких условиях должен развивать большее давление для преодоления возросшего давления в лёгочной артерии, он гипертрофируется и расширяется (с развитием сердечной недостаточности правого желудочка). Кроме того, хроническая гипоксемия способна вызывать увеличение эритропоэза, который впоследствии увеличивает вязкость крови и усиливает правожелудочковую недостаточность.

# Классификация

Международными экспертами в развитии хронической обструктивной болезни легких выделяется 4 стадии. Критерием, положенным в основу классификации ХОБЛ, является уменьшение отношения ОФВ (объема форсированного выдоха) к ФЖЕЛ (форсированной жизненной емкости легких) < 70 %, регистрируемое после приема бронходилататоров.

* **Стадия 0** (предболезнь). Характеризуется повышенным риском развития ХОБЛ, но не всегда в нее трансформируется. Проявляется постоянным кашлем и секрецией мокроты при неизмененной функции легких.
* **Стадия I** (легкого течения ХОБЛ). Выявляются незначительные обструктивные нарушения (объем форсированного выдоха за 1 сек. - ОФВ1 > 80% от нормы), хронический кашель и продукция мокроты.
* **Стадия II** (среднетяжелого течения ХОБЛ). Прогрессируют обструктивные нарушения (50 % < ОФВ1 < 80 % от нормы). Наблюдаются одышка и клинические симптомы, усиливающиеся при нагрузке.
* **Стадия III** (тяжелого течения ХОБЛ). Нарастает ограничение воздушного потока при выдохе (30 % < ОФВ, < 50 % от нормы), усиливается одышка, учащаются обострения.
* **Стадия IV** (крайне тяжелого течения ХОБЛ). Проявляется тяжелой формой бронхиальной обструкции, угрожающей для жизни (ОФВ, < 30 % от нормы), [дыхательной недостаточностью](https://www.krasotaimedicina.ru/diseases/zabolevanija_pulmonology/respiratory-insufficiency), развитием легочного сердца.

# Клиническая картина

**ХОБЛ** — болезнь второй половины жизни, чаще развивается после 40 лет. Развитие болезни — постепенный длительный процесс, чаще незаметный для пациента.

Обратиться к врачу заставляют появившиеся **одышка** и **кашель** — самые распространённые симптомы заболевания (одышка почти постоянная; кашель частый и ежедневный, с выделениями мокроты по утрам).

Типичный пациент с ХОБЛ — курящий человек 45-50 лет, жалующийся на частую одышку при физической нагрузке.

**Кашель** — один из самых ранних симптомов болезни. Он часто недооценивается пациентами. На начальных стадиях болезни кашель носит эпизодический характер, но позже становится ежедневным.

**Мокрота** также относительно ранний симптом заболевания. На первых стадиях она выделяется в небольших количествах, в основном по утрам. Характер слизистый. Гнойная обильная мокрота появляется во время обострения заболевания.

**Одышка** возникает на более поздних стадиях заболевания и отмечается вначале только при значительной и интенсивной физической нагрузке, усиливается при респираторных заболеваниях. В дальнейшем одышка модифицируется: ощущение недостатка кислорода во время обычных физических нагрузкок сменяется тяжёлой дыхательной недостаточностью и через время усиливается. Именно одышка становится частой причиной для того, чтобы обратиться к врачу.

Течение ХОБЛ может развиваться по двум типам клинических форм:

* **Бронхитическому типу**. У пациенты с бронхитическим типом ХОБЛ преобладающими проявлениями служат гнойные воспалительные процессы в бронхах, сопровождающиеся интоксикацией, кашлем, обильным отделением мокроты. Бронхиальная обструкция выражена значительно, легочная эмфизема - слабо. Эту группу пациентов условно именуют «синими отечниками» ввиду диффузно-синего цианоза кожных покровов. Развитие осложнений и терминальная стадия наступают в молодом возрасте.
* **Эмфизематозному типу**. При развитии ХОБЛ по эмфизематозному типу на первый план в симптоматике выходит экспираторная одышка (с затрудненным выдохом). Эмфизема легких преобладает над бронхиальной обструкцией. По характерному внешнему виду пациентов (розово-серый цвет кожных покровов, бочкообразная грудная клетка, кахексия) их называют «розовыми пыхтельщиками». Имеет более доброкачественное течение, пациенты, как правило, доживают до пожилого возраста.

# Осложнения

Прогрессирующее течение хронической обструктивной болезни легких может осложняться [пневмонией](https://www.krasotaimedicina.ru/diseases/zabolevanija_pulmonology/pneumonia), острой или хронической дыхательной недостаточностью, [спонтанным пневмотораксом](https://www.krasotaimedicina.ru/diseases/zabolevanija_pulmonology/spontaneous-pneumothorax), [пневмосклерозом](https://www.krasotaimedicina.ru/diseases/zabolevanija_pulmonology/pneumosclerosis), вторичной [полицитемией](https://www.krasotaimedicina.ru/diseases/hematologic/polycythemia) (эритроцитозом), застойной [сердечной недостаточностью](https://www.krasotaimedicina.ru/diseases/zabolevanija_cardiology/heart_failure) и т. д. В тяжелой и крайне тяжелой степени ХОБЛ у пациентов развиваются [легочная гипертензия](https://www.krasotaimedicina.ru/diseases/zabolevanija_pulmonology/pulmonary_hypertension) и легочное сердце. Прогрессирующее течение ХОБЛ ведет к изменениям бытовой активности пациентов и снижению качества их жизни.

# Диагностика

Если у пациентов кашель, выделение мокроты, одышки, а также были выявлены факторы риска развития хронической обструктивной болезни лёгких, то у них у всех должен предполагаться диагноз ХОБЛ.

Для того, чтобы установить диагноз, учитываются данные **клинического обследования** (жалобы, анамнез, физикальное обследование).

При физикальном обследовании могут выявляться симптомы, характерные для длительно протекающего бронхита: «часовых стекол» и/или «барабанных палочек» (деформация пальцев), тахипноэ (учащённое дыхание) и одышка, изменение формы грудной клетки (для эмфиземы характерна бочкообразная форма), малая подвижность её во время дыхания, западение межреберных промежутков при развитии дыхательной недостаточности, опущение границ лёгких, изменение перкуторного звука на коробочный, ослабленное везикулярное дыхание или сухие свистящие хрипы, которые усиливаются при форсированном выдохе (то есть быстром выдохе после глубокого вдоха). Тоны сердца могут прослушиваться с трудом. На поздних стадиях может иметь место диффузный цианоз, выраженная одышка, появляются периферические отёки. Для удобства заболевание подразделяют на две клинические формы: эмфизематозную и бронхитическую. Хотя в практической медицине чаще встречаются случаи смешанной формы заболевания.

Самый важный этап диагностики ХОБЛ — **анализ функции внешнего дыхания (ФВД)**. Он необходим не только для определения диагноза, но и для установления степени тяжести заболевания, составления индивидуального плана лечения, определения эффективности терапии, уточнения прогноза протекания болезни и оценки трудоспособности. Установление процентного соотношения ОФВ1/ФЖЕЛ чаще всего применяется в лечебной практике. Уменьшение объема форсированного выдоха в первую секунду к форсированной жизненной ёмкости лёгких ОФВ1/ФЖЕЛ до 70 % — начальный признак ограничения воздушного потока даже при сохранённой ОФВ1>80% должной величины. Низкая пиковая скорость потока воздуха на выдохе, незначительно меняющаяся при применении бронходилятаторов также говорит в пользу ХОБЛ. При впервые диагностируемых жалобах и изменениях показателей ФВД спирометрия повторяется на протяжении года. Обструкция определяется как хроническая, если она фиксируется не менее 3-х раз за год (невзирая на проводимое лечение), и диагностируется ХОБЛ.

**Мониторирование ОФВ1** — важный метод подтверждения диагноза. Спиреометрическое измерение показателя ОФВ1 осуществляется многократно на протяжении нескольких лет. Норма ежегодного падения ОФВ1 для людей зрелого возраста находится в пределах 30 мл в год. Для пациентов с ХОБЛ характерным показателем такого падения является 50 мл в год и более.

**Бронхолитический тест** — первичное обследование, при котором определяется максимальный показатель ОФВ1, устанавливаются стадия и степень тяжести ХОБЛ, а также исключается бронхиальная астма (при положительном результате), избирается тактика и объём лечения, оценивается эффективность терапии и прогнозируется течение заболевания. Очень важно отличить ХОБЛ от бронхиальной астмы, так как у этих часто встречаемых заболеваний одинаковое клиническое проявление — бронхообструктивный синдром. Однако подход к лечению одного заболевания отличается от другого. Главный отличительный признак при диагностике — обратимость бронхиальной обструкции, которая является характерной особенностью бронхиальной астмы. Установлено, что у людей с диагнозом ХОБЛ после приёма бронхолитика процент увеличения ОФВ1 — менее 12% от исходного (или ≤200 мл), а у пациентов с бронхиальной астмой он, как правило, превышает 15%.

**Рентгенография грудной клетки** имеет вспомогательное значение, так как изменения появляются лишь на поздних стадиях заболевания.

**ЭКГ** может выявлять изменения, которые характерны для лёгочного сердца.

**ЭхоКГ** необходима для выявления симптомов лёгочной гипертензии и изменений правых отделов сердца.

**Общий анализ крови** — с его помощью можно оценить показатели гемоглобина и гематокрита (могут быть повышены из-за эритроцитоза).

**Определение уровня кислорода в крови** (SpO2) – пульсоксиметрия, неинвазивное исследование для уточнения выраженности дыхательной недостаточности, как правило, у больных с тяжёлой бронхиальной обструкцией. Кислородная насыщенность крови менее 88%, определяемая в покое, указывает на выраженную гипоксемию и необходимость назначения оксигенотерапии.

**Лечение**

ОСНОВНЫЕ ЦЕЛИ ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНИ ЛЕГКИХ

• Предупреждение прогрессирования заболевания .

• Уменьшение проявлений.

• Повышение толерантности к физической нагрузке.

• Улучшение качества жизни.

• Профилактика и лечение осложнений.

• Профилактика и лечение обострений.

• Снижение смертности, связанной с ХОБЛ.

Для реализации этих целей существует несколько направлений лечения:

1. Снижение влияния факторов риска.

2. Образовательные программы.

3. Лечение ХОБЛ при стабильном течении.

4. Лечение ХОБЛ при обострении.

СНИЖЕНИЕ ВЛИЯНИЯ ФАКТОРОВ РИСКА

Данное направление включает, прежде всего, прекращение курения, а также снижение влияния производственных вредностей, атмосферных и домашних поллютантов.

ЛЕЧЕНИЕ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНИ ЛЕГКИХ ПРИ СТАБИЛЬНОМ ТЕЧЕНИИ

Лечение стабильного течения ХОБЛ подразделяется на медикаментозное и немедикаментозное (кислородотерапия, хирургическое лечение, реабилитация). Несмотря на достаточно большой арсенал медикаментозных средств, применяемых для лечения ХОБЛ, к сожалению, ни одно из них не влияет на долгосрочное снижение легочной функции **.** В настоящее время для медикаментозного лечения ХОБЛ применяют следующие группы препаратов.

I. Бронхолитики.

II. Глюкокортикоиды.

III. Прочие (вакцины, муколитики, антибактериальные препараты).

БРОНХОЛИТИКИ В ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНИ ЛЕГКИХ

Бронхолитические препараты занимают ведущее место в комплексном лечении ХОБЛ. Для уменьшения бронхиальной обструкции у больных ХОБЛ применяются антихолинергические препараты короткого и длительного действия, β2-агонисты короткого и длительного действия, метилксантины.

В зависимости от степени тяжести ХОБЛ бронхолитики назначаются «по требованию» или постоянно. В многочисленных исследованиях было показано, что только постоянный длительный прием бронхолитиков способен уменьшить темпы прогрессии бронхообструкции **.**

К препаратам первого ряда среди бронхолитиков относятся М-холинолитики (ипратропия бромид и тиотропия бромид), причем в сравнительных исследованиях ипратропия бромида и тиотропия бромида последний показал достоверно больший прирост ОФВ1.

β2-агонисты обладают, помимо бронходилатирующего, еще целым рядом эффектов, в том числе противовоспалительным, антиаллергическим, улучшают мукоцеллюлярный клиренс. В лечении ХОБЛ стабильного течения могут использоваться как короткодействующие (сальбутамол, фенотерол), так и длительно действующие β2-агонисты

(салметерол, формотерол), которые обладают большей безопасностью, особенно у пожилых пациентов и пациентов с патологией сердечнососудистой системы.

Метилксантины (препараты теофиллина пролонгированного действия) обладают хорошей клинической эффективностью и низкой стоимостью, однако, учитывая их потенциально высокую токсичность, являются препаратами «второй линии». Метилксантины могут быть добавлены к регулярному ингаляционному бронхолитическому воздействию при более тяжелом течении болезни и требуют постоянного контроля концентрации в плазме крови **.**

Необходимо отметить, что выбор конкретного бронхолитика должен проводиться с учетом индивидуального ответа пациента на лечение, переносимости и доступности. При этом комбинация бронхолитических препаратов всегда предпочтительнее монотерапии, поскольку сочетание двух препаратов и более усиливает бронхолитический эффект и снижает риск побочных

ГЛЮКОКОРТИКОИДЫ В ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНИ ЛЕГКИХ

В отличие от бронхиальной астмы, при ХОБЛ глюкокортикоиды не обеспечивают надежного подавления воспаления, и их эффект значительно менее выражен, поэтому их применение при ХОБЛ ограничено определенными показаниями.

Ингаляционные глюкокортикоиды (ИГК) назначаются дополнительно к бронхолитическому воздействию у пациентов с ОФВ1 <50% должной (стадия III - тяжелая ХОБЛ и стадия IV - крайне тяжелая ХОБЛ) и повторяющимися обострениями (три и более за последние три года).

Рекомендуется проведение пробного применения ИГК в течение 6-12 нед для выявления пациентов, у которых возможен положительный эффект при длительном ингаляционном лечении глюкокортикоидами. Эффективность воздействия оценивают с помощью бронходилатационного теста. Ответ на лечение считается положительным при приросте ОФВ1 на 12% и 200 мл и более к исходной величине в бронхолитическом тесте.

Комбинация ИГК и β2-агонистов длительного действия более эффективна в лечении ХОБЛ, чем применение отдельных компонентов.

Продолжительный прием системных глюкокортикоидов (более 2 нед) при стабильном течении ХОБЛ не рекомендуется из-за высокого риска развития нежелательных явлений.

Вакцины

С целью профилактики обострения ХОБЛ во время эпидемических вспышек гриппа рекомендованы к применению убитые или инактивированные гриппозные вакцины. Гриппозная вакцина на 50% способна уменьшить тяжесть течения и смертность у больных ХОБЛ .

Больные ХОБЛ относятся к лицам с высоким риском развития пневмококковой инфекции, в связи с чем у этой категории пациентов было рекомендовано применение 23-валентной пневмококковой вакцины. Однако в настоящий момент нет доказательной базы для широкого применения этой вакцины всем больным ХОБЛ.

Антибактериальные препараты

Проведенные исследования показали, что применение антибиотиков с целью профилактики обострений у пациентов со стабильным течением ХОБЛ обладает очень низкой, но статистически достоверной эффективностью. Однако, учитывая риск возникновения нежелательных лекарственных явлений и риск развития антибиотикорезистентности возбудителей, применение антимикробной химиотерапии с профилактической целью не рекомендуется для лечения ХОБЛ стабильного течения.

Муколитические средства

Муколитики назначаются только пациентам со стабильной ХОБЛ при наличии вязкой мокроты. В настоящее время не существует убедительных доказательств, что длительное использование этих препаратов позволяет уменьшить степень прогрессии или частоту обострений ХОБЛ**.** Единственным муколитическим препаратом, который, возможно, способен предупреждать обострение, является N-ацетилцистеин℘ (NAC), обладающий одновременно и антиоксидантной активностью, однако убедительных доказательств его эффективности в настоящее время нет.

Противокашлевые препараты и дыхательные аналептики не рекомендуются для длительного приема у больных ХОБЛ, и применяются только при наличии соответствующих показаний.

ПРИНЦИПЫ ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНИ ЛЕГКИХ СТАБИЛЬНОГО ТЕЧЕНИЯ НА РАЗЛИЧНЫХ СТАДИЯХ ЗАБОЛЕВАНИЯ

**•** **Стадия 0 - устранение факторов риска.** Отказ от курения, устранение воздействия поллютантов, вакцинация.

**•** **Стадия 1 (легкое течение)** - интермиттирующее лечение короткодействующими бронхолитиками по потребности.

**•** **Стадия 2 (среднетяжелое течение)** - постоянный прием одного или комбинации нескольких бронхолитиков (М-холинолитик ± β2-агонист ± теофиллины пролонгированного действия).

**•** **Стадия 3 (тяжелое течение)** - постоянное длительное применение комбинации бронходилататоров (пролонгированные β2-агонисты и М-холинолитики длительного действия). В случае частых обострений заболевания добавляются ингаляционные глюкокортикоиды.

**•** **Стадия 4 (крайне тяжелое течение)** - постоянное длительное применение комбинации бронходилататоров (пролонгированные β2-агонисты + М-холинолитики длительного действия + теофиллины пролонгированного действия), ингаляционных глюкокортикоидов и длительное лечение кислородом на дому.

ЛЕЧЕНИЕ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНИ ЛЕГКИХ ПРИ ОБОСТРЕНИИ

В настоящее время любое обострение ХОБЛ расценивается как фактор прогрессии заболевания и, следовательно, ухудшения прогноза. Учитывая, что каждый больной ХОБЛ, как правило, переносит за год от одного до четырех обострений и более, становится ясным, насколько важно правильное лечение обострения ХОБЛ.

Принято выделять легкое, среднетяжелое и тяжелое обострения ХОБЛ. Легкое обострение заболевания, как правило, не требует госпитализации и может лечиться амбулаторно. При среднетяжелом и тяжелом обострении требуется госпитализация.

Прогноз и профилактика

Относительно полного выздоровления прогноз неблагоприятен. Неуклонное прогрессирование ХОБЛ приводит к инвалидизации. К прогностическим критериям ХОБЛ относятся: возможность исключения провоцирующего фактора, соблюдение пациентом рекомендаций и лечебных мероприятий, социальный и экономический статус пациента. Неблагоприятное течение ХОБЛ наблюдается при тяжелых сопутствующих заболеваниях, сердечной и дыхательной недостаточности, пожилом возрасте пациентов, бронхитическом типе заболевания. Четверть пациентов с тяжелыми формами обострений погибают в течение года. Мерами предупреждения ХОБЛ служат исключение вредных факторов (отказ от табакокурения, соблюдение требований охраны труда при наличии профвредностей), профилактика обострений и других бронхолегочных инфекций.

**Список литературы**

* Общая врачебная практика. Национальное руководство в 2 т. Т.1 / под ред. Акад. РАМН И. Н. Денисова, проф. О. М. Лесняк. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. - 976 с.
* Хроническая обструктивная болезнь легких: Моография / Под ред. А.Г. Чучалина. – М.:Атмосфера, 2008. – 367 с.
* Лещенко И.В. Новые направления в диагностике и лечении хронической обструктивной болезни легких//Тер. Арх. – 2004. - № 3. – с. 77-80.
* Гриппи М.А. Патофизиология легких. М.: Бином, 2014. – 304 с.
* Терапия: пер. с англ. доп.//гл.ред.А.Г. Чучалин. – М.: ГЭОТАР. – с. 1024

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Красноярский государственный медицинский университет имени профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого» Министерства здравоохранения Российской Федерации

КАФЕДРА

Терапии ИПО

Рецензия КМН,профессора кафедры терапии ИПО Грищенко Елены Георгиевны на реферат ординатора второго года обучения специальности терапия Соколовского Алексея Павловича по теме: Циррозы печени.

Рецензия на реферат – это критический отзыв о проведенной самостоятельной работе ординатора с литературой по выбранной специальности обучения, включающий анализ степени раскрытия выбранной тематики, перечисление возможных недочетов и рекомендации по оценке. Ознакомившись с рефератом, преподаватель убеждается в том, что ординатор владеет описанным материалом, умеет его анализировать и способен аргументированно защищать свою точку зрения. Написание реферата производится в произвольной форме, однако, автор должен придерживаться определенных негласных требований по содержанию. Для большего удобства, экономии времени и повышения наглядности качества работ, нами были введены стандартизированные критерии оценки рефератов.

Основные оценочные критерии рецензии на реферат ординатора первого года обучения специальности терапия:

Оценочный критерий Положительный/ отрицатеьный

1. Структурированность

2. Наличие орфографических ошибок

3. Соответствие текста реферата его теме

4. Владение терминологией

5. Полнота и глубина раскрытия основных понятий темы

6. Логичность доказательной базы

7. Умение аргументировать основные положения и выводы

8. Круг использования известных научных источников

9. Умение сделать общий вывод

Итоговая оценка: положительная/отрицательная

Комментарии рецензента:

Дата:

Подпись рецензента:

Подпись ординатора: