

Электронная цифровая подпись



Утверждено "26" октября 2023 г.
Протокол № 10

председатель Ученого Совета
Коленков А.А.
ученый секретарь Ученого Совета
Завалко А.Ф.

**МЕТОДИЧЕСКАЯ РАЗРАБОТКА К САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ РАБОТЕ ПО ДИСЦИПЛИНЕ
«ГОСПИТАЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ»**

**Специальность 31.05.01 Лечебное дело
(уровень специалитета)**

Направленность: Лечебное дело

Квалификация (степень) выпускника: Врач –лечебник

Форма обучения: очная

Срок обучения: 6 лет

Год поступления 2023

МЕТОДИЧЕСКАЯ РАЗРАБОТКА ДЛЯ ПРЕПОДАВАТЕЛЯ

1. Самостоятельная работа как важнейшая форма учебного процесса по дисциплине «ГОСПИТАЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ»

Самостоятельная работа - планируемая учебная, учебно-исследовательская, научно-исследовательская работа студентов, выполняемая во внеаудиторное (аудиторное) время по заданию и при методическом руководстве преподавателя, но без его непосредственного участия (при частичном непосредственном участии преподавателя, оставляющем ведущую роль за работой студентов).

Самостоятельная работа студентов в ВУЗе является важным видом учебной и научной деятельности студента. Самостоятельная работа студентов играет значительную роль в рейтинговой технологии обучения. В связи с этим, обучение в ВУЗе включает в себя две, практически одинаковые по объему и взаимовлиянию части – процесса обучения и процесса самообучения. Поэтому СРС должна стать эффективной и целенаправленной работой студента.

Концепцией модернизации российского образования определены основные задачи высшего образования - "подготовка квалифицированного работника соответствующего уровня и профиля, конкурентоспособного на рынке труда, компетентного, ответственного, свободно владеющего своей профессией и ориентированного в смежных областях деятельности, способного к эффективной работе по специальности на уровне мировых стандартов, готового к постоянному профессиональному росту, социальной и профессиональной мобильности".

Решение этих задач невозможно без повышения роли самостоятельной работы студентов над учебным материалом, усиления ответственности преподавателей за развитие навыков самостоятельной работы, за стимулирование профессионального роста студентов, воспитание творческой активности и инициативы.

К современному специалисту в области медицины общество предъявляет достаточно широкий перечень требований, среди которых немаловажное значение имеет наличие у выпускников определенных

Навыков (компетенций) и умения самостоятельно добывать знания из различных источников, систематизировать полученную информацию, давать оценку конкретной профессиональной ситуации. Формирование такого умения происходит в течение всего периода обучения через участие студентов в практических занятиях, выполнение контрольных заданий и тестов, написание курсовых и выпускных квалификационных работ. При этом самостоятельная работа студентов играет решающую роль в ходе всего учебного процесса.

2. Компетенции, вырабатываемые в ходе самостоятельной работы обучающихся по дисциплине «ГОСПИТАЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ»

Код компетенции	Содержание компетенции
ОПК-4	Способен применять медицинские изделия, предусмотренные порядком оказания медицинской помощи, а также проводить обследования пациента с целью установления диагноза
иОПК-4.1.	Демонстрирует применение медицинских технологий, медицинских изделий, при решении профессиональных задач
иОПК-4.2.	Демонстрирует умение применять диагностические инструментальные методы обследования с целью установления диагноза
ПК-1	Оказание медицинской помощи пациенту в неотложной или экстренной формах
иПК-1.2.	Распознавание состояний, возникающих при внезапных острых заболеваниях, обострении хронических заболеваний без явных признаков угрозы жизни пациента и требующих оказания медицинской помощи в неотложной форме
иПК-1.3.	Оказание медицинской помощи в неотложной форме пациентам при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний без явных признаков угрозы жизни пациента
ПК-2	Проведение обследования пациента с целью установления диагноза
иПК-2.1.	Сбор жалоб, анамнеза жизни и заболевания пациента
иПК-2.2.	Проведение полного физикального обследования пациента (осмотр, пальпация, перкуссия, аускультация)
иПК-2.3.	Формулирование предварительного диагноза и составление плана лабораторных и инструментальных обследований пациента
иПК-2.4.	Направление пациента на лабораторное обследование при наличии медицинских показаний

	в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи с учетом стандартов медицинской помощи
иПК-2.5.	Направление пациента на инструментальное обследование при наличии медицинских показаний в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи с учетом стандартов медицинской помощи
иПК-2.6.	Направление пациента на консультацию к врачам-специалистам при наличии медицинских показаний в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи с учетом стандартов медицинской помощи
иПК-2.7.	Направление пациента для оказания специализированной медицинской помощи в стационарных условиях или в условиях дневного стационара при наличии медицинских показаний в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи с учетом стандартов медицинской помощи
иПК-2.8.	Проведение дифференциальной диагностики с другими заболеваниями/состояниями, в том числе неотложными Установление диагноза с учетом действующей международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ)
ПК-3	Назначение лечения и контроль его эффективности и безопасности у конкретного больного, в том числе с сочетанной патологией
иПК-3.1.	Разработка плана лечения заболевания или состояния с учетом диагноза, возраста и клинической картины в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи с учетом стандартов медицинской помощи
иПК-3.2.	Назначение лекарственных препаратов, медицинских изделий и лечебного питания с учетом диагноза, возраста и клинической картины болезни и в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи с учетом стандартов медицинской помощи
иПК-3.3.	Назначение немедикаментозного лечения с учетом диагноза, возраста и клинической картины болезни в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи с учетом стандартов медицинской помощи
иПК-3.4.	Оценка эффективности и безопасности применения лекарственных препаратов, медицинских изделий, лечебного питания и иных методов лечения
иПК-3.6.	Организация персонализированного лечения пациента, в том числе беременных женщин, пациентов пожилого и старческого возраста, оценка эффективности и безопасности лечения

3. Цели и основные задачи СРС

Ведущая цель организации и осуществления СРС должна совпадать с целью обучения студента – подготовкой специалиста (или бакалавра) с высшим образованием. При организации СРС важным и необходимым условием становятся формирование умения самостоятельной работы для приобретения знаний, навыков и возможности организации учебной и научной деятельности.

Целью самостоятельной работы студентов является овладение фундаментальными знаниями, профессиональными умениями и навыками деятельности по профилю (компетенциями), опытом творческой, исследовательской деятельности. Самостоятельная работа студентов способствует развитию самостоятельности, ответственности и организованности, творческого подхода к решению проблем учебного и профессионального уровня.

Задачами СРС в плане формирования вышеуказанных компетенций являются:

- систематизация и закрепление полученных теоретических знаний и практических умений студентов;
- углубление и расширение теоретических знаний;
- формирование умений использовать нормативную, правовую, справочную документацию и специальную литературу;
- развитие познавательных способностей и активности студентов: творческой инициативы, самостоятельности, ответственности и организованности;
- формирование самостоятельности мышления, способностей к саморазвитию, самосовершенствованию и самореализации;
- развитие исследовательских умений;

- использование материала, собранного и полученного в ходе самостоятельных занятий на семинарах, на практических и лабораторных занятиях, при написании контрольных (и выпускной квалификационной работ), для эффективной подготовки к итоговым зачетам, экзаменам, государственной итоговой аттестации и первичной аккредитации специалиста

4. Виды самостоятельной работы

В образовательном процессе по дисциплине «ГОСПИТАЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ»

выделяется два (один) вид(а) самостоятельной работы – аудиторная, под руководством преподавателя, и внеаудиторная.

Внеаудиторная самостоятельная работа выполняется студентом по заданию преподавателя, но без его непосредственного участия.

Основными видами самостоятельной работы студентов без участия преподавателей являются:

4.1. Написание рефератов по темам:

Тема 1

1. основные причины диагностических ошибок
2. этапы проведения дифференциальной диагностики

Тема 2

1. выделение ведущего синдрома на основании жалоб, сведений из анамнеза жизни и заболевания

и данных полного физикального обследования пациента (осмотр, пальпация, перкуссия, аускультация)

2. формулирование предварительного диагноза и составление плана лабораторных и инструментальных обследований пациента

3. определение показаний для направления пациента на лабораторное обследование в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) с учетом стандартов медицинской помощи

4. определение диагностических инструментальных методов обследования с целью установления диагноза

определение показаний для направления пациента на инструментальное обследование в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) с учетом стандартов медицинской помощи

5. определение показаний для направления пациента на консультацию к врачам-специалистам в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) с учетом стандартов медицинской помощи

6. определение показаний для направления пациента для оказания специализированной медицинской помощи в стационарных условиях или в условиях дневного стационара в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) с учетом стандартов медицинской помощи

7. Проведение дифференциальной диагностики по ведущему синдрому,

8. Оценка состояния пациента и показаний для оказания медицинской помощи в неотложной форме

9. Оказание медицинской помощи в неотложной форме

10. Разработка плана лечения в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) с учетом стандартов медицинской помощи

11. Назначение лекарственных препаратов, медицинских изделий и лечебного питания в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) с учетом стандартов медицинской помощи

12. Назначение немедикаментозного лечения в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) с учетом стандартов медицинской помощи

13. Оценка эффективности и безопасности применения лекарственных препаратов, медицинских изделий, лечебного питания

14. Назначение персонализированное лечение в пожилом и старческом возрасте

Тема 3

1. выделение ведущего синдрома на основании жалоб, сведений из анамнеза жизни и заболевания и данных полного физикального обследования пациента (осмотр, пальпация, перкуссия, аускультация)

2. формулирование предварительного диагноза и составление плана лабораторных и инструментальных обследований пациента
- 3 определение показаний для направления пациента на лабораторное обследование в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) с учетом стандартов медицинской помощи
- 4.определение диагностических инструментальных методов обследования с целью установления диагноза
определение показаний для направления пациента на инструментальное обследование в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) с учетом стандартов медицинской помощи
5. определение показаний для направления пациента на консультацию к врачам-специалистам в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) с учетом стандартов медицинской помощи
6. определение показаний для направления пациента для оказания специализированной медицинской помощи в стационарных условиях или в условиях дневного стационара в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) с учетом стандартов медицинской помощи
7. Проведение дифференциальной диагностики по ведущему синдрому,
формулировка диагноза с учетом действующей международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ)
8. Оценка состояния пациента и показаний для оказания медицинской помощи в неотложной форме
9. Оказание медицинской помощи в неотложной форме
10. Разработка плана лечения в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) с учетом стандартов медицинской помощи
11. Назначение лекарственных препаратов, медицинских изделий и лечебного питания в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) с учетом стандартов медицинской помощи
12. Назначение немедикаментозного лечения в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения с учетом стандартов медицинской помощи
13. Оценка эффективности и безопасности применения лекарственных препаратов, медицинских изделий, лечебного питания
14. Назначение персонализированное лечение в пожилом и старческом возрасте

Тема 4

1. выделение ведущего синдрома на основании жалоб , сведений из анамнеза жизни и заболевания и данных полного физикального обследования пациента (осмотр, пальпация, перкуссия, аускультация)
2. формулирование предварительного диагноза и составление плана лабораторных и инструментальных обследований пациента
- 3 определение показаний для направления пациента на лабораторное обследование в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) с учетом стандартов медицинской помощи
- 4.определение диагностических инструментальных методов обследования с целью установления диагноза, определение показаний для направления пациента на инструментальное обследование в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) с учетом стандартов медицинской помощи
5. определение показаний для направления пациента на консультацию к врачам-специалистам в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) с учетом стандартов медицинской помощи
6. определение показаний для направления пациента для оказания специализированной медицинской помощи в стационарных условиях или в условиях дневного стационара в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) с учетом стандартов медицинской помощи
7. Проведение дифференциальной диагностики по ведущему синдрому,

формулировка диагноза с учетом действующей международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ)

8. Оценка состояния пациента и показаний для оказания медицинской помощи в неотложной форме

9. Оказание медицинской помощи в неотложной форме

10. Разработка плана лечения в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) с учетом стандартов медицинской помощи

11. Назначение лекарственных препаратов, медицинских изделий и лечебного питания в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) с учетом стандартов медицинской помощи

12. Назначение немедикаментозного лечения в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) с учетом стандартов медицинской помощи

13. Оценка эффективности и безопасности применения лекарственных препаратов, медицинских изделий, лечебного питания

14. Назначение персонализированное лечение в пожилом и старческом возрасте

Тема 5

1. выделение ведущего синдрома на основании жалоб, сведений из анамнеза жизни и заболевания и данных полного физикального обследования пациента (осмотр, пальпация, перкуссия, аускультация)

2. формулирование предварительного диагноза и составление плана лабораторных и инструментальных обследований пациента

3. определение показаний для направления пациента на лабораторное обследование в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) с учетом стандартов медицинской помощи

4. определение диагностических инструментальных методов обследования с целью установления диагноза

определение показаний для направления пациента на инструментальное обследование в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) с учетом стандартов медицинской помощи

5. определение показаний для направления пациента на консультацию к врачам-специалистам в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) с учетом стандартов медицинской помощи

6. определение показаний для направления пациента для оказания специализированной медицинской помощи в стационарных условиях или в условиях дневного стационара в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) с учетом стандартов медицинской помощи

7. Проведение дифференциальной диагностики по ведущему синдрому, формулировка диагноза с учетом действующей международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ)

8. Разработка плана лечения в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) с учетом стандартов медицинской помощи

9. Назначение лекарственных препаратов, медицинских изделий и лечебного питания в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) с учетом стандартов медицинской помощи

10. Назначение немедикаментозного лечения в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) с учетом стандартов медицинской помощи

11. Оценка эффективности и безопасности применения лекарственных препаратов, медицинских изделий, лечебного питания

Тема 6

1. выделение ведущего синдрома на основании жалоб, сведений из анамнеза жизни и заболевания и данных полного физикального обследования пациента (осмотр, пальпация, перкуссия, аускультация)

2. формулирование предварительного диагноза и составление плана лабораторных и

инструментальных обследований пациента

3 определение показаний для направления пациента на лабораторное обследование в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) с учетом стандартов медицинской помощи

4.определение диагностических инструментальных методов обследования с целью установления диагноза

определение показаний для направления пациента на инструментальное обследование в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) с учетом стандартов медицинской помощи

5. определение показаний для направления пациента на консультацию к врачам-специалистам в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) с учетом стандартов медицинской помощи

6. определение показаний для направления пациента для оказания специализированной медицинской помощи в стационарных условиях или в условиях дневного стационара в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) с учетом стандартов медицинской помощи

7. Проведение дифференциальной диагностики по ведущему синдрому,

8.формулировка диагноза с учетом действующей международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ)

9. Оценка состояния пациента и показаний для оказания медицинской помощи в неотложной форме

10. Оказание медицинской помощи в неотложной форме

11. Разработка плана лечения в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) с учетом стандартов медицинской помощи

12. Назначение лекарственных препаратов, медицинских изделий и лечебного питания в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) с учетом стандартов медицинской помощи

13. Назначение немедикаментозного лечения в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) с учетом стандартов медицинской помощи

14. Оценка эффективности и безопасности применения лекарственных препаратов, медицинских изделий, лечебного питания

15. Назначение персонализированное лечение в пожилом и старческом возрасте

Тема 7

1. выделение ведущего синдрома на основании жалоб , сведений из анамнеза жизни и заболевания и данных полного физикального обследования пациента (осмотр, пальпация, перкуссия, аускультация)

2. формулирование предварительного диагноза и составление плана лабораторных и инструментальных обследований пациента

3 определение показаний для направления пациента на лабораторное обследование в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) с учетом стандартов медицинской помощи

4.определение диагностических инструментальных методов обследования с целью установления диагноза

определение показаний для направления пациента на инструментальное обследование в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) с учетом стандартов медицинской помощи

5. определение показаний для направления пациента на консультацию к врачам-специалистам в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) с учетом стандартов медицинской помощи

6. определение показаний для направления пациента для оказания специализированной медицинской помощи в стационарных условиях или в условиях дневного стационара в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) с учетом стандартов медицинской помощи

7. Проведение дифференциальной диагностики по ведущему синдрому,

8. формулировка диагноза с учетом действующей международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ)
9. Разработка плана лечения в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) с учетом стандартов медицинской помощи
10. Назначение лекарственных препаратов, медицинских изделий и лечебного питания в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) с учетом стандартов медицинской помощи
11. Назначение немедикаментозного лечения в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) с учетом стандартов медицинской помощи
12. Оценка эффективности и безопасности применения лекарственных препаратов, медицинских изделий, лечебного питания

Тема 8

1. выделение ведущего синдрома на основании жалоб, сведений из анамнеза жизни и заболевания и данных полного физикального обследования пациента (осмотр, пальпация, перкуссия, аускультация)
2. формулирование предварительного диагноза и составление плана лабораторных и инструментальных обследований пациента
3. определение показаний для направления пациента на лабораторное обследование в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) с учетом стандартов медицинской помощи
4. определение диагностических инструментальных методов обследования с целью установления диагноза
- определение показаний для направления пациента на инструментальное обследование в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) с учетом стандартов медицинской помощи
5. определение показаний для направления пациента на консультацию к врачам-специалистам в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) с учетом стандартов медицинской помощи
6. определение показаний для направления пациента для оказания специализированной медицинской помощи в стационарных условиях или в условиях дневного стационара в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) с учетом стандартов медицинской помощи
7. Проведение дифференциальной диагностики по ведущему синдрому,
8. формулировка диагноза с учетом действующей международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ)
9. Разработка плана лечения в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) с учетом стандартов медицинской помощи
10. Назначение лекарственных препаратов, медицинских изделий и лечебного питания в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) с учетом стандартов медицинской помощи
11. Назначение немедикаментозного лечения в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) с учетом стандартов медицинской помощи
12. Оценка эффективности и безопасности применения лекарственных препаратов, медицинских изделий, лечебного питания
13. Назначение персонализированное лечение в пожилом и старческом возрасте

Тема 9

1. выделение ведущего синдрома на основании жалоб, сведений из анамнеза жизни и заболевания и данных полного физикального обследования пациента (осмотр, пальпация, перкуссия, аускультация)
2. формулирование предварительного диагноза и составление плана лабораторных и инструментальных обследований пациента
3. определение показаний для направления пациента на лабораторное обследование в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими

- рекомендациями (протоколами лечения) с учетом стандартов медицинской помощи
- 4.определение диагностических инструментальных методов обследования с целью установления диагноза
 - определение показаний для направления пациента на инструментальное обследование в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) с учетом стандартов медицинской помощи
 5. определение показаний для направления пациента на консультацию к врачам-специалистам в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) с учетом стандартов медицинской помощи
 6. определение показаний для направления пациента для оказания специализированной медицинской помощи в стационарных условиях или в условиях дневного стационара в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) с учетом стандартов медицинской помощи
 7. Проведение дифференциальной диагностики по ведущему синдрому,
 - 8.формулировка диагноза с учетом действующей международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ)
 9. Разработка плана лечения в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) с учетом стандартов медицинской помощи
 10. Назначение лекарственных препаратов, медицинских изделий и лечебного питания в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) с учетом стандартов медицинской помощи
 11. Назначение немедикаментозного лечения в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) с учетом стандартов медицинской помощи
 12. Оценка эффективности и безопасности применения лекарственных препаратов, медицинских изделий, лечебного питания
 13. Назначение персонализированное лечение в пожилом и старческом возрасте

Тема 10

1. выделение ведущего синдрома на основании жалоб , сведений из анамнеза жизни и заболевания и данных полного физикального обследования пациента (осмотр, пальпация, перкуссия, аускультация)
2. формулирование предварительного диагноза и составление плана лабораторных и инструментальных обследований пациента
- 3 определение показаний для направления пациента на лабораторное обследование в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) с учетом стандартов медицинской помощи
- 4.определение диагностических инструментальных методов обследования с целью установления диагноза
- определение показаний для направления пациента на инструментальное обследование в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) с учетом стандартов медицинской помощи
5. определение показаний для направления пациента на консультацию к врачам-специалистам в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) с учетом стандартов медицинской помощи
6. определение показаний для направления пациента для оказания специализированной медицинской помощи в стационарных условиях или в условиях дневного стационара в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) с учетом стандартов медицинской помощи
7. Проведение дифференциальной диагностики по ведущему синдрому,
- 8.формулировка диагноза с учетом действующей международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ)
9. Разработка плана лечения в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) с учетом стандартов медицинской помощи
10. Назначение лекарственных препаратов, медицинских изделий и лечебного питания в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими

рекомендациями (протоколами лечения) с учетом стандартов медицинской помощи

11. Назначение немедикаментозного лечения в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения с учетом стандартов медицинской помощи)

12. Оценка эффективности и безопасности применения лекарственных препаратов, медицинских изделий, лечебного питания

Тема 11

1. выделение ведущего синдрома на основании жалоб, сведений из анамнеза жизни и заболевания и данных полного физикального обследования пациента (осмотр, пальпация, перкуссия, аускультация)

2. формулирование предварительного диагноза и составление плана лабораторных и инструментальных обследований пациента

3 определение показаний для направления пациента на лабораторное обследование в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) с учетом стандартов медицинской помощи

4.определение диагностических инструментальных методов обследования с целью установления диагноза

определение показаний для направления пациента на инструментальное обследование в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) с учетом стандартов медицинской помощи

5. определение показаний для направления пациента на консультацию к врачам-специалистам в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) с учетом стандартов медицинской помощи

6. определение показаний для направления пациента для оказания специализированной медицинской помощи в стационарных условиях или в условиях дневного стационара в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) с учетом стандартов медицинской помощи

7. Проведение дифференциальной диагностики по ведущему синдрому,

8.формулировка диагноза с учетом действующей международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ)

9. Разработка плана лечения в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) с учетом стандартов медицинской помощи

10. Назначение лекарственных препаратов, медицинских изделий и лечебного питания в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) с учетом стандартов медицинской помощи

11. Назначение немедикаментозного лечения в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения с учетом стандартов медицинской помощи)

12. Оценка эффективности и безопасности применения лекарственных препаратов, медицинских изделий, лечебного питания

Тема 14

1. выделение ведущего синдрома на основании жалоб, сведений из анамнеза жизни и заболевания и данных полного физикального обследования пациента (осмотр, пальпация, перкуссия, аускультация)

2. формулирование предварительного диагноза и составление плана лабораторных и инструментальных обследований пациента

3 определение показаний для направления пациента на лабораторное обследование в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) с учетом стандартов медицинской помощи

4.определение диагностических инструментальных методов обследования с целью установления диагноза

определение показаний для направления пациента на инструментальное обследование в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) с учетом стандартов медицинской помощи

5. определение показаний для направления пациента на консультацию к врачам-специалистам в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими

- рекомендациями (протоколами лечения) с учетом стандартов медицинской помощи
6. определение показаний для направления пациента для оказания специализированной медицинской помощи в стационарных условиях или в условиях дневного стационара в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) с учетом стандартов медицинской помощи
 7. Проведение дифференциальной диагностики по ведущему синдрому,
 8. формулировка диагноза с учетом действующей международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ)
 9. Разработка плана лечения в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) с учетом стандартов медицинской помощи
 10. Назначение лекарственных препаратов, медицинских изделий и лечебного питания в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) с учетом стандартов медицинской помощи
 11. Назначение немедикаментозного лечения в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) с учетом стандартов медицинской помощи
 12. Оценка эффективности и безопасности применения лекарственных препаратов, медицинских изделий, лечебного питания

Тема 15

1. выделение ведущего синдрома на основании жалоб, сведений из анамнеза жизни и заболевания и данных полного физикального обследования пациента (осмотр, пальпация, перкуссия, аускультация)
2. формулирование предварительного диагноза и составление плана лабораторных и инструментальных обследований пациента
3. определение показаний для направления пациента на лабораторное обследование в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) с учетом стандартов медицинской помощи
4. определение диагностических инструментальных методов обследования с целью установления диагноза
- определение показаний для направления пациента на инструментальное обследование в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) с учетом стандартов медицинской помощи
5. определение показаний для направления пациента на консультацию к врачам-специалистам в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) с учетом стандартов медицинской помощи
6. определение показаний для направления пациента для оказания специализированной медицинской помощи в стационарных условиях или в условиях дневного стационара в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) с учетом стандартов медицинской помощи
7. Проведение дифференциальной диагностики по ведущему синдрому,
8. формулировка диагноза с учетом действующей международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ)
9. Разработка плана лечения в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) с учетом стандартов медицинской помощи
10. Назначение лекарственных препаратов, медицинских изделий и лечебного питания в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) с учетом стандартов медицинской помощи
11. Назначение немедикаментозного лечения в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) с учетом стандартов медицинской помощи
12. Оценка эффективности и безопасности применения лекарственных препаратов, медицинских изделий, лечебного питания

Тема 17

1. выделение ведущего синдрома на основании жалоб, сведений из анамнеза жизни и заболевания и данных полного физикального обследования пациента (осмотр, пальпация,

перкуссия, аускультация)

2. формулирование предварительного диагноза и составление плана лабораторных и инструментальных обследований пациента

3 определение показаний для направления пациента на лабораторное обследование в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) с учетом стандартов медицинской помощи

4.определение диагностических инструментальных методов обследования с целью установления диагноза

определение показаний для направления пациента на инструментальное обследование в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) с учетом стандартов медицинской помощи

5. определение показаний для направления пациента на консультацию к врачам-специалистам в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) с учетом стандартов медицинской помощи

6. определение показаний для направления пациента для оказания специализированной медицинской помощи в стационарных условиях или в условиях дневного стационара в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) с учетом стандартов медицинской помощи

7. Проведение дифференциальной диагностики по ведущему синдрому,

8.формулировка диагноза с учетом действующей международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ)

9. Разработка плана лечения в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) с учетом стандартов медицинской помощи

10. Назначение лекарственных препаратов, медицинских изделий и лечебного питания в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) с учетом стандартов медицинской помощи

11. Назначение немедикаментозного лечения в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) с учетом стандартов медицинской помощи

12. Оценка эффективности и безопасности применения лекарственных препаратов, медицинских изделий, лечебного питания

Тема 18

1. выделение ведущего синдрома на основании жалоб , сведений из анамнеза жизни и заболевания

и данных полного физикального обследования пациента (осмотр, пальпация, перкуссия, аускультация)

2. формулирование предварительного диагноза и составление плана лабораторных и инструментальных обследований пациента

3 определение показаний для направления пациента на лабораторное обследование в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) с учетом стандартов медицинской помощи

4.определение диагностических инструментальных методов обследования с целью установления диагноза

определение показаний для направления пациента на инструментальное обследование в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) с учетом стандартов медицинской помощи

5. определение показаний для направления пациента на консультацию к врачам-специалистам в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) с учетом стандартов медицинской помощи

6. определение показаний для направления пациента для оказания специализированной медицинской помощи в стационарных условиях или в условиях дневного стационара в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) с учетом стандартов медицинской помощи

7. Проведение дифференциальной диагностики по ведущему синдрому,

8.формулировка диагноза с учетом действующей международной статистической классификации

болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ)

9. Разработка плана лечения в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) с учетом стандартов медицинской помощи

10. Назначение лекарственных препаратов, медицинских изделий и лечебного питания в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) с учетом стандартов медицинской помощи

11. Назначение немедикаментозного лечения в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) с учетом стандартов медицинской помощи

12. Оценка эффективности и безопасности применения лекарственных препаратов, медицинских изделий, лечебного питания

Тема 19

1. выделение ведущего синдрома на основании жалоб, сведений из анамнеза жизни и заболевания и данных полного физикального обследования пациента (осмотр, пальпация, перкуссия, аускультация)

2. формулирование предварительного диагноза и составление плана лабораторных и инструментальных обследований пациента

3. определение показаний для направления пациента на лабораторное обследование в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) с учетом стандартов медицинской помощи

4. определение диагностических инструментальных методов обследования с целью установления диагноза

определение показаний для направления пациента на инструментальное обследование в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) с учетом стандартов медицинской помощи

5. определение показаний для направления пациента на консультацию к врачам-специалистам в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) с учетом стандартов медицинской помощи

6. определение показаний для направления пациента для оказания специализированной медицинской помощи в стационарных условиях или в условиях дневного стационара в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) с учетом стандартов медицинской помощи

7. Проведение дифференциальной диагностики по ведущему синдрому,

8. формулировка диагноза с учетом действующей международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ)

9. Разработка плана лечения в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) с учетом стандартов медицинской помощи

10. Назначение лекарственных препаратов, медицинских изделий и лечебного питания в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) с учетом стандартов медицинской помощи

11. Назначение немедикаментозного лечения в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) с учетом стандартов медицинской помощи

12. Оценка эффективности и безопасности применения лекарственных препаратов, медицинских изделий, лечебного питания

Тема 20

1. выделение ведущего синдрома на основании жалоб, сведений из анамнеза жизни и заболевания и данных полного физикального обследования пациента (осмотр, пальпация, перкуссия, аускультация)

2. формулирование предварительного диагноза и составление плана лабораторных и инструментальных обследований пациента

3. определение показаний для направления пациента на лабораторное обследование в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) с учетом стандартов медицинской помощи

4. определение диагностических инструментальных методов обследования с целью установления

диагноза

определение показаний для направления пациента на инструментальное обследование в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) с учетом стандартов медицинской помощи

5. определение показаний для направления пациента на консультацию к врачам-специалистам в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) с учетом стандартов медицинской помощи

6. определение показаний для направления пациента для оказания специализированной медицинской помощи в стационарных условиях или в условиях дневного стационара в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) с учетом стандартов медицинской помощи

7. Проведение дифференциальной диагностики по ведущему синдрому,

8. формулировка диагноза с учетом действующей международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ)

9. Разработка плана лечения в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) с учетом стандартов медицинской помощи

10. Назначение лекарственных препаратов, медицинских изделий и лечебного питания в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) с учетом стандартов медицинской помощи

11. Назначение немедикаментозного лечения в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) с учетом стандартов медицинской помощи

12. Оценка эффективности и безопасности применения лекарственных препаратов, медицинских изделий, лечебного питания

Тема 21

1. выделение ведущего синдрома на основании жалоб, сведений из анамнеза жизни и заболевания и данных полного физикального обследования пациента (осмотр, пальпация, перкуссия, аускультация)

2. формулирование предварительного диагноза и составление плана лабораторных и инструментальных обследований пациента

3. определение показаний для направления пациента на лабораторное обследование в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) с учетом стандартов медицинской помощи

4. определение диагностических инструментальных методов обследования с целью установления диагноза

определение показаний для направления пациента на инструментальное обследование в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) с учетом стандартов медицинской помощи

5. определение показаний для направления пациента на консультацию к врачам-специалистам в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) с учетом стандартов медицинской помощи

6. определение показаний для направления пациента для оказания специализированной медицинской помощи в стационарных условиях или в условиях дневного стационара в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) с учетом стандартов медицинской помощи

7. Проведение дифференциальной диагностики по ведущему синдрому,

8. формулировка диагноза с учетом действующей международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ)

9. Разработка плана лечения в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) с учетом стандартов медицинской помощи

10. Назначение лекарственных препаратов, медицинских изделий и лечебного питания в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) с учетом стандартов медицинской помощи

11. Назначение немедикаментозного лечения в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) с учетом стандартов

медицинской помощи

12. Оценка эффективности и безопасности применения лекарственных препаратов, медицинских изделий, лечебного питания

Тема 22

1. выделение ведущего синдрома на основании жалоб , сведений из анамнеза жизни и заболевания и данных полного физикального обследования пациента (осмотр, пальпация, перкуссия, аускультация)

2. формулирование предварительного диагноза и составление плана лабораторных и инструментальных обследований пациента

3 определение показаний для направления пациента на лабораторное обследование в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) с учетом стандартов медицинской помощи

4.определение диагностических инструментальных методов обследования с целью установления диагноза

определение показаний для направления пациента на инструментальное обследование в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) с учетом стандартов медицинской помощи

5. определение показаний для направления пациента на консультацию к врачам-специалистам в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) с учетом стандартов медицинской помощи

6. определение показаний для направления пациента для оказания специализированной медицинской помощи в стационарных условиях или в условиях дневного стационара в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) с учетом стандартов медицинской помощи

7. Проведение дифференциальной диагностики по ведущему синдрому,

8.формулировка диагноза с учетом действующей международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ)

9. Разработка плана лечения в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) с учетом стандартов медицинской помощи

10. Назначение лекарственных препаратов, медицинских изделий и лечебного питания в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) с учетом стандартов медицинской помощи

11. Назначение немедикаментозного лечения в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) с учетом стандартов медицинской помощи

12. Оценка эффективности и безопасности применения лекарственных препаратов, медицинских изделий, лечебного питания

Тема 23

1. выделение ведущего синдрома на основании жалоб , сведений из анамнеза жизни и заболевания и данных полного физикального обследования пациента (осмотр, пальпация, перкуссия, аускультация)

2. формулирование предварительного диагноза и составление плана лабораторных и инструментальных обследований пациента

3 определение показаний для направления пациента на лабораторное обследование в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) с учетом стандартов медицинской помощи

4.определение диагностических инструментальных методов обследования с целью установления диагноза

определение показаний для направления пациента на инструментальное обследование в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) с учетом стандартов медицинской помощи

5. определение показаний для направления пациента на консультацию к врачам-специалистам в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) с учетом стандартов медицинской помощи

6. определение показаний для направления пациента для оказания специализированной медицинской помощи в стационарных условиях или в условиях дневного стационара в

соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) с учетом стандартов медицинской помощи

7. Проведение дифференциальной диагностики по ведущему синдрому,

8. формулировка диагноза с учетом действующей международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ)

9. Разработка плана лечения в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) с учетом стандартов медицинской помощи

10. Назначение лекарственных препаратов, медицинских изделий и лечебного питания в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) с учетом стандартов медицинской помощи

11. Назначение немедикаментозного лечения в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) с учетом стандартов медицинской помощи

12. Оценка эффективности и безопасности применения лекарственных препаратов, медицинских изделий, лечебного питания

Тема 24

1. выделение ведущего синдрома на основании жалоб, сведений из анамнеза жизни и заболевания и данных полного физикального обследования пациента (осмотр, пальпация, перкуссия, аускультация)

2. формулирование предварительного диагноза и составление плана лабораторных и инструментальных обследований пациента

3. определение показаний для направления пациента на лабораторное обследование в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) с учетом стандартов медицинской помощи

4. определение диагностических инструментальных методов обследования с целью установления диагноза

определение показаний для направления пациента на инструментальное обследование в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) с учетом стандартов медицинской помощи

5. определение показаний для направления пациента на консультацию к врачам-специалистам в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) с учетом стандартов медицинской помощи

6. определение показаний для направления пациента для оказания специализированной медицинской помощи в стационарных условиях или в условиях дневного стационара в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) с учетом стандартов медицинской помощи

7. Проведение дифференциальной диагностики по ведущему синдрому,

8. формулировка диагноза с учетом действующей международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ)

9. Разработка плана лечения в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) с учетом стандартов медицинской помощи

10. Назначение лекарственных препаратов, медицинских изделий и лечебного питания в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) с учетом стандартов медицинской помощи

11. Назначение немедикаментозного лечения в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) с учетом стандартов медицинской помощи

12. Оценка эффективности и безопасности применения лекарственных препаратов, медицинских изделий, лечебного питания

Тема 25

1. выделение ведущего синдрома на основании жалоб, сведений из анамнеза жизни и заболевания и данных полного физикального обследования пациента (осмотр, пальпация, перкуссия, аускультация)

2. формулирование предварительного диагноза и составление плана лабораторных и инструментальных обследований пациента

3 определение показаний для направления пациента на лабораторное обследование в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) с учетом стандартов медицинской помощи

4.определение диагностических инструментальных методов обследования с целью установления диагноза

определение показаний для направления пациента на инструментальное обследование в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) с учетом стандартов медицинской помощи

5. определение показаний для направления пациента на консультацию к врачам-специалистам в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) с учетом стандартов медицинской помощи

6. определение показаний для направления пациента для оказания специализированной медицинской помощи в стационарных условиях или в условиях дневного стационара в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) с учетом стандартов медицинской помощи

7. Проведение дифференциальной диагностики по ведущему синдрому,

8.формулировка диагноза с учетом действующей международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ)

9. Оценка состояния пациента и показаний для оказания медицинской помощи в неотложной форме

10. Оказание медицинской помощи в неотложной форме

11. Разработка плана лечения в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) с учетом стандартов медицинской помощи

12. Назначение лекарственных препаратов, медицинских изделий и лечебного питания в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) с учетом стандартов медицинской помощи

13. Назначение немедикаментозного лечения в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) с учетом стандартов медицинской помощи

14. Оценка эффективности и безопасности применения лекарственных препаратов, медицинских изделий, лечебного питания

Тема 27

1. выделение ведущего синдрома на основании жалоб, сведений из анамнеза жизни и заболевания и данных полного физикального обследования пациента (осмотр, пальпация, перкуссия, аускультация)

2. формулирование предварительного диагноза и составление плана лабораторных и инструментальных обследований пациента

3 определение показаний для направления пациента на лабораторное обследование в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) с учетом стандартов медицинской помощи

4.определение диагностических инструментальных методов обследования с целью установления диагноза

определение показаний для направления пациента на инструментальное обследование в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) с учетом стандартов медицинской помощи

5. определение показаний для направления пациента на консультацию к врачам-специалистам в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) с учетом стандартов медицинской помощи

6. определение показаний для направления пациента для оказания специализированной медицинской помощи в стационарных условиях или в условиях дневного стационара в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) с учетом стандартов медицинской помощи

7. Проведение дифференциальной диагностики по ведущему синдрому,

8.формулировка диагноза с учетом действующей международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ)

9. Разработка плана лечения в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи

помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) с учетом стандартов медицинской помощи

10. Назначение лекарственных препаратов, медицинских изделий и лечебного питания в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) с учетом стандартов медицинской помощи

11. Назначение немедикаментозного лечения в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) с учетом стандартов медицинской помощи

12. Оценка эффективности и безопасности применения лекарственных препаратов, медицинских изделий, лечебного питания

13. Назначение персонализированное лечение в пожилом и старческом возрасте

Тема 28

1. выделение ведущего синдрома на основании жалоб , сведений из анамнеза жизни и заболевания и данных полного физикального обследования пациента (осмотр, пальпация, перкуссия, аускультация)

2. формулирование предварительного диагноза и составление плана лабораторных и инструментальных обследований пациента

3 определение показаний для направления пациента на лабораторное обследование в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) с учетом стандартов медицинской помощи

4.определение диагностических инструментальных методов обследования с целью установления диагноза

определение показаний для направления пациента на инструментальное обследование в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) с учетом стандартов медицинской помощи

5. определение показаний для направления пациента на консультацию к врачам-специалистам в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) с учетом стандартов медицинской помощи

6. определение показаний для направления пациента для оказания специализированной медицинской помощи в стационарных условиях или в условиях дневного стационара в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) с учетом стандартов медицинской помощи

7. Проведение дифференциальной диагностики по ведущему синдрому,

8.формулировка диагноза с учетом действующей международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ)

9. Разработка плана лечения в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) с учетом стандартов медицинской помощи

10. Назначение лекарственных препаратов, медицинских изделий и лечебного питания в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) с учетом стандартов медицинской помощи

11. Назначение немедикаментозного лечения в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) с учетом стандартов медицинской помощи

12. Оценка эффективности и безопасности применения лекарственных препаратов, медицинских изделий, лечебного питания

Тема 29

1. выделение ведущего синдрома на основании жалоб , сведений из анамнеза жизни и заболевания и данных полного физикального обследования пациента (осмотр, пальпация, перкуссия, аускультация)

2. формулирование предварительного диагноза и составление плана лабораторных и инструментальных обследований пациента

3 определение показаний для направления пациента на лабораторное обследование в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) с учетом стандартов медицинской помощи

4.определение диагностических инструментальных методов обследования с целью установления диагноза

- определение показаний для направления пациента на инструментальное обследование в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) с учетом стандартов медицинской помощи
5. определение показаний для направления пациента на консультацию к врачам-специалистам в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) с учетом стандартов медицинской помощи
 6. определение показаний для направления пациента для оказания специализированной медицинской помощи в стационарных условиях или в условиях дневного стационара в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) с учетом стандартов медицинской помощи
 7. Проведение дифференциальной диагностики по ведущему синдрому,
 8. формулировка диагноза с учетом действующей международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ)
 9. Разработка плана лечения в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) с учетом стандартов медицинской помощи
 10. Назначение лекарственных препаратов, медицинских изделий и лечебного питания в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) с учетом стандартов медицинской помощи
 11. Назначение немедикаментозного лечения в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) с учетом стандартов медицинской помощи
 12. Оценка эффективности и безопасности применения лекарственных препаратов, медицинских изделий, лечебного питания

Тема 30

1. выделение ведущего синдрома на основании жалоб, сведений из анамнеза жизни и заболевания и данных полного физикального обследования пациента (осмотр, пальпация, перкуссия, аускультация)
2. формулирование предварительного диагноза и составление плана лабораторных и инструментальных обследований пациента
3. определение показаний для направления пациента на лабораторное обследование в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) с учетом стандартов медицинской помощи
4. определение диагностических инструментальных методов обследования с целью установления диагноза
- определение показаний для направления пациента на инструментальное обследование в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) с учетом стандартов медицинской помощи
5. определение показаний для направления пациента на консультацию к врачам-специалистам в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) с учетом стандартов медицинской помощи
6. определение показаний для направления пациента для оказания специализированной медицинской помощи в стационарных условиях или в условиях дневного стационара в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) с учетом стандартов медицинской помощи
7. Проведение дифференциальной диагностики по ведущему синдрому,
8. формулировка диагноза с учетом действующей международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ)
9. Разработка плана лечения в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) с учетом стандартов медицинской помощи
10. Назначение лекарственных препаратов, медицинских изделий и лечебного питания в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) с учетом стандартов медицинской помощи
11. Назначение немедикаментозного лечения в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) с учетом стандартов медицинской помощи

12. Оценка эффективности и безопасности применения лекарственных препаратов, медицинских изделий, лечебного питания

13. Назначение персонализированное лечение в пожилом и старческом возрасте

Тема 31

1. выделение ведущего синдрома на основании жалоб , сведений из анамнеза жизни и заболевания и данных полного физикального обследования пациента (осмотр, пальпация, перкуссия, аускультация)

2. формулирование предварительного диагноза и составление плана лабораторных и инструментальных обследований пациента

3 определение показаний для направления пациента на лабораторное обследование в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) с учетом стандартов медицинской помощи

4.определение диагностических инструментальных методов обследования с целью установления диагноза

определение показаний для направления пациента на инструментальное обследование в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) с учетом стандартов медицинской помощи

5. определение показаний для направления пациента на консультацию к врачам-специалистам в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) с учетом стандартов медицинской помощи

6. определение показаний для направления пациента для оказания специализированной медицинской помощи в стационарных условиях или в условиях дневного стационара в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) с учетом стандартов медицинской помощи

7. Проведение дифференциальной диагностики по ведущему синдрому,

8. формулировка диагноза с учетом действующей международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ)

9. Разработка плана лечения в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) с учетом стандартов медицинской помощи

10. Назначение лекарственных препаратов, медицинских изделий и лечебного питания в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) с учетом стандартов медицинской помощи

11. Назначение немедикаментозного лечения в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) с учетом стандартов медицинской помощи

12. Оценка эффективности и безопасности применения лекарственных препаратов, медицинских изделий, лечебного питания

13. Назначение персонализированное лечение в пожилом и старческом возрасте

Тема 32

1. выделение ведущего синдрома на основании жалоб , сведений из анамнеза жизни и заболевания и данных полного физикального обследования пациента (осмотр, пальпация, перкуссия, аускультация)

2. формулирование предварительного диагноза и составление плана лабораторных и инструментальных обследований пациента

3 определение показаний для направления пациента на лабораторное обследование в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) с учетом стандартов медицинской помощи

4.определение диагностических инструментальных методов обследования с целью установления диагноза

определение показаний для направления пациента на инструментальное обследование в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) с учетом стандартов медицинской помощи

5. определение показаний для направления пациента на консультацию к врачам-специалистам в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) с учетом стандартов медицинской помощи

6. определение показаний для направления пациента для оказания специализированной

медицинской помощи в стационарных условиях или в условиях дневного стационара в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) с учетом стандартов медицинской помощи

7. Проведение дифференциальной диагностики по ведущему синдрому,

8. формулировка диагноза с учетом действующей международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ)

9. Разработка плана лечения в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) с учетом стандартов медицинской помощи

10. Назначение лекарственных препаратов, медицинских изделий и лечебного питания в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) с учетом стандартов медицинской помощи

11. Назначение немедикаментозного лечения в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) с учетом стандартов медицинской помощи

12. Оценка эффективности и безопасности применения лекарственных препаратов, медицинских изделий, лечебного питания

Тема 33

1. выделение ведущего синдрома на основании жалоб, сведений из анамнеза жизни и заболевания и данных полного физикального обследования пациента (осмотр, пальпация, перкуссия, аускультация)

2. формулирование предварительного диагноза и составление плана лабораторных и инструментальных обследований пациента

3. определение показаний для направления пациента на лабораторное обследование в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) с учетом стандартов медицинской помощи

4. определение диагностических инструментальных методов обследования с целью установления диагноза

определение показаний для направления пациента на инструментальное обследование в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) с учетом стандартов медицинской помощи

5. определение показаний для направления пациента на консультацию к врачам-специалистам в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) с учетом стандартов медицинской помощи

6. определение показаний для направления пациента для оказания специализированной медицинской помощи в стационарных условиях или в условиях дневного стационара в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) с учетом стандартов медицинской помощи

7. Проведение дифференциальной диагностики по ведущему синдрому,

8. формулировка диагноза с учетом действующей международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ)

9. Разработка плана лечения в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) с учетом стандартов медицинской помощи

10. Назначение лекарственных препаратов, медицинских изделий и лечебного питания в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) с учетом стандартов медицинской помощи

11. Назначение немедикаментозного лечения в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) с учетом стандартов медицинской помощи

12. Оценка эффективности и безопасности применения лекарственных препаратов, медицинских изделий, лечебного питания

Темы рефератов могут быть предложены преподавателем из вышеперечисленного списка, а также обучающимся в порядке личной инициативы по согласованию с преподавателем.

4.2. Написание истории болезни/фрагмента истории болезни

4.3. Решение ситуационных задач

Тема 2 Дифференциальный диагноз и врачебная тактика при артериальной гипертензии

Задача №1.

Женщина 40 лет, парикмахер, обратилась к врачу с жалобами на повышенное АД до 170/105 мм рт.ст., сопровождающееся ноющими диффузными головными болями, выраженной мышечной слабостью, ощущениями онемения, чувством покалывания в конечностях, ночными судорогами в икроножных мышцах, обильным безболезненным мочеиспусканием. Из анамнеза известно, что пациентка страдает АГ около 1 года, назначенную терапию – эналаприл 20 мг в сутки, амлодипин 5 мг в сутки принимает ежедневно, на протяжении 3 месяцев, однако значения АД и вышеописанные симптомы сохраняются.

Семейный анамнез: мать – страдает АГ, перенесла ОНМК в 38 лет. При осмотре: состояние относительно удовлетворительное, рост 169, вес 70 кг, ИМТ – 24,51 кг/м². Кожные покровы чистые, обычной окраски. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧД – 16 в минуту. Тоны сердца приглушены, ритмичные, акцент II тона над проекцией аорты. ЧСС – 60 уд. в мин., АД – 167/100 мм рт.ст. Живот мягкий, при пальпации безболезненный во всех отделах. Печень не выступает из-под края реберной дуги, безболезненная. Селезенка не увеличена. Дизурии нет. Поколачивание в области почек безболезненное с обеих сторон.

В анализах: ОАМ – прозрачная, относительная плотность 1008 г/мл, реакция щелочная, белок, глюкоза не обнаружены; БАК: общий холестерин – 4,5 ммоль/л, ТГ – 1,2 ммоль/л, ХС-ЛПВП – 1,3 ммоль/л; глюкоза натощак – 4,2 ммоль/л, креатинин – 74 мкмоль/л, СКФ (по формуле СКД-ЕП) = 88 мл/мин; калий – 3,0 ммоль/л, натрий 160 ммоль/л; ЭКГ: синусовая брадикардия 54 удара в минуту, сглаженность и инверсия зубца Т в грудных отведениях.

Вопросы:

1. выделите ведущий синдром на основании жалоб, сведений из анамнеза жизни и заболевания и данных полного физикального обследования пациента (осмотр, пальпация, перкуссия, аускультация)
2. сформулируйте предварительный диагноз и составьте план лабораторных и инструментальных обследований пациента
- 3 определите показания для направления пациента на лабораторное обследование в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) с учетом стандартов медицинской помощи
- 4.назовите диагностические инструментальные методы обследования с целью установления диагноза
- определите показания для направления пациента на инструментальное обследование в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) с учетом стандартов медицинской помощи
5. определите показания для направления пациента на консультацию к врачам-специалистам в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) с учетом стандартов медицинской помощи
6. определите показания для направления пациента для оказания специализированной медицинской помощи в стационарных условиях или в условиях дневного стационара в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) с учетом стандартов медицинской помощи
7. Проведите дифференциальную диагностику по ведущему синдрому,
- 8.сформулируйте диагноз с учетом действующей международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ)
9. Оцените состояние пациента и показания для оказания медицинской помощи в неотложной форме
10. Окажите медицинскую помощь в неотложной форме
11. Разработайте план лечения в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) с учетом стандартов медицинской помощи
12. Назначьте лекарственные препараты, медицинские изделия и лечебное питание в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) с учетом стандартов медицинской помощи
13. Назначьте немедикаментозное лечение в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) с учетом стандартов медицинской помощи

14. Оцените эффективность и безопасность применения лекарственных препаратов, медицинских изделий, лечебного питания

Эталон ответа:

на основании жалоб, сведений из анамнеза жизни и заболевания данных полного физикального обследования пациента (осмотр, пальпация, перкуссия, аускультация) выделен ведущий синдром - артериальная гипертензия

Первичный гиперальдостеронизм. Симптоматическая артериальная гипертензия II степени. Хроническая болезнь почек С2.

Диагноз «первичный гиперальдостеронизм (ПГА)» установлен на основании жалоб пациентки на повышение АД, рефрактерного к комбинированной терапии ИАПФ и антагонистам кальция (данные анамнеза), возраста и пола, сочетания артериальной гипертензии и миастенического синдрома, полиурии, парестезий и ночных судорог. Кроме того, изменения, выявленные на ЭКГ и в лабораторных тестах в виде гипернатриемии, гипокалиемия, а также гипостенурия и щелочная реакция мочи подтверждают предварительный диагноз. Первичный характер заболевания установлен на основании анамнеза – отсутствие указаний на состояния, приводящие к вторичному гиперальдостеронизму (ХСН, нефротический синдром, длительный прием диуретиков и т. д.), а также семейный анамнез - цереброваскулярных заболеваний в молодом возрасте. Установление степени АГ основано на цифрах АД, измеренных во время приема. Диагноз «хроническая болезнь почек (ХБП) С2» определен по снижению СКФ до 88 мл/мин.

план лабораторных и инструментальных обследований пациента:

1. определение альдостерон-ренинового соотношения (АРС)
2. УЗИ почек, надпочечников
3. КТ органов брюшной полости и забрюшинного пространства с контрастированием
4. ЭХО -КГ

Подозрение на Первичный гиперальдостеронизм является показанием для определения альдостерон-ренинового соотношения (АРС) после предварительной отмены Эналаприла за 2-3 недели до исследования.

Для контроля АД возможно применение агонистов имидазолиновых рецепторов. Диагноз будет подтвержден при выявлении низкой активности ренина плазмы (АРП) и повышенной секреции альдостерона. При выявлении высокого АРС проводят дополнительные нагрузочные тесты для дифференциальной диагностики альдостеромы и гиперплазии коры надпочечников (проба с 4-часовой ходьбой, Фуросемидом, Каптоприлом, Дексаметазоном).

диагностические инструментальные методы обследования с целью установления диагноза

- УЗИ почек, надпочечников
- КТ органов брюшной полости и забрюшинного пространства с контрастированием
- ЭХО -КГ для оценки толщины стенок миокарда, диастолической и систолической функции, состояния клапанного аппарата.

Подозрение на Первичный гиперальдостеронизм является показанием для

Направления на УЗИ почек, надпочечников для визуализации образования в проекции надпочечников, КТ органов брюшной полости и забрюшинного пространства с контрастированием для уточнения локализации и размеров образования либо выявления гиперплазии коры надпочечников, ЭХО -КГ для оценки толщины стенок миокарда, диастолической и систолической функции, состояния клапанного аппарата.

Подозрение на Первичный гиперальдостеронизм является показанием для

направления пациента на консультацию к врачам-специалистам - окулиста и проведение офтальмоскопии для оценки наличия гипертонической офтальмопатии; При выявлении образования в проекции надпочечников (альдостеромы) - осмотр врача-хирурга

.В дальнейшем, пациентка находится под диспансерным наблюдением врача-эндокринолога и врача-кардиолога.

При невозможности провести обследование в амбулаторных условиях (КТ, нагрузочные пробы) -решение вопроса о госпитализации в эндокринологическое отделение При выявлении образования в проекции надпочечников (альдостеромы) госпитализация в отделение эндокринной хирургии для оперативного лечения (одно - или двусторонняя адреналэктомия с последующей заместительной терапией)

программа дифференциальной диагностики по ведущему синдрому - артериальная гипертензия:

1. Феохромоцитома

2. Первичный альдостеронизм
3. Синдром и болезнь ИценкоКушинга
4. Коарктация аорты
5. АГ, связанная с патологией почек
6. АГ при поражении почечных артерий
7. Гипертоническая болезнь
8. Лекарственная форма АГ

E26. 0. Первичный гиперальдостеронизм. Симптоматическая артериальная гипертензия II степени. Хроническая болезнь почек С2.

состояние пациента не является показанием для оказания медицинской помощи в неотложной форме

медицинская помощь в неотложной форме не показана

план лечения:

1.немедикаментозная терапия,

2.медикаментозная терапия

Антагонисты минералокортикоидных рецепторов. Препараты этой группы не только устраняют дефицит альдостерона на почечном и других секретирующих калий уровнях, но и тормозят биосинтез альдостерона в надпочечниках. Спиринолактон в минимально эффективной дозе, начиная с 25 мг в сутки, постепенно повышая её до 100 мг в сутки или более. Альтернатива: Эплеренон с начальной дозы 25 мг два раза в сутки – селективный антагонист минералокортикоидных рецепторов, не обладающий антиандрогенными и прогестагенными свойствами, что снижает частоту побочных эффектов. При недостаточном гипотензивном эффекте возможно присоединение антагонистов кальция

немедикаментозная терапия

- воздействие на факторы риска, формирование навыков ЗОЖ):
- обучение в школе здоровья по АГ, провести беседу о важности рационального питания (прежде всего, включать в рацион продукты, богатые калием, снижение потребления поваренной соли до 5 г/сутки, увеличение потребления растительной пищи, а также уменьшение потребления животных жиров.)
- постепенное увеличение физической активности (умеренные аэробные нагрузки - ходьба, плавание, фитнес не менее 30 минут 5-7 дней в неделю),
- самоконтроль АД.

Критерий эффективности: стойкий гипотензивный эффект.

При недостаточном гипотензивном эффекте возможно присоединение антагонистов кальция

Тема 3. Дифференциальный диагноз и врачебная тактика при остром коронарном синдроме.

Задача №1.

Больной Р. 59 лет, водитель такси. В понедельник вечером шёл с автостоянки домой, когда отметил появление выраженных болей за грудиной с иррадиацией в нижнюю челюсть и левую верхнюю конечность. Дома по совету жены попытался купировать болевой синдром Нитроглицерином без значимого эффекта. Суммарная продолжительность болевого синдрома более 20 минут, пациент вызвал скорую медицинскую помощь.

Из анамнеза известно, что в течение последних 10 лет у пациента повышается артериальное давление, максимально до 170 и 90 мм рт. ст. Курит 20 сигарет в сутки в течение последних 20 лет. В течение месяца впервые отметил появление загрудинных болей после интенсивной физической нагрузки и проходящих в покое. Не обследовался, лечение не получал. Наследственность: мать – 76 лет, страдает артериальной гипертензией, перенесла инфаркт миокарда, отец – умер в 55 лет от инфаркта миокарда. При осмотре: состояние средней степени тяжести. Кожные покровы бледные. Рост – 168 см, вес – 90 кг, ИМТ – 32 кг/м². Тоны сердца приглушены, выслушивается акцент второго тона на аорте, ритм правильный. АД – 160 и 90 мм рт. ст. ЧСС – 92 ударов в минуту. Дыхание везикулярное, побочных дыхательных шумов нет. ЧДД – 22 в минуту. Живот мягкий, безболезненный. Размеры печеночной тупости по Курлову - 11×9×8 см. Периферических отёков нет. В анализах: общий холестерин – 6,7 ммоль/л, ТГ – 2,8 ммоль/л, ХС-ЛПВП – 0,62 ммоль/л; глюкоза натощак – 5,2 ммоль/л; креатинин – 124 мкмоль/л, СКФ (по формуле СКD-EPI) = 54,5 мл/мин/1,73 м² (по амбулаторной карте снижение СКФ до 55 мл/мин/1,73 м² также регистрировалась 4 месяца назад), альбуминурия – 40 мг/сутки.

На ЭКГ зарегистрирован синусовый ритм с ЧСС – 92 в минуту, элевация сегмента ST до 4 ммI, AVL, V1-5, депрессия сегмента ST до 2 ммII, III, AVF.

Вопросы:

1. выделите ведущий синдром на основании жалоб, сведений из анамнеза жизни и заболевания и данных полного физикального обследования пациента (осмотр, пальпация, перкуссия, аускультация)
2. сформулируйте предварительный диагноз и составьте план лабораторных и инструментальных обследований пациента
- 3 определите показания для направления пациента на лабораторное обследование в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) с учетом стандартов медицинской помощи
4. назовите диагностические инструментальные методы обследования с целью установления диагноза
- определите показания для направления пациента на инструментальное обследование в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) с учетом стандартов медицинской помощи
5. определите показания для направления пациента на консультацию к врачам-специалистам в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) с учетом стандартов медицинской помощи
6. определите показания для направления пациента для оказания специализированной медицинской помощи в стационарных условиях или в условиях дневного стационара в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) с учетом стандартов медицинской помощи
7. Проведите дифференциальную диагностику по ведущему синдрому,
8. сформулируйте диагноз с учетом действующей международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ)
9. Оцените состояние пациента и показания для оказания медицинской помощи в неотложной форме
10. Окажите медицинскую помощь в неотложной форме
11. Разработайте план лечения в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) с учетом стандартов медицинской помощи

12. Назначьте лекарственные препараты, медицинские изделия и лечебное питание в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) с учетом стандартов медицинской помощи

13. Назначьте немедикаментозное лечение в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения с учетом стандартов медицинской помощи)

14. Оцените эффективность и безопасность применения лекарственных препаратов, медицинских изделий, лечебного питания

Эталон ответа:

на основании жалоб, сведений из анамнеза жизни и заболевания

и данных полного физикального обследования пациента (осмотр, пальпация, перкуссия, аускультация) выделен ведущий синдром - боли в грудной клетке

ИБС. Острый коронарный синдром с элевацией сегмента ST передней перегородки, верхушки, боковой стенки левого желудочка. KILLIPi класс тяжести. Гипертоническая болезнь III стадии, артериальная гипертензия 2 степени, риск 4. ХБПС3аА1. Экзогенно-конституциональное ожирение I степени.

план лабораторных и инструментальных обследований пациента:

1. Кровь - (тропонин, КФК-МВ)
2. контроль ЭКГ через 3, 6 и 12 часов
3. коронароангиография

Острый коронарный синдром с элевацией сегмента ST передней перегородки, верхушки, боковой стенки левого желудочка является показанием для определения (тропонин, КФК-МВ) креатинин глюкоза натощак : общий холестерин ХС-ЛПВП

диагностические инструментальные методы обследования с целью установления диагноза

- контроль ЭКГ через 3, 6 и 12 часов
- коронароангиография
- ЭХО -КГ

Острый коронарный синдром с элевацией сегмента ST передней перегородки, верхушки, боковой стенки левого желудочка является показанием для направления на контроль ЭКГ через 3, 6 и 12 часов, коронароангиография

ЭХО -КГ для оценки толщины стенок миокарда, диастолической и систолической функции, состояния клапанного аппарата.

Острый коронарный синдром с элевацией сегмента ST передней перегородки, верхушки, боковой стенки левого желудочка является показанием для

направления пациента на консультацию к врачам-специалистам - врача-кардиолога, кардиохирурга для решения вопроса чрескожного коронарного вмешательства (ЧКВ).

Учитывая наличие клинически-манифестного сердечно-сосудистого заболевания (ИБС, острый коронарный синдром), риск сердечно-сосудистых событий расценён как очень высокий, в связи с этим показана госпитализация в специализированный стационар

программа дифференциальной диагностики по ведущему синдрому - боли в грудной клетке

1. Сердечно-сосудистые ишемические (коронарогенные)

-Острый коронарный синдром

-инфаркт миокарда

-Стенокардия

2. Сердечно-сосудистые неишемические (некоронарогенные)

- расслаивающая аневризма аорты

- перикардит

-ГК.МП

- аортальный стеноз

- тромбоэмболия легочной артерии

3. Легочные

- плеврит

- пневмоторакс

- пневмония

- рак легкого

4. Желудочно-кишечные

Заболевания пищевода:

- эзофагит
- спазм пищевода
- рефлюкс-эзофагит
- грыжа пищеводного отверстия диафрагмы

Желудочно-кишечные и билиарные заболевания:

- язвенная болезнь желудка
- кишечная колика
- холецистит
- панкреатит
- желчная колика

5. Психические

- нейроциркуляторная дистония
- гипервентиляция
- панические расстройства
- первичная фобия
- психогенная кардиалгия

Аффективные состояния

- депрессия
- соматогенный невроз

6. Другие

Грудная клетка:

- остеохондроз грудного отдела позвоночника
- фиброзит
- травмы ребер и грудины
- грудино-ключичный артрит
- межреберная невралгия
- опоясывающий лишай

I24 ИБС. Острый коронарный синдром с элевацией сегмента ST передней перегородки, верхушки, боковой стенки левого желудочка. KILLIP класс тяжести. Гипертоническая болезнь III стадии, артериальная гипертензия 2 степени, риск 4. ХБП С3аА1. Экзогенно-конституциональное ожирение I степени.

Диагноз «острый коронарный синдром» установлен на основании клинических данных (наличие боли или других неприятных ощущений (дискомфорта) в грудной клетке) и инструментальных данных (стойкие подъемы сегмента ST или «новая», впервые возникшая, или предположительно впервые возникшая ПБЛНПГ на ЭКГ). 2) Класс тяжести по KILLIP установлен на основании умеренной одышки, синусовой тахикардии при отсутствии III тона и хрипов в легких. 3) Стадия гипертонической болезни соответствует III, так как у пациента имеет место сердечно-сосудистые заболевания (ИБС). 4) Учитывая наличие клинически-манифестного сердечно-сосудистого заболевания (ИБС, острый коронарный синдром), риск сердечно-сосудистых событий расценён как очень высокий (4).

Диагноз «ХБП» установлен на основании стойкого снижения скорости клубочковой фильтрации менее 60 мл/мин/1,73м², повышенной альбуминурии, данные симптомы персистируют более 3 месяцев. 6) Стадия ожирения установлена в соответствии с рассчитанным индексом массы тела.

состояние пациента является показанием для оказания медицинской помощи в неотложной форме

медицинская помощь в неотложной форме: 1. Пероральная доза Ацетилсалициловой кислоты 300 мг

2. реперфузия с помощью тромболитика, который может быть начат уже догоспитально в течение первых 120 минут от начала симптоматики. В этом случае после тромболитика должна следовать немедленная транспортировка в ЧКВ -центр для рутинной коронарографии.

план лечения:

1. Предпочтительная стратегия реперфузии – чрескожные коронарные вмешательства (ЧКВ). В условиях, когда первичное ЧКВ не может быть вовремя проведено, следует рассмотреть реперфузию с помощью тромболитика, который, в частности, может быть начат уже

догоспитально в течение первых 120 минут от начала симптоматики. В этом случае после тромболизиса должна следовать немедленная транспортировка в ЧКВ -центр для рутинной коронарографии.

2. Пероральная доза Ацетилсалициловой кислоты 150-300 мг с переходом на 75-100 мг перорально ежедневно.

3. Предпочтительные блокаторы P2Y12 рецепторов -Тикагрелор (нагрузочная доза 180 мг с последующим 90 мг 2 раза в сутки).

4. Используется двойная антиагрегантная терапия, так как она уменьшает частоту неблагоприятных коронарных событий за счёт блокады альтернативных путей активации тромбоцитов.

5. При отрицательной динамике - провести повторную коронароангиографию (исключить тромбоз стента)

1. Пероральная доза Ацетилсалициловой кислоты 150-300 мг с переходом на 75-100 мг перорально ежедневно.

2. Предпочтительные блокаторы P2Y12 рецепторов -Тикагрелор (нагрузочная доза 180 мг с последующим 90 мг 2 раза в сутки).

3. Рамиприл 2, 5 мг 1 раз в сутки

4. метопролол 3 болюсных в/в инъекции по 5 мг с двухминутными перерывами (суммарная доза 15 мг), при хорошей переносимости через 15 мин после последней инъекции назначают внутрь по 25–50 мг каждые 6 ч в течение 48 ч,

немедикаментозная терапия

- воздействие на факторы риска, формирование навыков ЗОЖ):
- обучение в школе здоровья по АГ, провести беседу о важности рационального питания (прежде всего, включать в рацион продукты, богатые калием, снижение потребления поваренной соли до 5 г/сутки, увеличение потребления растительной пищи, а также уменьшение потребления животных жиров.)
- постепенное увеличение физической активности (умеренные аэробные нагрузки - ходьба, плавание, фитнес не менее 30 минут 5-7 дней в неделю),
- самоконтроль АД.

Критерий эффективности:

положительная динамика на ЭКГ

уменьшение интенсивности боли в сердце

Тема 4. Дифференциальная диагностика и врачебная тактика нарушений сердечного ритма

Задача №1.

Женщина 75 лет 21.05.2016 обратилась к врачу с жалобами на сердцебиение. Из анамнеза известно, что 3 месяца назад пациентка перенесла острый нижний инфаркт миокарда с подъемом сегмента ST; пациентке была выполнена коронарография – выявлен стеноз огибающей ветви 85%, (ПМЖВ стеноз 45%, ОВ 45%), в связи с чем проводились трансбаллонная ангиопластика и стентирование ПКА стентом с лекарственным покрытием. В течение трех лет у пациентки верифицирована постоянная форма фибрилляции предсердий. У пациентки в анамнезе были 2 попытки восстановления ритма с помощью электроимпульсной терапии, которые оказались безуспешными. При осмотре: состояние средней тяжести. Кожные покровы чистые, обычной окраски. В лёгких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, аритмичные. ЧСС – 140 уд. в мин., пульс – 110 уд. в мин. АД – 110/80 мм рт.ст. Живот мягкий, при пальпации безболезненный во всех отделах. Печень и селезёнка не увеличены. Дизурии нет. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный.

В анализах: общий холестерин – 4,8 ммоль/л, ТГ – 2,5 ммоль/л, ХС-ЛПВП – 1,1 ммоль/л; ХС-ЛПНП – 3,2 ммоль/л.

Вопросы:

1. выделите ведущий синдром на основании жалоб, сведений из анамнеза жизни и заболевания и данных полного физикального обследования пациента (осмотр, пальпация, перкуссия, аускультация)
2. сформулируйте предварительный диагноз и составьте план лабораторных и инструментальных обследований пациента
- 3 определите показания для направления пациента на лабораторное обследование в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) с учетом стандартов медицинской помощи
4. назовите диагностические инструментальные методы обследования с целью установления диагноза
- определите показания для направления пациента на инструментальное обследование в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) с учетом стандартов медицинской помощи
5. определите показания для направления пациента на консультацию к врачам-специалистам в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) с учетом стандартов медицинской помощи
6. определите показания для направления пациента для оказания специализированной медицинской помощи в стационарных условиях или в условиях дневного стационара в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) с учетом стандартов медицинской помощи
7. Проведите дифференциальную диагностику по ведущему синдрому,
8. сформулируйте диагноз с учетом действующей международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ)
9. Оцените состояние пациента и показания для оказания медицинской помощи в неотложной форме
10. Окажите медицинскую помощь в неотложной форме
11. Разработайте план лечения в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) с учетом стандартов медицинской помощи
12. Назначьте лекарственные препараты, медицинские изделия и лечебное питание в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) с учетом стандартов медицинской помощи
13. Назначьте немедикаментозное лечение в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) с учетом стандартов медицинской помощи
14. Оцените эффективность и безопасность применения лекарственных препаратов, медицинских изделий, лечебного питания

Эталон ответа:

на основании жалоб, сведений из анамнеза жизни и заболевания

и данных полного физикального обследования пациента (осмотр, пальпация, перкуссия, аускультация) выделен ведущий синдром - Синдром нарушения ритма

Основной: ИБС. Постинфарктный кардиосклероз. Атеросклероз коронарных сосудов. Транслюминальная ангиопластика (ТЛАП) и стентирование правой коронарной артерии (ПКА) от 21.02.2016 г. дислипидемия IIb типа.

Осложнения: постоянная форма фибрилляции предсердий, тахисистолическая форма.

план лабораторных и инструментальных обследований пациента:

-Холтермониторирование - ЭКГ (контроль ЧСС);

-ЭХО-КГ (сократимость миокарда ЛЖ, размеры полостей, состояние клапанного аппарата, внутрисполостной тромбоз);

-определение гормонов щитовидной железы (оценить функцию щитовидной железы - поиск этиологии ФП)

постоянная форма фибрилляции предсердий, тахисистолическая форма является показанием для определения гормонов щитовидной железы (оценить функцию щитовидной железы - поиск этиологии ФП)

общий холестерин ТГ ХС-ЛПВП ХС-ЛПНП

диагностические инструментальные методы обследования с целью установления диагноза

- Холтермониторирование - ЭКГ (контроль ЧСС);

- -ЭХО-КГ (сократимость миокарда ЛЖ, размеры полостей, состояние клапанного аппарата, внутрисполостной тромбоз);

постоянная форма фибрилляции предсердий, тахисистолическая форма является показанием для направления Холтермониторирование - ЭКГ (контроль ЧСС);

-ЭХО-КГ (сократимость миокарда ЛЖ, размеры полостей, состояние клапанного аппарата, внутрисполостной тромбоз);

Основной: ИБС. Постинфарктный кардиосклероз. Атеросклероз коронарных сосудов. Транслюминальная ангиопластика (ТЛАП) и стентирование правой коронарной артерии (ПКА) от 21.02.2016 г. дислипидемия IIb типа.

Осложнения: постоянная форма фибрилляции предсердий, тахисистолическая форма является показанием для направления пациента на консультацию к врачам-специалистам - врачам-кардиолога

При неэффективности амбулаторной терапии и прогрессировании сердечной недостаточности показана госпитализация в специализированный кардиологический стационар

программа дифференциальной диагностики по ведущему синдрому - Синдром нарушения ритма

1 этап:

- трепетание предсердий,

-Фибрилляция предсердий

- частая предсердная экстрасистолия,

- двойное антероградное проведение через атрио-вентрикулярный узел

ЧСС -140 уд/мин, дефицит пульса, зубцы Р во всех отведениях отсутствуют, мелкие волны «f» на ЭКГ

2 этап .

структурное заболевание сердца,

-артериальная гипертензия,

-клинически выраженная сердечная недостаточность,

-тахикардическая кардиомиопатия,

-поражение клапанов сердца,

-первичные кардиомиопатии,

-ишемическая болезнь сердца,

-нарушение функции щитовидной железы,

-избыточная масса тела и ожирение,

-сахарный диабет,

-хроническая обструктивная болезнь лёгких,

-апноэ во время сна,

-хроническая болезнь почек.

Основной: I25.2. ИБС. Постинфарктный кардиосклероз. Атеросклероз коронарных сосудов. Транслуминальная ангиопластика (ТЛАП) и стентирование правой коронарной артерии (ПКА) от 21.02.2016 г. дислипидемия IIb типа.

Осложнения: постоянная форма фибрилляции предсердий, тахисистолическая форма.

2. Диагноз «ИБС» выставлен в связи с наличием у пациентки в анамнезе инфаркта миокарда.

Диагноз «постинфарктный кардиосклероз» выставлен учитывая сроки после инфаркта миокарда (более 28 дней).

Дислипидемия IIb тип по Фредриксону выставлена в связи с повышением уровня общего холестерина, триглицеридов (целевой уровень <1,7), ЛПНП (целевой уровень <1,8),

Диагноз «фибрилляции предсердий» выставлен, так как у пациентки в течение 3 лет на ЭКГ регистрируется фибрилляция предсердий. Постоянная форма фибрилляции предсердий выставлена в связи с наличием в течение 3 лет фибрилляции предсердий, неуспешными попытками восстановления ритма.

состояние пациента не является показанием для оказания медицинской помощи в неотложной форме

медицинская помощь в неотложной форме не показана:

план лечения:

.) Ингибиторы АПФ или антагонисты рецепторов к ангиотензину II (предотвращение ремоделирования сердца, улучшение прогноза, уменьшение смертности) постоянно.

2.) Статины в высоких дозах (снижение уровня холестерина - замедление атеросклероза) постоянно.

3.) Бета-адреноблокаторы (уменьшение ЧСС, снижение потребности миокарда в кислороде, улучшение перфузии миокарда за счёт удлинения диастолы) постоянно.

4.) Тройная анти тромботическая терапия: ацетилсалициловая кислота + клопидогрель + пероральный антикоагулянт-варфарин (до 6 месяцев после инфаркта миокарда тройная, год двойная, далее монотерапия пероральным антикоагулянтом), при высоком риске кровотечений тройная терапия уменьшена до 1 месяца (цель – профилактика тромбозов).

1. Рамиприл 5 мг 1 раз в сутки

2. метопролол 50мг 2 раза в сутки

3. аторвастатин 20 мг 1 раз в день

4. варфарин 2, 5 мг 1 раз в сутки

немедикаментозная терапия

- воздействие на факторы риска, формирование навыков ЗОЖ);
- обучение в школе здоровья по АГ, провести беседу о важности рационального питания (прежде всего, включать в рацион продукты, богатые калием, снижение потребления поваренной соли до 5 г/сутки, увеличение потребления растительной пищи, а также уменьшение потребления животных жиров.)
- постепенное увеличение физической активности (умеренные аэробные нагрузки - ходьба, плавание, фитнес не менее 30 минут 5-7 дней в неделю),
- самоконтроль АД.

Критерий эффективности:

положительная динамика на ЭКГ

уменьшение частоты ЧСС

В случае недостаточной дозировки бета-блокаторов - увеличить дозировку. При сниженной Фракции выброса - к терапии может быть добавлен Дигоксин. При отсутствии признаков сердечной недостаточности возможен приём препаратов из группы антагонистов кальция недигидропиридинового ряда. При отсутствии поражения щитовидной железы и других противопоказаний к терапии может быть добавлен Амиодарон в дозировке 200 мг (для контроля частоты, но не контроля ритма).

Тема 5. Дифференциальный диагноз и врачебная тактика при кардиомегалии

Задача №1.

Мужчина 24 лет предъявляет жалобы на повышение температуры до 40°C, сопровождавшееся ознобом; инспираторную одышку при небольшой физической нагрузке; боли в области сердца, не связанные с физической нагрузкой, умеренной интенсивности, длительные.

Из анамнеза известно, что употребляет героин в течение 4 лет (инъекции в локтевые вены, область паха). За 2 недели до госпитализации отметил повышение температуры до 40°C. В качестве жаропонижающих больной принимал нестероидные противовоспалительные препараты. Через 3 суток температура снизилась до 37,2–37,4°C, самочувствие несколько улучшилось. Однако через 10 дней лихорадка возобновилась, в связи с чем пациент был госпитализирован.

При осмотре: кожа бледная, чистая. Периферические лимфатические узлы не увеличены. ИМТ – 18 кг/м². Температура тела – 38,9°C. В лёгких дыхание везикулярное, проводится во все отделы. ЧДД – 18 в минуту. Тоны сердца ясные, на основании мечевидного отростка – систолический шум, усиливающийся на высоте вдоха с задержкой дыхания. Акцент 2-го тона на а. pulmonalis. АД – 110/60 мм рт. ст., ЧСС – 100 ударов в мин. Живот мягкий, при пальпации безболезненный. Печень выступает на 2 см из-под края рёберной дуги, край печени гладкий. Отёки стоп и голеней. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Мочеиспускание не нарушено. В анализах: эритроциты – 3,3×10¹²/л, гемоглобин – 126 г/л, лейкоциты – 15,8×10⁹/л, палочкоядерные нейтрофилы – 15%, СОЭ – 42 мм/ч, альбумина сыворотки крови – 29 г/л, креатинин – 66 мкмоль/л, СКФ – 92 мл/мин/1,73м², СРБ – 120 мг/л (в норме – до 5 мг/л). В общем анализе мочи: удельный вес – 1016, эритроциты – 0-1 в поле зрения.

При посеве крови на стерильность дважды выделен *S. aureus*, чувствительный к оксациллину, цефтриаксону. Данные ЭхоКГ: размеры камер сердца не увеличены. Митральный клапан: створки уплотнены, характер движения створок разнонаправленный. Трикуспидальный клапан: створки уплотнены, утолщены, визуализируются средней эхоплотности структуры на средней и передней створках размерами 1,86 и 1,11×0,89 см; характер движения створок разнонаправленный, трикуспидальная регургитация III–IV степени.

Вопросы:

1. выделите ведущий синдром на основании жалоб, сведений из анамнеза жизни и заболевания и данных полного физикального обследования пациента (осмотр, пальпация, перкуссия, аускультация)
2. сформулируйте предварительный диагноз и составьте план лабораторных и инструментальных обследований пациента
- 3 определите показания для направления пациента на лабораторное обследование в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) с учетом стандартов медицинской помощи
4. назовите диагностические инструментальные методы обследования с целью установления диагноза
- определите показания для направления пациента на инструментальное обследование в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) с учетом стандартов медицинской помощи
5. определите показания для направления пациента на консультацию к врачам-специалистам в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) с учетом стандартов медицинской помощи
6. определите показания для направления пациента для оказания специализированной медицинской помощи в стационарных условиях или в условиях дневного стационара в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) с учетом стандартов медицинской помощи
7. Проведите дифференциальную диагностику по ведущему синдрому,
8. сформулируйте диагноз с учетом действующей международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ)
9. Оцените состояние пациента и показания для оказания медицинской помощи в неотложной форме

10. Окажите медицинскую помощь в неотложной форме
11. Разработайте план лечения в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) с учетом стандартов медицинской помощи
12. Назначьте лекарственные препараты, медицинские изделия и лечебное питание в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) с учетом стандартов медицинской помощи
13. Назначьте немедикаментозное лечение в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) с учетом стандартов медицинской помощи
14. Оцените эффективность и безопасность применения лекарственных препаратов, медицинских изделий, лечебного питания

Эталон ответа:

на основании жалоб, сведений из анамнеза жизни и заболевания

и данных полного физикального обследования пациента (осмотр, пальпация, перкуссия, аускультация) выделен ведущий синдром - Недостаточность трикуспидального клапана
 Основной: Первичный острый стафилококковый инфекционный эндокардит.

Осложнение: Недостаточность трикуспидального клапана 3 степени. ХСН IIА, ФК 3 по NYHA.

План обследования

- ЭКГ (контроль ЧСС);

-ЭХО-КГ (сократимость миокарда ЛЖ, размеры полостей, состояние клапанного аппарата, внутрисполостной тромбоз);

- ОАК,

б/химические показатели: СРБ, РФ, АСЛО функциональные пробы печени, электролиты крови, железо, ферритина

посев крови,

общий анализ мочи, анализ мочи по Нечипоренко,

биохимических анализов крови (),

маркеров вирусных гепатитов, ВИЧ-инфекции;

рентгенография грудной клетки,

УЗ-исследование почек;

консультации врача-кардиохирурга, врача-нарколога

2 больших (трикуспидальная недостаточность, вегетации на трикуспидальном клапане и положительная гемокультура) и 2 малых (фебрильная лихорадка, «входные ворота» в виде в/в употребления наркотиков) диагностических критерия инфекционного эндокардита являются показанием для определения ОАК,

б/химические показатели: СРБ, РФ, АСЛО функциональные пробы печени, электролиты крови, железо, ферритина

посев крови,

общий анализ мочи, анализ мочи по Нечипоренко,

биохимических анализов крови (),

маркеров вирусных гепатитов, ВИЧ-инфекции;

диагностические инструментальные методы обследования с целью установления диагноза

- ЭКГ (контроль ЧСС);

- -ЭХО-КГ (сократимость миокарда ЛЖ, размеры полостей, состояние клапанного аппарата, внутрисполостной тромбоз)

- рентгенография грудной клетки,

- УЗ-исследование почек; ;

2 больших (трикуспидальная недостаточность, вегетации на трикуспидальном клапане и положительная гемокультура) и 2 малых (фебрильная лихорадка, «входные ворота» в виде в/в употребления наркотиков) диагностических критерия инфекционного эндокардита является показанием для направления

- ЭКГ (контроль ЧСС);

- -ЭХО-КГ (сократимость миокарда ЛЖ, размеры полостей, состояние клапанного аппарата, внутрисполостной тромбоз)

- рентгенография грудной клетки,

- УЗ-исследование почек; ;

2 больших (трикуспидальная недостаточность, вегетации на трикуспидальном клапане и положительная гемокультура) и 2 малых (фебрильная лихорадка, «входные ворота» в виде в/в употребления наркотиков) диагностических критерия инфекционного эндокардита являются показанием для направления пациента на консультацию к врачам-специалистам - консультации врача-кардиохирурга, врача-нарколога.

С момента постановки диагноза – немедленная госпитализация в специализированный кардиологический стационар

программа дифференциальной диагностики по ведущему синдрому –

Недостаточность трикуспидального клапана

1. инфекционный эндокардит

2. ОРЛ.

3. Митральный стеноз с трикуспидальной недостаточностью

Основное заболевание: I39.2 Первичный острый стафилококковый инфекционный эндокардит.

Осложнение: Недостаточность трикуспидального клапана 3 степени. ХСН IIА, ФК 3 по NYHA.

Диагноз основного заболевания : наблюдались 2 больших (трикуспидальная недостаточность, вегетации на трикуспидальном клапане и положительная гемокультура) и 2 малых (фебрильная лихорадка, «входные ворота» в виде в/в употребления наркотиков) диагностических критерия инфекционного эндокардита, а также лабораторные признаки синдрома системного воспалительного ответа, анемия, свойственные трикуспидальной локализации инфекционного эндокардита.

план лечения:

1.) Исключить приём наркотических средств.

2.) Применение антибактериальной терапии острого инфекционного эндокардита, вызванного оксациллинчувствительным штаммом золотистого стафилококка (OSSA).

3.) С учётом патологии клапанов есть показания к оперативному лечению - выполнение операции протезирования трикуспидального клапана

в соответствии с существующими рекомендациями при стафилококковом инфекционном эндокардите: Цефтриаксон в дозе 2 г/сутки в/в в сочетании с Амикацином –1 г/сут в течение 10 дней. В последующем - лечение Цефтриаксоном в указанной дозировке продолжать до 6 недель немедикаментозная терапия

- Исключить приём наркотических средств.

Критерий эффективности:

Через 6 недель регулярной антибактериальной терапии температура должна стойко нормализоваться, гемокультура в посевах крови не выделяться.

Тема 6. Дифференциальный диагноз и врачебная тактика при острой и хронической сердечной недостаточности.

Задача №1.

Мужчина 56 лет, пенсионер, обратился на приём к участковому терапевту с жалобами на незначительную одышку при обычной физической нагрузке, общую, слабость, быструю утомляемость, отеки в области стоп. Из анамнеза известно, что 5 лет назад перенес трансмуральный инфаркт миокарда по задней стенке левого желудочка. Регулярно принимает бисопролол 5 мг в сутки, периндоприл 10 мг в сутки, розувастатин 20 мг в сутки. Нитроглицерином не пользуется. В течение последнего года стал отмечать усиление одышки, появление отёков в области стоп к вечеру. Объективно: состояние относительно удовлетворительное. Рост 180 см, вес 71 кг, ИМТ 21,9 кг/м². Кожные покровы умеренной влажности. Пастозность нижних конечностей до нижней трети голени. В лёгких дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧД – 20 в 1 мин. Тоны сердца приглушены, ритм правильный, систолический шум на верхушке. ЧСС – 62 в мин. АД – 132/80 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень выступает на 2 см ниже края рёберной дуги, плотно-эластичной консистенции, поверхность гладкая, край закруглен, безболезненна при пальпации. Селезёнка не увеличена. Поколачивание по поясничной области безболезненно. В анализах: ОАК, ОАМ в пределах нормы; БАК: глюкоза натощак – 4,9 ммоль/л, креатинин – 82 мкмоль/л, СКФ (по формуле СКД-ЕРИ) – 92 мл/мин, общий холестерин – 4,5 ммоль/л, ТГ – 1,2 ммоль/л, ХС-ЛПВП – 1,0 ммоль/л, ХС-ЛПНП – 2,3 ммоль/л, АСТ 20 ед/л, АЛТ 22 ед/л, калий – 4,1 ммоль/л.; ЭКГ: ритм синусовый 65 в мин., патологический зубец Q и отрицательный зубец T в III, aVF отведениях.

Вопросы:

1. выделите ведущий синдром на основании жалоб, сведений из анамнеза жизни и заболевания и данных полного физикального обследования пациента (осмотр, пальпация, перкуссия, аускультация)
2. сформулируйте предварительный диагноз и составьте план лабораторных и инструментальных обследований пациента
- 3 определите показания для направления пациента на лабораторное обследование в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) с учетом стандартов медицинской помощи
4. назовите диагностические инструментальные методы обследования с целью установления диагноза
- определите показания для направления пациента на инструментальное обследование в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) с учетом стандартов медицинской помощи
5. определите показания для направления пациента на консультацию к врачам-специалистам в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) с учетом стандартов медицинской помощи
6. определите показания для направления пациента для оказания специализированной медицинской помощи в стационарных условиях или в условиях дневного стационара в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) с учетом стандартов медицинской помощи
7. Проведите дифференциальную диагностику по ведущему синдрому, сформулируйте диагноз с учетом действующей международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ)
8. Оцените состояние пациента и показания для оказания медицинской помощи в неотложной форме
9. Окажите медицинскую помощь в неотложной форме
10. Разработайте план лечения в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) с учетом стандартов медицинской помощи
11. Назначьте лекарственные препараты, медицинские изделия и лечебное питание в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) с учетом стандартов медицинской помощи

12. Назначьте немедикаментозное лечение в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения с учетом стандартов медицинской помощи)

13. Оцените эффективность и безопасность применения лекарственных препаратов, медицинских изделий, лечебного питания

14. назначьте персонализированное лечение в пожилом и старческом возрасте

Эталон ответа:

на основании жалоб, сведений из анамнеза жизни и заболевания

и данных полного физикального обследования пациента (осмотр, пальпация, перкуссия, аускультация) выделен ведущий синдром - Синдром хронической сердечной недостаточности
Основной: ИБС: постинфарктный кардиосклероз (ОИМ по задней стенке ЛЖ от 2011 г.). Дислипидемия IIa тип по Фредриксону.

Осложнения: ХСН IIb стадия по Стражеско-Василенко, ПФК по NYHA.

план лабораторных и инструментальных обследований пациента:

1. проведение ЭХО-КГ для выявления зон гипо- и акинезии миокарда, диастолической и систолической функции миокарда, оценки состояния клапанного аппарата; 2. рентгенография органов грудной клетки для выявления / исключения некоторые виды заболеваний лёгких; 3. измерение содержания натрийуретических гормонов (BNP или NT-proBNP) показано для исключения альтернативной причины одышки и для определения прогноза; 4. выполнение стресс тестов – предпочтительнее выполнение визуализирующих исследований

4.1.-стресс ЭХО-КГ (особенно при ФВ ЛЖ < 50%),

4.2. при невозможности выполнения исследования с визуализацией – может проводиться стресс ЭКГ с физической нагрузкой (при ФВ ЛЖ > 50%); 5. ультразвуковое исследование сонных артерий с целью оценки соотношения интима/медиа и выявления/исключения стенозов, атеросклеротических бляшек

ИБС: постинфарктный кардиосклероз (ОИМ по задней стенке ЛЖ от 2011 г.). Дислипидемия IIa тип по Фредриксону. ХСН IIb стадия по Стражеско-Василенко, ПФК по NYHA.

является показанием для определения измерения содержания натрийуретических гормонов (BNP или NT-proBNP)

общий холестерин ТГ ХС-ЛПВП ХС-ЛПНП

диагностические инструментальные методы обследования с целью установления диагноза

.проведение ЭХО-КГ для выявления зон гипо- и акинезии миокарда, диастолической и систолической функции миокарда, оценки состояния клапанного аппарата; .рентгенография органов грудной клетки для выявления / исключения некоторые виды заболеваний лёгких;

.выполнение стресс тестов – предпочтительнее выполнение визуализирующих исследований стресс ЭХО-КГ (особенно при ФВ ЛЖ < 50%),

.при невозможности выполнения исследования с визуализацией – может проводиться стресс ЭКГ с физической нагрузкой (при ФВ ЛЖ > 50%); ультразвуковое исследование сонных артерий с целью оценки соотношения интима/медиа и выявления/исключения стенозов, атеросклеротических бляшек

ИБС: постинфарктный кардиосклероз (ОИМ по задней стенке ЛЖ от 2011 г.). Дислипидемия IIa тип по Фредриксону. ХСН IIb стадия по Стражеско-Василенко, ПФК по NYHA.

является показанием для направления

ЭКГ

-ЭХО-КГ

стресс ЭХО-КГ стресс ЭКГ

рентгенография органов грудной клетки

ультразвуковое исследование сонных артерий

Основной: ИБС: постинфарктный кардиосклероз (ОИМ по задней стенке ЛЖ от 2011 г.). Дислипидемия IIa тип по Фредриксону. ХСН IIb стадия по Стражеско-Василенко, ПФК по NYHA.

является показанием для направления пациента на консультацию к врачам-специалистам - врача-кардиолога

При неэффективности амбулаторной терапии и прогрессировании сердечной недостаточности показана госпитализация в специализированный кардиологический стационар

программа дифференциальной диагностики по ведущему синдрому - Синдром хронической сердечной недостаточности

1. Левожелудочковая недостаточность

- снижающие сократительную способность сердечной мышцы (инфаркт миокарда, преходящая ишемия миокарда, недостаточность митрального или аортального клапанов сердца, дилатационная кардиомиопатия);
- повышающие постнагрузку (т.е. сопротивление, которое желудочек сердца должен преодолеть, выбрасывая кровь) — стеноз аортального клапана, артериальная гипертензия;
- нарушающие заполнение левого желудочка (стеноз митрального клапана, тампонада сердца, гипертрофическая кардиомиопатия, гипертрофия левого желудочка)

2. Правожелудочковую недостаточность

- заболевания сердца (врожденные пороки сердца, инфаркт правого желудочка, левожелудочковая недостаточность);
- заболевания легких (хронические обструктивные заболевания легких, интерстициальное поражение легких);
- заболевания сосудов легких (первичная легочная гипертензия)

3. Бивентрикулярную недостаточность (снижена сократимость обоих желудочков сердца).

- К факторам, провоцирующим возникновение симптомов застоя у больных с компенсированной сердечной недостаточностью, относятся
- Состояния, сопровождающиеся активацией метаболических процессов

Лихорадка,

Инфекция,

Анемия,

Тахикардия,

Гипертиреоз,

Беременность.

- Увеличение объема циркулирующей крови

Избыточное потребление поваренной соли,

Избыточное потребление жидкости,

Почечная недостаточность.

- Состояния, сопровождающиеся повышением постнагрузки

Эмболия легочной артерии,

Нелеченная артериальная гипертензия,

- Состояния, сопровождающиеся нарушением сократимости миокарда,

Ишемия или инфаркт миокарда,

Чрезмерное употребление алкоголя,

Несоблюдение режима медикаментозной терапии сердечной недостаточности,

Выраженная брадикардия.

Основной: I25.2. ИБС: постинфарктный кардиосклероз (ОИМ по задней стенке ЛЖ от 2011 г.). Дислипидемия ПА тип по Фредриксону.

Осложнение: ХСН IIb стадия по Стражеско-Василенко, ПФК по NYHA.

Диагноз «ИБС: постинфарктный кардиосклероз» установлен на основании анамнеза (ОИМ по задней стенке ЛЖ 5 лет назад), изменения на ЭКГ (патологический зубец Q и отрицательный зубец T в III, aVF отведениях). Диагноз «дислипидемия ПА типа» установлен на основании повышения общего холестерина за счёт ХС-ЛПНП при нормальном уровне ТГ. Диагноз «ХСН» установлен на основании жалоб пациента (одышка, отёки в области стоп, общая слабость, повышенная утомляемость), анамнеза (перенесённый ОИМ, давность симптоматики, постепенное её развитие), результатов осмотра (пастозность нижних конечностей до нижней трети голени, ЧД - 20 в 1 минуту, приглушённые тоны сердца, систолический шум на верхушке, ЧСС - 92 в минуту, увеличение размеров печени). Согласно классификации СН Нью-Йоркской кардиологической ассоциации (NYHA) установлен 2ФК ХСН, т. е. заболевание сердца приводит к лёгкому ограничению физической активности. В покое симптомов нет. Обычная физическая нагрузка вызывает усталость, сердцебиение или одышку. Исходя из классификации хронической сердечной недостаточности ОССН (2003 г.) установлена IIb стадия ХСН по Стражеско-Василенко, что подтверждается выявлением выраженных изменений гемодинамики в большом (отёки, увеличение печени) и малом (одышка, тахипноэ) кругах кровообращения.

состояние пациента не является показанием для оказания медицинской помощи в неотложной форме

медицинская помощь в неотложной форме не показана:

план лечения:

.Пациент нуждается в приёме диуретиков. Диуретики применяются у всех больных ХСН II–IV ФК с признаками застоя для улучшения клинической симптоматики и снижения риска повторных госпитализаций. Рекомендованы препараты из группы антагонистов минералокортикоидов (АМКР): Спиринолактон в дозе 25 -50 мг в сутки конкурентно по отношению к альдостерону связывается с его рецепторами, блокируя биологические эффекты альдостерона, оказывая антифибротическое действие, а также повышает экскрецию натрия и хлора и снижает экскрецию калия, водорода, кальция и магния. Применение препарата возможно, т. к. тяжелой ХБП у пациента нет, СКФ – 92 мл/мин. Эплеренон также продемонстрировал положительный эффект при сердечной недостаточности и может использоваться как альтернатива спинолактону. При сохранении застойных явлений рассмотреть добавление малых доз петлевых диуретиков с пролонгированным действием – Торасемида, который обладает антиальдостероновым эффектом и в меньшей степени активирует РААС, чем Фуросемид.

1. Спиринолактон в дозе 25 -50 мг в сутки
2. Рамиприл 5 мг 1 раз в сутки
3. аторвастатин 20 мг 1 раз в день
4. кардиомагнил 150 мг по 1 та 1 раз в день

немедикаментозная терапия

Необходимо уточнить и отрегулировать рацион питания пациента: избегать солёной пищи и отказаться от её досаливания, суточное потребление хлорида натрия 1,2-1,8 г/сут (II-III ФК ХСН), соблюдением гипохолестеролевой диеты.

Рекомендовать пациенту обучение в школе здоровья; объяснение пациенту поведения при развитии жизнеугрожающего состояния, вероятность развития которого у пациента высока и обеспечить его памяткой содержащей алгоритму неотложных действий.

Уточнить уровень его физической активности, порекомендовать методы кардиологической реабилитации: ходьба, или тредмил, или велотренинг 5 раз в неделю по 20-30 мин при достижении 80% от максимальной частоты сердечных сокращений (ЧСС) или при достижении 50 -70% от максимального потребления кислорода.

необходимость проведения ежегодной вакцинации против гриппа, поскольку .

данное заболевание может иметь фатальные последствия для пациента с ИБС и ХСН.

Критерий эффективности:

Уменьшение признаков сердечной недостаточности

необходимость отказа/минимизации приёма обезболивающих противовоспалительных препаратов из группы НПВС и ингибиторов ЦОГ-2, которые провоцируют задержку натрия и жидкости, что повышает риск развития декомпенсации у больных ХСН.

Тема 7. Дифференциальный диагноз суставного синдрома. Врачебная тактика.

Задача №1.

Больная Н., 42 лет, инженер, предъявляет жалобы на припухлость и боли в проксимальных межфаланговых суставах, пястно-фаланговых суставах обеих кистей, запястьях, левом коленном суставе, голеностопных и плюснефаланговых суставах, которые беспокоят больную во вторую половину ночи и первую половину дня, к вечеру боли стихают. Пациентка жалуется на утреннюю скованность, длящуюся первую половину дня, утомляемость и недомогание. Несмотря на боли в суставах, пациентка обслуживает себя самостоятельно: одевается, принимает пищу без посторонней помощи, но остальные виды деятельности (непрофессиональная и профессиональная) резко ограничены.

Считает себя больной в течение 6 лет, когда после перенесенной ангины впервые появились боли в левом коленном суставе. Два года назад после острого респираторного заболевания возникли боли во II, III, IV проксимальных межфаланговых суставах, пястно-фаланговых суставах обеих кистей, затем – в запястьях, левом коленном суставе, голеностопных и плюснефаланговых суставах. Суставы опухали. Обратилась к врачу, который назначил больной прием вольтарена. Боли несколько уменьшились, но полностью не прошли. В связи с отсутствием эффекта от лечения и для уточнения диагноза больная поступила в клинику.

Общее состояние относительно удовлетворительное. Температура тела 37,4°C. На разгибательной поверхности верхней трети предплечий, вблизи от локтевых суставов пальпируются подкожные, сравнительно плотные, безболезненные образования размером от 0,5 до 2-3 см, локализирующиеся подкожно.

Пульс 90 ударов в 1 мин., ритмичный. Слегка приглушен I тон на верхушке. В легких дыхание везикулярное с жестковатым оттенком. При осмотре суставов определяется их припухлость – мягкие опухоли, местное повышение температуры, болезненность и ограничение объема движений в перечисленных выше суставах. Интенсивность боли по шкале ВАШ – 8 см.

Анализ крови: эритроциты – $3,9 \cdot 10^{12}/л$, гемоглобин – 102 г/л, цв. показатель – 0,86; лейкоциты – $8,4 \cdot 10^9/л$, СОЭ 45 мм/ч. СРБ 36 мг/л (N – 6 мг/л). Общий белок – 72 г/л, альбумины – 40,2%, глобулины: α_1 – 8,2%, α_2 – 12,8%, β – 14,2%, γ – 24,6%. А/Г – 0,7. Реакция Ваалер-Розе 1:450, титры АЦЦП антител сыворотки крови (антитела к цитруллинсодержащему пептиду) 38 ЕД/мл (N < 5 ед./мл). Комплемент сыворотки крови 300. Антинуклеарный фактор 1:2, LE-клетки в крови не обнаружены.

Рентгенограмма легких – инфильтративных изменений в легких не определяется. Сосудистый рисунок обычный. Сердечно-сосудистая тень в пределах нормы. Рентгенограмма суставов. На рентгенограммах кистей рук определяются небольшое сужение суставных щелей и незначительное разрушение хряща и кости – единичные эрозии костей в области проксимальных межфаланговых суставов и пястнофаланговых суставов.

Вопросы:

1. выделите ведущий синдром на основании жалоб, сведений из анамнеза жизни и заболевания и данных полного физикального обследования пациента (осмотр, пальпация, перкуссия, аускультация)
2. сформулируйте предварительный диагноз и составьте план лабораторных и инструментальных обследований пациента
- 3 определите показания для направления пациента на лабораторное обследование в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) с учетом стандартов медицинской помощи
4. назовите диагностические инструментальные методы обследования с целью установления диагноза
- определите показания для направления пациента на инструментальное обследование в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) с учетом стандартов медицинской помощи
5. определите показания для направления пациента на консультацию к врачам-специалистам в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) с учетом стандартов медицинской помощи
6. определите показания для направления пациента для оказания специализированной медицинской помощи в стационарных условиях или в условиях дневного стационара в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) с учетом стандартов медицинской помощи

7. Проведите дифференциальную диагностику по ведущему синдрому, сформулируйте диагноз с учетом действующей международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ)
8. Оцените состояние пациента и показания для оказания медицинской помощи в неотложной форме
9. Окажите медицинскую помощь в неотложной форме
10. Разработайте план лечения в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) с учетом стандартов медицинской помощи
11. Назначьте лекарственные препараты, медицинские изделия и лечебное питание в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) с учетом стандартов медицинской помощи
12. Назначьте немедикаментозное лечение в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения с учетом стандартов медицинской помощи)
13. Оцените эффективность и безопасность применения лекарственных препаратов, медицинских изделий, лечебного питания
14. назначьте персонализированное лечение в пожилом и старческом возрасте

Эталон ответа:

на основании жалоб, сведений из анамнеза жизни и заболевания и данных полного физикального обследования пациента (осмотр, пальпация, перкуссия, аускультация) выделен ведущий синдром - Синдром полиартрита

Основной: Ревматоидный артрит, серопозитивный, с висцеральными проявлениями (ревматоидные узелки), 3-я степень активности, рентгенологическая стадия II, (эрозивный) функциональный класс (функциональная способность больной) III.

план лабораторных и инструментальных обследований пациента:

- ЭКГ;

Рентгенологическое исследование кистей

ОАК ОАМ

Биохимические параметры: АЛАТ, АСАТ, СРБ, РФ,

АЦЦП

Ревматоидный артрит является показанием для определения ОАК ОАМ

Биохимические параметры: АЛАТ, АСАТ, СРБ, РФ,

АЦЦП

диагностические инструментальные методы обследования с целью установления диагноза

Рентгенологическое исследование кистей

Ревматоидный артрит является показанием для направления Рентгенологическое исследование кистей

Ревматоидный артрит является показанием для направления пациента на консультацию к врачам-специалистам - врача-ортопеда

При неэффективности амбулаторной терапии показана госпитализация в специализированный ревматологический стационар

программа дифференциальной диагностики по ведущему синдрому – Синдром полиартрита –

1. ПАРАНЕОПЛАСТИЧЕСКИЙ СИНДРОМ
2. ГЕМОБЛАСТОЗЫ:
3. ДИФФУЗНЫЕ БОЛЕЗНИ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ
4. СИСТЕМНЫЕ ВАСКУЛИТЫ
5. РЕВМАТОИДНЫЙ АРТРИТ
6. ПСОРИАТИЧЕСКИЙ АРТРИТ
7. РЕАКТИВНЫЙ УРОГЕННЫЙ АРТРИТ
8. ПОДАГРА
9. ОСТЕОАРТРОЗ СУСТАВОВ КИСТЕЙ

Основной: М05.8 Ревматоидный артрит, серопозитивный, с висцеральными проявлениями (ревматоидные узелки), 3-я степень активности, рентгенологическая стадия II, (эрозивный) функциональный класс (функциональная способность больной) III.

план лечения:

1. С целью уменьшения боли и воспаления в суставах – препараты симптоматического лечения или средства модифицирующие симптомы заболевания, но не иммунологические причины: нестероидные противовоспалительные средства (НПВС). Учитывая возраст больной и отсутствие сопутствующей патологии, можно назначить неселективные ингибиторы ЦОГ1 и ЦОГ2 – диклофенка натрия 0,15 г в сутки, либо преимущественно ингибиторы ЦОГ2 – мовалис 15 мг в сутки или селективные ингибиторы ЦОГ2 – коксибы: целебрекс 200 мг в сутки в один прием или 400 мг в сутки в два приема.

2. Базисная терапия – метотрексат, в зависимости от активности процесса от 7,5 мг до 15,0-25,0 мг в неделю.

3. В случаях отсутствия эффекта от применения метотрексата (до 25 мг в неделю), а также, если имеются осложнения от его применения или плохая переносимость метотрексата можно назначить Лефлуномид (ARAVA).

4. При отсутствии эффекта от «базисных» препаратов применение «биологических агентов»: химерные, моноклональные антитела к ФНО-α – ремикейд или инфликсимаб: разрешен к применению с метотрексатом.

1. селективные ингибиторы ЦОГ2 – коксибы: целебрекс 400 мг в сутки в два приема.

2. Метотрексат 10 мг в мышцу 1 раз в неделю четверг

3. Фолиевая кислота через 48 с суббота 5 мг

4. Дипиридомол 25 мг по 1 таб 3 раза в день в течение 2х месяцев

немедикаментозная терапия

- воздействие на факторы риска, формирование навыков ЗОЖ:
- беседа о важности рационального питания (прежде всего, включать в рацион продукты, богатые калием, снижение потребления поваренной соли до 5 г/сутки, увеличение потребления растительной пищи, а также уменьшение потребления животных жиров.)
- ЛФК

Критерий эффективности:

Уменьшение боли и признаков воспаления суставов, снижение лабораторной активности

Тема 8. Дифференциальная диагностика и врачебная тактика при системных заболеваниях соединительной ткани.

Задача №1.

Больная У. 24 лет, фельдшер, была направлена в стационар с жалобами на боли воспалительного ритма в суставах кистей, голеностопных суставах, наличие утренней скованности в суставах до 1 часа. Также отмечает повышение температуры тела до субфебрильных цифр по вечерам, появление сыпи на лице в области скул, общую слабость, выпадение волос.

Из анамнеза: считает себя больной в течение 2 лет, когда начала отмечать появление гиперемии кожи лица и шеи в ответ на инсоляцию. С лета настоящего года после гиперинсоляции (отдыхала на юге) и перегревания появились эритематозные высыпания на шее, руках. Через две недели после возвращения домой отметила повышение температуры тела до фебрильных цифр. По месту жительства выставлен диагноз ОРЗ, проводилась терапия антибактериальными препаратами без эффекта. При дополнительном обследовании выявлен белок в моче. Направлена в стационар. При осмотре: общее состояние средней степени тяжести. Кожные покровы: эритематозная сыпь в виде «бабочки» на коже лица, области декольте. Симметричные отёки до нижней трети голеней. Слизистые чистые. Дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД – 17 в минуту. Тоны сердца ясные, ритм правильный. ЧСС – 92 ударов в 1 минуту, АД - 140/80 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный, печень не выступает из-под края рёберной дуги по срединно-ключичной линии. Мочеиспускание свободное, безболезненное. Стул регулярный, оформленный. Припухлость в области II, III пястнофаланговых и II проксимальных межфаланговых суставов, в области голеностопных суставов; ограничение движений за счет болей, хват кистей - 80%; деформаций нет. Обследование: Общий анализ крови: эритроциты – $3,6 \times 10^{12}/л$, гемоглобин – 86 г/л, тромбоциты – $100 \times 10^9/л$, лейкоциты - $1,6 \times 10^9/л$, эозинофилы - 1%, палочкоядерные нейтрофилы - 8%, сегментоядерные нейтрофилы – 59%, лимфоциты – 25%, моноциты - 4%, СОЭ – 22 мм/ч. Общий анализ мочи – мутная, цвет - желтый, плотность – 1,022, реакция - кислая, белок – 0,560 г/л, глюкоза – отрицательная, лейкоциты - 20-25 в поле зрения. Биохимический анализ крови: креатинин – 118 мкмоль/л, мочевины - 8,8 ммоль/л, общий белок – 67 г/л, альбумины - 45%, α_1 – 4%, α_2 – 15%, β – 9%, γ - 27%, фибриноген – 6,3 г/л. Антитела к ДНК и антинуклеарный фактор – более 200 Ед/мл.

Вопросы:

1. выделите ведущий синдром на основании жалоб, сведений из анамнеза жизни и заболевания и данных полного физикального обследования пациента (осмотр, пальпация, перкуссия, аускультация)
2. сформулируйте предварительный диагноз и составьте план лабораторных и инструментальных обследований пациента
- 3 определите показания для направления пациента на лабораторное обследование в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) с учетом стандартов медицинской помощи
4. назовите диагностические инструментальные методы обследования с целью установления диагноза
- определите показания для направления пациента на инструментальное обследование в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) с учетом стандартов медицинской помощи
5. определите показания для направления пациента на консультацию к врачам-специалистам в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) с учетом стандартов медицинской помощи
6. определите показания для направления пациента для оказания специализированной медицинской помощи в стационарных условиях или в условиях дневного стационара в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) с учетом стандартов медицинской помощи
7. Проведите дифференциальную диагностику по ведущему синдрому, сформулируйте диагноз с учетом действующей международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ)
8. Оцените состояние пациента и показания для оказания медицинской помощи в неотложной форме

9. Окажите медицинскую помощь в неотложной форме
10. Разработайте план лечения в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) с учетом стандартов медицинской помощи
11. Назначьте лекарственные препараты, медицинские изделия и лечебное питание в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) с учетом стандартов медицинской помощи
12. Назначьте немедикаментозное лечение в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) с учетом стандартов медицинской помощи
13. Оцените эффективность и безопасность применения лекарственных препаратов, медицинских изделий, лечебного питания
14. назначьте персонализированное лечение в пожилом и старческом возрасте

Эталон ответа:

на основании жалоб, сведений из анамнеза жизни и заболевания и данных полного физикального обследования пациента (осмотр, пальпация, перкуссия, аускультация) выделен ведущий синдром - Синдром полиартрита

Основной: Системная красная волчанка, подострое течение, высокой степени активности с поражением кожи (эритема, фотосенсибилизация), суставов (артралгии, артрит), почек (люпус-нефрит), крови (тромбоцитопения, анемия, лейкопения).

план лабораторных и инструментальных обследований пациента:

-ЭХО-КГ (для исключения перикардита)

ОАМ, АОК.

б/химические показатели: креатинин. РФ. СРБ, АЛАТ, АСАТ.

Иммунологическое исследование крови: антитела к ДНК. АНА. АНФ

Рентгенологическое исследование грудной клетки

Узи плевральных полостей для исключения плеврита

УЗ-исследование почек для оценки поражения органа-мишени, решение вопроса о

проведении нефробиопсии с целью определения люпус-нефрита

Консультация дерматолога

Системная красная волчанка, подострое течение, высокой степени активности с поражением кожи (эритема, фотосенсибилизация), суставов (артралгии, артрит), почек (люпус-нефрит), крови (тромбоцитопения, анемия, лейкопения) является показанием для определения ОАМ, АОК.

б/химические показатели: креатинин. РФ. СРБ, АЛАТ, АСАТ.

Иммунологическое исследование крови: антитела к ДНК. АНА. АНФ

диагностические инструментальные методы обследования с целью установления диагноза

Рентгенологическое исследование грудной клетки

Узи плевральных полостей для исключения плеврита

ЭХО-КГ

Системная красная волчанка, подострое течение, высокой степени активности с поражением кожи (эритема, фотосенсибилизация), суставов (артралгии, артрит), почек (люпус-нефрит), крови (тромбоцитопения, анемия, лейкопения).

Рентгенологическое исследование грудной клетки

Узи плевральных полостей для исключения плеврита

ЭХО-КГ

УЗ-исследование почек для оценки поражения органа-мишени, решение вопроса о

проведении нефробиопсии с целью определения люпус-нефрита

Системная красная волчанка, подострое течение, высокой степени активности с поражением кожи (эритема, фотосенсибилизация), суставов (артралгии, артрит), почек (люпус-нефрит), крови (тромбоцитопения, анемия, лейкопения).

является показанием для направления пациента на консультацию к врачам-специалистам - врача-дерматолога

Системная красная волчанка, подострое течение, высокой степени активности с поражением кожи (эритема, фотосенсибилизация), суставов (артралгии, артрит), почек (люпус-нефрит), крови (тромбоцитопения, анемия, лейкопения).

недостаточности является показанием для госпитализации в специализированный ревматологический стационар

программа дифференциальной диагностики по ведущему синдрому - Синдром полиартрита

1. ПАРАНЕОПЛАСТИЧЕСКИЙ СИНДРОМ
2. ГЕМОБЛАСТОЗЫ:
3. ДИФФУЗНЫЕ БОЛЕЗНИ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ
4. СИСТЕМНЫЕ ВАСКУЛИТЫ
5. РЕВМАТОИДНЫЙ АРТРИТ
6. ПСОРИАТИЧЕСКИЙ АРТРИТ
7. РЕАКТИВНЫЙ УРОГЕННЫЙ АРТРИТ
8. ПОДАГРА
9. ОСТЕОАРТРОЗ СУСТАВОВ КИСТЕЙ

Основной: М 32.0 Системная красная волчанка, подострое течение, высокой степени активности с поражением кожи (эритема, фотосенсибилизация), суставов (артралгии, артрит), почек (люпус-нефрит), крови (тромбоцитопения, анемия, лейкопения).

Диагноз «системная красная волчанка (СКВ)» установлен на основании жалоб больной на наличие эритематозной сыпи в области скул, лихорадки, суставного синдрома, данных анамнеза (пациентка отмечает аллергическую реакцию на инсоляцию в течение 2 лет); установление течения СКВ основано на анамнезе заболевания (в дебюте конституциональные симптомы, неспецифическое поражение кожи и суставов, периодические обострения, развитие полиорганной симптоматики в течение 2 лет с момента появления первых симптомов). Степень активности СКВ установлена на основании наличия проявлений артрита, протеинурии (0,560 г/сут.), высыпаний на коже (эритематозная сыпь на скулах), алопеции (диффузное выпадение волос), повышенного содержания антител к двуспиральной ДНК (более 200 ЕД/мл), тромбоцитопении ($100 \times 10^9/\text{л}$), лейкопении ($1,6 \times 10^9/\text{л}$), поражения почек (протеинурия, снижение СКФ).

план лечения:

.) Глюкокортикостероиды короткого действия (Преднизолон или Метилпреднизолон). Данная группа препаратов наиболее эффективная для лечения СКВ.

Иммард (плаквенил) 200 мг по 1 таб 2 раза в день

При высокой степени активности СКВ с целью достижения быстрого эффекта показана пульс-терапия (500-1000 мг Метилпреднизолона внутривенно капельно в течение трёх дней).

Цитостатические иммунодепрессанты (Циклофосфан или Мофетиламикофенолат) назначаются больным СКВ при прогрессирующем течении, высокой активности, сопровождающимся поражением жизненно важных органов и систем. Цитостатики являются важнейшим компонентом лечения СКВ, особенно при угрожающем течении с поражением почек, ЦНС, генерализованном васкулите, альвеолите.

Оставить терапию глюкокортикостероидами без изменений, продолжить динамическое наблюдение.

При достижении улучшения, снижения активности болезни -доза ГК может быть медленно уменьшена (Преднизолон по 1/4 таблетки 7-10 дней) до поддерживающей, которая варьирует в зависимости от течения болезни, поражения того или иного органа или системы, риска развития обострения, коморбидных заболеваний и осложнений.

При длительном приеме ГК у больных необходимо контролировать и проводить профилактику остеопороза, сахарного диабета, атеросклероза, гиперлипидемии, артериальной гипертензии, поражения желудочно-кишечного тракта, катаракты, глаукомы.

1. Метипред 4 мг 4 таб в 8.00, 4 таб в 12.00 после еды

2. Пантопразол 20 мг по 1 таб 2 раза в день

3. Ампаркам по 1 таб 4 раза в день

4. Пульстерапия Метипредом 1000 мг в вену №3 капельно

5. Циклофосфан 1000 мг в вену №1 капельно

6. Иммард (плаквенил) 200 мг по 1 таб 2 раза в день

7. Дипиридомол 25 мг по 1 таб 3 раза в день

немедикаментозная терапия

- Избегать инсоляций
- ЛФК

Критерий эффективности:

положительная динамика клинический и лабораторных показателей.

При достижении улучшения, снижения активности болезни -доза ГК может быть медленно уменьшена (Преднизолон по 1/4 таблетки 7-10 дней) до поддерживающей, которая варьирует в зависимости от течения болезни, поражения того или иного органа или системы, риска развития обострения, коморбидных заболеваний и осложнений. При длительном приеме ГК у больных необходимо контролировать и проводить профилактику остеопороза, сахарного диабета, атеросклероза, гиперлипидемии, артериальной гипертензии, поражения желудочно-кишечного тракта, катаракты, глаукомы.

Тема 9. Дифференциальная диагностика и врачебная тактика при «сердечных» шумах

Задача №1.

Больной Г. 26 лет на приёме у врача-терапевта участкового предъявляет жалобы на одышку при небольшой физической нагрузке. В анамнезе - частые ангины в детстве. В возрасте 12 лет у больного был эпизод болей в коленных суставах в течение недели. На фоне приёма Диклофенака боли прошли через 1 неделю. В течение последних трёх лет отмечает ухудшение переносимости физических нагрузок из-за одышки. Толерантность к нагрузкам резко снизилась за последние 6 месяцев: одышка стала возникать при ходьбе с обычной скоростью. К врачам не обращался. Неделю назад отметил приступ частого неритмичного сердцебиения, купированный самостоятельно через 5 часов. При осмотре: кожные покровы обычной окраски, отмечается цианоз губ, кончика носа, «румянец» щёк, в лёгких хрипов нет, ЧДД - 24 в минуту, перкуторно - верхняя граница сердца на уровне II межреберья, остальные границы в пределах нормы. На верхушке - трёхчленный ритм, хлопающий первый тон, диастолический шум. Тоны ритмичные, ЧСС - 90 ударов в минуту, АД - 100/60 мм рт. ст. Живот безболезненный. Печень: +2 см от края рёберной дуги, селезёнка не пальпируется.

Вопросы:

1. выделите ведущий синдром на основании жалоб, сведений из анамнеза жизни и заболевания и данных полного физикального обследования пациента (осмотр, пальпация, перкуссия, аускультация)
2. сформулируйте предварительный диагноз и составьте план лабораторных и инструментальных обследований пациента
- 3 определите показания для направления пациента на лабораторное обследование в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) с учетом стандартов медицинской помощи
4. назовите диагностические инструментальные методы обследования с целью установления диагноза
- определите показания для направления пациента на инструментальное обследование в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) с учетом стандартов медицинской помощи
5. определите показания для направления пациента на консультацию к врачам-специалистам в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) с учетом стандартов медицинской помощи
6. определите показания для направления пациента для оказания специализированной медицинской помощи в стационарных условиях или в условиях дневного стационара в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) с учетом стандартов медицинской помощи
7. Проведите дифференциальную диагностику по ведущему синдрому, сформулируйте диагноз с учетом действующей международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ)
8. Оцените состояние пациента и показания для оказания медицинской помощи в неотложной форме
9. Окажите медицинскую помощь в неотложной форме
10. Разработайте план лечения в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) с учетом стандартов медицинской помощи
11. Назначьте лекарственные препараты, медицинские изделия и лечебное питание в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) с учетом стандартов медицинской помощи
12. Назначьте немедикаментозное лечение в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) с учетом стандартов медицинской помощи
13. Оцените эффективность и безопасность применения лекарственных препаратов, медицинских изделий, лечебного питания
14. назначьте персонализированное лечение в пожилом и старческом возрасте

Эталон ответа:

на основании жалоб, сведений из анамнеза жизни и заболевания

и данных полного физикального обследования пациента (осмотр, пальпация, перкуссия, аускультация) выделен ведущий синдром - Синдром стеноза левого атриовентрикулярного отверстия

Основной: ХРБС. стеноз левого атриовентрикулярного отверстия Н2 Б, NYHA Зкл .

план лабораторных и инструментальных обследований пациента:

-ЭХО-КГ (сократимость миокарда ЛЖ, размеры полостей, состояние клапанного аппарата, внутрисполостной тромбоз);

- общий анализ крови, анализ на СРБ, АСЛ-О,

холтеровское трёхсуточное мониторирование ЭКГ для выявления характера нарушений ритма стеноз левого атриовентрикулярного отверстия является показанием для определения СРБ, АСЛ-О

иммунологическое исследование: антифосфолипидные антитела: волчаночный антикоагулянт, антитела к кардиолипинам, бета 2 гликопротеину,

диагностические инструментальные методы обследования с целью установления диагноза

ЭХО-КГ (сократимость миокарда ЛЖ, размеры полостей, состояние клапанного аппарата, внутрисполостной тромбоз);

клапанного аппарата, внутрисполостной тромбоз);

холтеровское трёхсуточное мониторирование ЭКГ для выявления характера нарушений ритма

стеноз левого атриовентрикулярного отверстия является показанием для направления пациента

ЭХО-КГ (сократимость миокарда ЛЖ, размеры полостей, состояние клапанного аппарата, внутрисполостной тромбоз);

клапанного аппарата, внутрисполостной тромбоз);

холтеровское трёхсуточное мониторирование ЭКГ для выявления характера нарушений ритма

При ультразвуковом исследовании сердца у данного пациента можно определить расширение левого предсердия, увеличение градиента давления на митральном клапане, повышение давления в лёгочной артерии. При митральном стенозе быстро развивается дилатация левого предсердия (у пациента выявлены её перкуторные признаки - расширение границы сердца вверх). Дилатация левого желудочка для данного порока не характерна. Вследствие уменьшения площади левого атриовентрикулярного отверстия увеличивается градиент давления на митральном клапане. Повышение градиента давления на левый желудочек/аорту наблюдают и при другом пороке - стенозе устья аорты. Для митрального стеноза характерно развитие активной лёгочной гипертензии, её клиническое проявление у данного пациента – одышка.

стеноз левого атриовентрикулярного отверстия является показанием для направления пациента на консультацию к врачам-специалистам - врача-кардиолога, кардиохирурга

При неэффективности амбулаторной терапии и прогрессировании сердечной недостаточности показана госпитализация в специализированный кардиологический стационар

программа дифференциальной диагностики по ведущему синдрому - Синдром стеноза левого атриовентрикулярного отверстия –

ХРБС

Антифосфолипидный синдром

Миксома сердца

Основной: I05. ХРБС. стеноз левого атриовентрикулярного отверстия Н2 Б, NYHA Зкл .

Обоснованием является наличие у пациента прямых аускультативных признаков стеноза левого атриовентрикулярного отверстия: диастолический шум на верхушке, хлопающий первый тон в сочетании с тоном открытия митрального клапана (дополнительный тон). В анамнезе у больного в детстве типичные ревматические атаки, быстро купировавшиеся приемом НПВС. Характерные для НКШБ одышка и увеличение печени: +2 см от края рёберной дуги,

Изолированный митральный стеноз практически всегда является следствием ревматической лихорадки. На эту этиологию косвенно указывают молодой возраст пациента (атеросклероз маловероятен), частые ангины в детстве (очаг стрептококковой инфекции), эпизод артралгии в анамнезе (ревматическая атака?). Анамнез заболевания и клиническая картина не соответствуют диагнозу инфекционного эндокардита: нет лихорадки, спленомегалии, порок, выявляемый у пациента, является стенозом митрального отверстия, а не недостаточностью митрального клапана. Поражение клапанов сердца при системной красной волчанке, сифилисе также может приводить к формированию недостаточности митрального клапана, а не к стенозу митрального отверстия.

Трёхчленный ритм при митральном стенозе обусловлен появлением добавочного тона в диастолу - тоном открытия митрального клапана, аускультативным феноменом, выявляемым у больных с митральным стенозом. Он образуется вследствие того, что склерозированные, сросшиеся створки митрального клапана не могут полностью отойти к стенкам желудочка, поэтому при ударе о клапан струи крови, изливающейся из предсердия, возникают звуковые колебания.

план лечения:

У пациента в настоящий момент отсутствуют признаки активности ревматического процесса, следовательно, нет необходимости приёма противовоспалительной терапии. Необходим общий анализ крови, анализ на СРБ, АСЛ-О, ЭКГ, холтеровское трёхсуточное мониторирование ЭКГ для выявления характера нарушений ритма. В связи с появлением осложнений порока сердца в виде сердечной недостаточности, возможных пароксизмов фибрилляции предсердий пациенту показано оперативное лечение - митральная комиссуротомия или протезирование митрального клапана. Появление фибрилляции предсердий у больных с митральным стенозом сопряжено с высоким риском тромбоэмболий в сосуды большого круга кровообращения. Для профилактики тромбоэмболий больному показан пожизненный приём непрямых антикоагулянтов - варфарина с целевым уровнем МНО-2,0-2,5. С целью лечения сердечной недостаточности диуретики - Тригрим 10 мг утром, до 1 месяца (цель – профилактика тромбозов).

1. Тригрим 10 мг утром

2. дигоксин 2, 5 мг 1 таб 1 раз в день

2. спироноланктон 25 мг 1 таб 1 раз в день

4. диувер

немедикаментозная терапия

- воздействие на факторы риска, формирование навыков ЗОЖ):
- обучение в школе здоровья по АГ, провести беседу о важности рационального питания (прежде всего, включать в рацион продукты, богатые калием, снижение потребления поваренной соли до 5 г/сутки, увеличение потребления растительной пищи, а также уменьшение потребления животных жиров.)
- постепенное увеличение физической активности (умеренные аэробные нагрузки - ходьба, плавание, фитнес не менее 30 минут 5-7 дней в неделю),
- самоконтроль АД.

Критерий эффективности:

положительная динамика на ЭКГ

уменьшение частоты ЧСС

В случае недостаточной дозировки бета-блокаторов - увеличить дозировку. При сниженной Фракции выброса - к терапии может быть добавлен Дигоксин. При отсутствии признаков сердечной недостаточности возможен приём препаратов из группы антагонистов кальция недигидропиридинового ряда. При отсутствии поражения щитовидной железы и других противопоказаний к терапии может быть добавлен Амиодарон в дозировке 200 мг (для контроля частоты, но не контроля ритма).

Тема 10. Дифференциальный диагноз и врачебная тактика при системных васкулитах

Задача №1.

Больной 27 лет доставлен в стационар с жалобами на кашель с выделением мокроты, диффузно окрашенной алой кровью, одышку в покое, зуд кожи, сухость во рту, жажду, резкую общую слабость. В течение нескольких лет наблюдается у терапевта по поводу артериальной гипертонии, постоянно определяются патологические изменения в моче. В течение последнего месяца отметил ухудшение общего состояния, прогрессивно нарастала общая слабость, многократно повторялась рвота, жаловался на резкие головные боли и отсутствие аппетита. Постепенно нарастала одышка, появился кашель и в течение последних двух дней обильное кровохарканье. Доставлен с подозрением на крупозную пневмонию.

Объективно - состояние тяжёлое. Кожа сухая, бледная, со следами расчесов. Пастозность лица, небольшие отёки на голенях и пояснице. В легких дыхание жёсткое, рассеянные сухие хрипы, в нижних отделах с обеих сторон - мелкопузырчатые влажные хрипы. ЧДД 28 в минуту. Границы сердца расширены влево, ритм сердечных сокращений правильный, тоны глухие, акцент 2-го тона на аорте, короткий систолический шум во всех точках. Пульс 96 в минуту. АД 200/110 мм. рт. ст. Живот мягкий, небольшая болезненность при пальпации без четкой локализации.

Анализ крови: эритроциты $2,8 \times 10^{12}/л$, гемоглобин 93 г/л, лейкоциты $9,6 \times 10^9/л$, СОЭ- 32 мм в час.

Анализ мочи: удельный вес 1006, белок 1,32 г/л, в осадке 2-3 лейкоцита и 10-12 эритроцитов в поле зрения, гиалиновые цилиндры. Мочевина крови 25,8 ммоль/л, креатинин- 1,23 ммоль/л. На рентгенограмме лёгких усиление лёгочного рисунка, снижение прозрачности лёгочной ткани в нижних отделах с обеих сторон.

Вопросы:

1. выделите ведущий синдром на основании жалоб, сведений из анамнеза жизни и заболевания и данных полного физикального обследования пациента (осмотр, пальпация, перкуссия, аускультация)
2. сформулируйте предварительный диагноз и составьте план лабораторных и инструментальных обследований пациента
- 3 определите показания для направления пациента на лабораторное обследование в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) с учетом стандартов медицинской помощи
- 4.назовите диагностические инструментальные методы обследования с целью установления диагноза
- определите показания для направления пациента на инструментальное обследование в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) с учетом стандартов медицинской помощи
5. определите показания для направления пациента на консультацию к врачам-специалистам в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) с учетом стандартов медицинской помощи
6. определите показания для направления пациента для оказания специализированной медицинской помощи в стационарных условиях или в условиях дневного стационара в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) с учетом стандартов медицинской помощи
7. Проведите дифференциальную диагностику по ведущему синдрому, сформулируйте диагноз с учетом действующей международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ)
8. Оцените состояние пациента и показания для оказания медицинской помощи в неотложной форме
9. Окажите медицинскую помощь в неотложной форме
10. Разработайте план лечения в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) с учетом стандартов медицинской помощи
11. Назначьте лекарственные препараты, медицинские изделия и лечебное питание в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) с учетом стандартов медицинской помощи

12. Назначьте немедикаментозное лечение в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения с учетом стандартов медицинской помощи)

13. Оцените эффективность и безопасность применения лекарственных препаратов, медицинских изделий, лечебного питания

14. назначьте персонализированное лечение в пожилом и старческом возрасте

Эталон ответа:

на основании жалоб, сведений из анамнеза жизни и заболевания

и данных полного физического обследования пациента (осмотр, пальпация, перкуссия, аускультация) выделен ведущий синдром - Мочевой синдром в виде протеинурии и гематурии, который соответствует нефритическому синдрому – синдрома гломерулонефрита.,

Основной: Гранулематоз Вегенера (ГВ). ХПН..

план лабораторных и инструментальных обследований пациента:

- Общий анализ крови, мочи.

Биохимический анализ крови: общий белок, белковые фракции, ревматоидный фактор.

Циркулирующие иммунные комплексы, IgG и IgA.

Биопсия пораженных тканей верхних дыхательных путей или почек. Рентгенологическое исследование легких.

Гранулематоз Вегенера является показанием для определения Общий анализ крови, мочи.

Биохимический анализ крови: общий белок, белковые фракции, ревматоидный фактор.

Циркулирующие иммунные комплексы, IgG и IgA.

диагностические инструментальные методы обследования с целью установления диагноза

Биопсия пораженных тканей верхних дыхательных путей или почек. Рентгенологическое исследование легких.

Гранулематоз Вегенера является показанием для направления Биопсии пораженных тканей верхних дыхательных путей или почек. Рентгенологическое исследование легких.

Гранулематоз Вегенера является показанием для направления пациента на консультацию к врачам-специалистам - врача-нефролога, оториноларинголога

Гранулематоз Вегенера является показанием для госпитализации в специализированный ревматологический стационар

программа дифференциальной диагностики по ведущему синдрому - Мочевой синдром в виде протеинурии и гематурии, который соответствует нефритическому синдрому – синдрома гломерулонефрита

1 этап

1. Первичный гломерулонефрит

2. Вторичный гломерулонефрит

• Паранеопластические поражения почек.

• Хронический гломерулонефрит на фоне бактериальных инфекций (стрептококковая инфекция, сифилис, туберкулез, сепсис);

• Вирус-ассоциированные нефропатии (гепатита А, В, С, ВИЧ, парвовирусом В19, цитомегаловирусом, вирусом коксаки В, вирусом Эпштейна-Барра, полиомавирусом, гантавирусом, аденовирусом. В большинстве случаев вышеперечисленные вирусы вызывают развитие различных морфологических вариантов гломерулонефритов (хронический вторичный гломерулонефрит)

• Системная красная волчанка

• Системные васкулиты (узелковый периартериит, геморрагический васкулит, АНЦА-ассоциированные васкулиты)

• Лекарственные нефропатии

2 этап

- другие системные васкулиты (узелковый периартериит, геморрагический васкулит, болезнь Гудпасчера),

диффузные болезни соединительной ткани,

гранулематозные процессы (саркоидоз, бериллиоз, эозинофильная пневмония, синдром Леффлера),

инфекционные гранулемы (туберкулез, сифилис, микозы),

злокачественные опухоли

Основной: М31.3 Гранулематоз Вегенера (ГВ). ХПН.

ГВ развивается постепенно с острого или хронического ринита с язвенно-некротическими изменениями на слизистой оболочке придаточных пазух (синусит), гортани и трахеи. Нарастает лихорадка, развивается клиника трахеобронхита, пневмонии со склонностью к распаду и образованию полостей в легких. В этот период развиваются язвенно-некротические поражения кожи, костнохрящевое скелета лица, перфорация носовой перегородки, артралгии, полиморфная кожная сыпь. Наиболее постоянный признак ГВ - поражение легких (боли в грудной клетке, одышка, кашель с кровянистой мокротой или кровохарканье). Характерным для ГВ являются множественные двусторонние инфильтраты, временами с просветлением (полости). Особенность болезни - развитие быстро прогрессирующего гломерулонефрита со значительной протеинурией, гематурией. Быстрое прогрессирование почечной патологии с развитием олигурии и почечной недостаточности.

план лечения:

Терапия циклофосфамидом. При остром течении - внутривенно (5-10 мг/кг в течении 2-3 дней) с последующим переходом на прием внутрь (по 12 мг/кг на 2 недели).

Затем в поддерживающей дозе 25-50 мг в течении года.

Обильное питье не менее 2,5-3 литров в сутки. Гепарин 20000-30000 ЕД/сут в течение 2 месяцев.

При развитии почечной недостаточности обычная терапия малоэффективна.

Показаны спленэктомия и двусторонняя нефрэктомия с пересадкой донорской почки.

циклофосфамид. При остром течении - внутривенно (5-10 мг/кг в течении 2-3 дней) с последующим переходом на прием внутрь (по 12 мг/кг на 2 недели)

.Метипред 4 мг 4 таб в 8.00, 4 таб в 12.00 после еды

Пантопризол 20 мг по 1 таб 2 раза в день

Ампаркам по 1 таб 4 раза в день

немедикаментозная терапия

- Обильное питье не менее 2,5-3 литров в сутки.
- Самоконтроль АД

Критерий эффективности:

положительная динамика клинических и лабораторных показателей

Тема 11. Дифференциальная диагностика и врачебная тактика при наличии патологического мочевого осадка.

Задача №1.

Женщина 24 лет обратилась к врачу с жалобами на слабость, повышение температуры тела до 39,2°C, тянущие боли в поясничной области, частое, болезненное мочеиспускание в малых количествах.. Из анамнеза известно, что считает себя больной с 14 лет, когда впервые отметила появление вышеуказанных жалоб, был диагностирован острый пиелонефрит, проведено лечение. В последующие 2 года неоднократные госпитализации с аналогичными жалобами, выставлен диагноз хронического пиелонефрита. В 16 лет больной было предложено санаторно-курортное лечение, которое дало положительные результаты. Ухудшение состояния около 2-х недель назад, когда после переохлаждения появились озноб, повышение температуры тела до 39°C, сильные приступообразные боли в поясничной области, которые иррадиировали вниз живота, сопровождающиеся частым болезненным мочеиспусканием.

При осмотре: состояние относительно удовлетворительное. Рост 175 см. Вес 64 кг. Кожные покровы чистые, обычной окраски. Отёков нет. В лёгких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, ритмичные. ЧСС – 70 уд.в мин., АД – 120/80 мм.рт.ст. Живот мягкий, при пальпации безболезненный во всех отделах. Печень и селезёнка не увеличены. Симптом поколачивания по поясничной области положительный справа. Частое болезненное мочеиспускание. В анализах: лейкоциты 8,9x10⁹/л, СОЭ 36 мм/час, мочевины 4,3 ммоль/л, креатинин 72,6 мкмоль/л, общий белок 46 г/л. СКФ 92 мл/мин/1,73м². Общий анализ мочи: удельный вес – 1009, белок – 0,5, лейкоциты – вне поле зрения, слизь, клетки плоского эпителия. Обзорная и экскреторная урография – почки расположены обычно, теней конкрементов не выявлено. Имеется грибовидная деформация чашечек, шейки вытянуты, лоханка атонична. Контуры почек неровные, снижено накопление контраста справа. Уродинамика не нарушена.

Вопросы:

1. выделите ведущий синдром на основании жалоб, сведений из анамнеза жизни и заболевания и данных полного физикального обследования пациента (осмотр, пальпация, перкуссия, аускультация)
2. сформулируйте предварительный диагноз и составьте план лабораторных и инструментальных исследований пациента
- 3 определите показания для направления пациента на лабораторное обследование в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) с учетом стандартов медицинской помощи
4. назовите диагностические инструментальные методы обследования с целью установления диагноза
- определите показания для направления пациента на инструментальное обследование в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) с учетом стандартов медицинской помощи
5. определите показания для направления пациента на консультацию к врачам-специалистам в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) с учетом стандартов медицинской помощи
6. определите показания для направления пациента для оказания специализированной медицинской помощи в стационарных условиях или в условиях дневного стационара в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) с учетом стандартов медицинской помощи
7. Проведите дифференциальную диагностику по ведущему синдрому, сформулируйте диагноз с учетом действующей международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ)
8. Оцените состояние пациента и показания для оказания медицинской помощи в неотложной форме
9. Окажите медицинскую помощь в неотложной форме
10. Разработайте план лечения в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) с учетом стандартов медицинской помощи

11. Назначьте лекарственные препараты, медицинские изделия и лечебное питание в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) с учетом стандартов медицинской помощи

12. Назначьте немедикаментозное лечение в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения с учетом стандартов медицинской помощи)

13. Оцените эффективность и безопасность применения лекарственных препаратов, медицинских изделий, лечебного питания

14. назначьте персонализированное лечение в пожилом и старческом возрасте

Эталон ответа:

на основании жалоб, сведений из анамнеза жизни и заболевания

и данных полного физикального обследования пациента (осмотр, пальпация, перкуссия, аускультация) выделен ведущий синдром - Синдром дизурии

Основной: Хронический первичный правосторонний пиелонефрит в фазе обострения, рецидивирующая форма, без нарушения функции почек. ХБП 1 ст.

план лабораторных и инструментальных обследований пациента:

- проведение посева мочи для выявления возбудителя заболевания и чувствительности его к антибактериальной терапии;

УЗИ почек для определения размеров почек, наличие в них конкрементов;

проба Реберга для определения экскреторной функции почек.

Хронический первичный правосторонний пиелонефрит в фазе обострения, рецидивирующая форма, без нарушения функции почек. ХБП 1 ст. является показанием проведение посева мочи для выявления возбудителя заболевания и чувствительности его к антибактериальной терапии;

проба Реберга для определения экскреторной функции почек

диагностические инструментальные методы обследования с целью установления диагноза

УЗИ почек для определения размеров почек, наличие в них конкрементов;

Хронический первичный правосторонний пиелонефрит в фазе обострения, рецидивирующая форма, без нарушения функции почек. ХБП 1 ст. является показанием для направления УЗИ почек для определения размеров почек, наличие в них конкрементов

Хронический первичный правосторонний пиелонефрит в фазе обострения, рецидивирующая форма, без нарушения функции почек. ХБП 1 является показанием для направления пациента на консультацию к врачам-специалистам - врача-нефролога, уролога

При неэффективности амбулаторной терапии показана госпитализация в терапевтический стационар

программа дифференциальной диагностики по ведущему синдрому - Синдром дизурии – 1. острый пиелонефрит (клиническая картина и данные анализов идентичны, однако нет длительного анамнеза, заболевание протекает впервые, так же при хроническом пиелонефрите в отличие от острого возможно снижение концентрационной способности почек, повышение креатинина и азотистых шлаков).

Ц. мочевая инфекция (характерно дизурические расстройства, лейкоцитурия, бактериурия, без признаков поражения почек (симптом покалывания, изменения размеров и функции почек по данным УЗИ и экскреторной урографии)).

Основной: N11.0 Хронический первичный правосторонний пиелонефрит в фазе обострения, рецидивирующая форма, без нарушения функции почек. ХБП 1 ст.

Диагноз «пиелонефрит» установлен на основании жалоб (на слабость, повышение температуры тела до 39,2°C, тянущие боли в поясничной области, частое, болезненное мочеиспускание в малых количествах); данные анамнеза (острый пиелонефрит, который перешёл в хроническую форму, его неоднократное обострение); данные осмотра (положительный симптом покалывания справа); данных анализов крови и мочи (увеличение СОЭ в общем анализе крови и лейкоцитурия); данных экскреторной урографии (деформация чашечно-лоханочной структуры и снижение накопления контраста справа). Первичный пиелонефрит установлен на основании отсутствия данных за какие-либо патологические состояния мочевыводящих путей и почек, которые приводят к развитию вторичного пиелонефрита (МКБ, стриктура мочеточника, беременность). Хронический пиелонефрит и рецидивирующее течение установлены на основании данных анамнеза (неоднократные рецидивы острого пиелонефрита с исходом в хронический пиелонефрит). На фазу обострения хронического пиелонефрита указывает повышение температуры тела, лейкоцитоз в крови, повышение СРБ,

большое количество лейкоцитов в моче. ХПБ 1 стадии установлена на основании уровня Скорость клубочковой фильтрации (СКФ) 92 мл/мин/1,73 м², что соответствует 1 стадии ХБП.
план лечения:

1. Антибактериальная терапия - продолжительность терапии составляет от 5 дней до 2 недель. Начинать лечение предпочтительнее с парентерального введения антибактериальных средств, переходя потом на приём внутрь. Из современных препаратов применяются фторхинолоны (Таваник (Левифлоксацин) 250-500 мг 1 раз в сутки) или β-лактамы. Используют также III и IV поколение цефалоспоринов, полусинтетические или уреидопенициллины, монобактамы, пенымы и ингибиторы β-лактамазы: Цефтриаксон (2 г 1 раз в сутки внутримышечно), Цефазолин (1 г 3 раза в сутки). В начале лечения аминогликозидами рекомендуют высокие дозы (2,5-3 мг/ кг в сутки), которые потом могут быть снижены до поддерживающих (1-1,5 мг/кг в сутки). Кратность введения может колебаться от 3 до 1 раза в сутки (в последнем случае рекомендуют введение препаратов в дозе 5 мг/кг, которая считается более эффективной и менее токсичной).

2. Дезинтоксикационная терапия (NaCl 0,9% в/в капельно, раствор глюкозы 5% в/в капельно).

3. Средства, улучшающие почечный кровоток (Трентал), дипиридомол

Спазмолитики (Но-шпа, Баралгин).

5. Антикоагулянты (Гепарин).

6. Диета - ограничить острые, пряные, жареные, копчёные продукты, приправы. Ограничение поваренной соли, чередование белковой и растительной пищи. Питьё слабоминерализованных вод.

1.Таваник (Левифлоксацин) 250-500 мг 1 раз в сутки)

2. дипиридомол. 25 мг 3 раза в дпень

3. но-шпа 4-0 мг 2 раза в день

немедикаментозная терапия

Диета - ограничить острые, пряные, жареные, копчёные продукты, приправы. Ограничение поваренной соли, чередование белковой и растительной пищи. Питьё слабоминерализованных вод.

Критерий эффективности:

Улучшение клинических и лабораторных показателей.

Тема 14. Дифференциальный диагноз и врачебная тактика заболеваний, проявляющихся нефротическим синдромом.

Задача №1.

Больной К. 49 лет, экономист, жалуется на головные боли, головокружение, повышение артериального давления до 160/100 мм рт. ст., инспираторную одышку и чувство сердцебиения при незначительной физической нагрузке, сердце, отёки верхних и нижних конечностей. Из анамнеза известно, что 5 лет назад через 2 недели после проведения вакцинации у пациента в течение нескольких дней отмечалась макрогематурия. Из-за занятости за медицинской помощью не обращался. Сохранялось удовлетворительное самочувствие. Последние полгода отмечена артериальная гипертензия, до 190/100 мм рт. ст. Неделю назад отметил боль в ротоглотке при глотании, однократное повышение температуры тела до 38,0°C градусов, не лечился. Одновременно заметил отёки ног, лица, снижение суточного диуреза. При исследовании общего анализа мочи выявлена протеинурия, лейкоцитурия. Перенесённые заболевания: частые ОРЗ, ангины. Вредные привычки отрицает.

Объективно: состояние средней степени тяжести. Рост - 183 см, масса тела - 90 кг. Температура тела - 36,2°C. Лицо бледное, одутловатое, веки отёчны, глаза сужены. Кожные покровы и слизистые бледные, чистые, влажные. Выраженные отёки на голенях. Щитовидная железа не пальпируется. Периферические лимфоузлы не пальпируются.

Грудная клетка нормостенической формы, симметричная. При сравнительной перкуссии ясный лёгочный звук. Частота дыхания - 16 в минуту. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Пульс одинаков на обеих лучевых артериях, 90 в минуту, удовлетворительного наполнения, напряжён. При аускультации: тоны сердца ясные, числом два, ритм правильный, акцент II тона над аортой, АД - 180/100 мм рт. ст. Слизистая задней стенки глотки и мягкого нёба бледно-розовая, чистая. Нёбные миндалины не увеличены, слизистая их бледно-розовая чистая, лакуны их свободные. Живот симметричный, мягкий, безболезненный во всех отделах при поверхностной и глубокой пальпации, передняя брюшная стенка отёчна. Пальпация правого подреберья безболезненна, край печени не пальпируется, размеры по Курлову: 10×9×8 см. Селезёнка не увеличена. Поясничная область отёчна, симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Почки не пальпируются.

При лабораторных и инструментальных исследованиях получены следующие данные.

Общий анализ крови: гемоглобин - 120 г/л, эритроциты - $4,8 \times 10^{12}$ /л, лейкоциты - $5,8 \times 10^9$ /л, эозинофилы - 3%, палочкоядерные нейтрофилы - 3%, сегментоядерные нейтрофилы - 53%, лимфоциты - 35%, моноциты - 6%; СОЭ - 30 мм/ч. Общий анализ мочи: светло-жёлтая, прозрачная, рН кислая, удельный вес - 1,016, белок - 6,5 г/л, эпителий - ед. в поле зрения, эритроциты - 15-20 в поле зрения, лейкоциты - 2-4 в поле зрения, цилиндры: гиалиновые - 1-2 в поле зрения, зернистые - 0-2 в поле зрения.

Биохимическое исследование крови: билирубин общий - 12,8 ммоль/л, мочевины - 7,3 ммоль/л., креатинин - 0,096 ммоль/л, глюкоза - 4,3 ммоль/л, холестерин - 14,2 ммоль/л, калий - 3,8 ммоль/л, общий белок - 50 г/л., альбумин - 25 г/л.

Суточная протеинурия - 10,2 г, диурез - 900 мл. Белки мочи методом эл/фореза: А - 80%, Г - 20%.

УЗИ почек, мочевого пузыря: правая почка - 120×56 мм, паренхима - 20 мм, левая почка - 118×54 мм, паренхима - 19 мм. Паренхима обеих почек диффузно-неоднородная. Лоханки, чашечки не изменены. Конкременты, объёмные образования не выявлены. Мочевой пузырь б/о.

Вопросы:

1. выделите ведущий синдром на основании жалоб, сведений из анамнеза жизни и заболевания и данных полного физикального обследования пациента (осмотр, пальпация, перкуссия, аускультация)

2. сформулируйте предварительный диагноз и составьте план лабораторных и инструментальных обследований пациента

3 определите показания для направления пациента на лабораторное обследование в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) с учетом стандартов медицинской помощи

4. назовите диагностические инструментальные методы обследования с целью установления диагноза

определите показания для направления пациента на инструментальное обследование в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) с учетом стандартов медицинской помощи

5. определите показания для направления пациента на консультацию к врачам-специалистам в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) с учетом стандартов медицинской помощи
6. определите показания для направления пациента для оказания специализированной медицинской помощи в стационарных условиях или в условиях дневного стационара в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) с учетом стандартов медицинской помощи
7. Проведите дифференциальную диагностику по ведущему синдрому, сформулируйте диагноз с учетом действующей международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ)
8. Оцените состояние пациента и показания для оказания медицинской помощи в неотложной форме
9. Окажите медицинскую помощь в неотложной форме
10. Разработайте план лечения в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) с учетом стандартов медицинской помощи
11. Назначьте лекарственные препараты, медицинские изделия и лечебное питание в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) с учетом стандартов медицинской помощи
12. Назначьте немедикаментозное лечение в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) с учетом стандартов медицинской помощи
13. Оцените эффективность и безопасность применения лекарственных препаратов, медицинских изделий, лечебного питания
14. назначьте персонализированное лечение в пожилом и старческом возрасте

Эталон ответа:

на основании жалоб, сведений из анамнеза жизни и заболевания

и данных полного физикального обследования пациента (осмотр, пальпация, перкуссия, аускультация) выделены

Синдромы:

а) артериальной гипертензии (АД =180/100 мм рт. ст., расширение границ сердца, акцент 2 тона на аорте);

б) нефротический (отеки, массивная протеинурия 10,2 г/сут, селективная, гипопропротеинемия - 50 г/л, гипоальбуминемия – 25 г/л, гиперхолестеринемия - 14,2 ммоль/л.);

в) мочевого (протеинурия, эритроцитурия, цилиндрурия).

ведущий синдром - нефротический синдром

Основной: «хронический гломерулонефрит, смешанная форма, нефротический синдром ХБП 1 ст. план лабораторных и инструментальных обследований пациента:

Пункционная биопсия почки,

УЗДМ – сосудов почек,

ЭХО-КГ,

глазное дно,

ФГДС,

железистый комплекс, группа крови, Rh + фактор;

рентгенография органов грудной клетки,

УЗИ брюшной полости.

Определить СКФ по формуле Кокрофта – Гоулта(140 – возраст × вес (кг)0,81 × уровень креатинина в мкмоль/л × 0,85(для ж.).

нефротический синдром является показанием для определения железистого комплекса, группы крови, Rh + фактор СКФ по формуле Кокрофта – Гоулта(140 – возраст × вес (кг)0,81 × уровень креатинина в мкмоль/л × 0,85(для ж.).

диагностические инструментальные методы обследования с целью установления диагноза

Пункционная биопсия почки,

УЗДМ – сосудов почек,

ЭХО-КГ,

глазное дно,

ФГДС,
рентгенография органов грудной клетки,
УЗИ брюшной полости.
нефротический синдром является показанием для направления Пункционная биопсия почки,
УЗДМ – сосудов почек,
ЭХО-КГ,
глазное дно,
ФГДС,

рентгенография органов грудной клетки,
УЗИ брюшной полости.

нефротический синдром является показанием для направления пациента на консультацию к врачам-специалистам - врача нефролога

показана госпитализация в специализированный нефрологический стационар
программа дифференциальной диагностики по ведущему синдрому - нефротический синдром I. Поражение почек при системных заболеваниях: 1) амилоидозе; 2) сахарном диабете (при диабетической нефропатии); 3) системной красной волчанке, ревматоидным артритом; 4) геморрагическом васкулите; 5) подостром инфекционном эндокардите; 6) парапротеинемиях (множественная миелома, болезнь легких цепей, смешанная криоглобулинемия);

II. Инфекционные заболевания: 1) бактериальные (стрептококковая инфекция, сифилис, туберкулез, сепсис); 2) вирусные (гепатиты В и С, ВИЧ); 3) паразитарные инвазии (малярия, токсоплазмоз, шистоматоз). III. Поражение почек лекарственными средствами: 1) препараты золота, висмута, ртути; 2) пеницилламин; 3) препараты лития; 4) НПВС; 5) антибиотики и противотуберкулезные препараты; 6) противоподагрические препараты; 7) вакцины и сыворотки.

IV. Опухоли: 1) лимфогранулематоз и неходжкинские лимфомы; 2) солидные опухоли. V. Другие причины: 1) тромбоз почечных вен; 2) морбидное ожирение; 3) беременность; 4) хроническая сердечная недостаточность; 5) хроническая трансплантационная нефропатия.

Основной: N04 «хронический гломерулонефрит, смешанная форма, нефротический синдром ХБП 1 ст.

Диагноз установлен на основании анамнестических данных о рецидивирующей в течение 5 лет гематурии, артериальной гипертензии, отмечаемой в течение полугода, развитии симптомов заболевания через две недели после вакцинации и рецидивировании симптомов заболевания после развития явлений фарингеальной инфекции и выделенных в настоящее время гипертонического и нефротического синдромов

план лечения:

Ограничение потребления хлорида натрия и воды с учётом диурезу.

Показана четырехкомпонентная схема (глюкортикостероиды, цитостатики, антиагреганты, гепарин КС- преднизолон (1 г на кг/веса) + Циклофосфан по схеме «пульс - терапия», далее классическая схема, СЗП в/в капельно + Альбумин. Антиагреганты (Курантил). Гепарин по схеме либо НМГ (Фраксипарин, Клексан), статины, мочегонные (Фуросемид, Диувер).

Нефропротекция – ингибиторы АПФ либо БРА (при непереносимости АПФ). Антигипертензивные (блокаторы кальциевых каналов, б-блокаторы, диуретики, инг. АПФ, БРА).

При дефиците железа: Венофер в/в либо Сорбифер внутрь.

Симптоматическая терапия по показаниям (защита желудка).

1. КС- преднизолон (1 г на кг/веса) + Циклофосфан по схеме «пульс - терапия
2. Рамиприл 5 мг 1 раз в сутки
3. Амлодипин 5 мг 1 таб 1 раз в день
4. Дипирид омол 2 5 мг 3 раз в сутки

Клексан эноксапарина натрия 4000 МЕ (40 мг) один раз в сутки, п/к

Диувер 5 мг 1 раз/сут.

аторвастатин 20 мг 1 раз в день

- Ограничение потребления хлорида натрия и воды с учётом диурезу.

Критерий эффективности:

положительная динамика клинических и лабораторных показателей

Тема 15. Дифференциальный диагноз и врачебная тактика гепатомегалий и гепатолиенального синдрома.

Задача №1.

Мужчина 49 лет обратился к врачу с жалобами на общую слабость, повышенную утомляемость, снижение работоспособности, почти постоянные тупые боли в области правого подреберья, тошноту. Из анамнеза. Считает себя больным в течение двух лет, когда впервые появились общая слабость, повышенная утомляемость, чувство тяжести в области правого подреберья. За медицинской помощью не обращался. Периодически принимал эссенциале форте по 2 капсуле три раза в день, ферментные препараты: креон по 25000 Ед. два раза в сутки; улучшения самочувствия не отметил. Настоящее обострение в течение месяца, когда после значительной физической нагрузки усилились боли в области правого подреберья, увеличилась общая слабость. Принимал баралгин, положительного эффекта не наблюдалось. Операций, гемотрансфузий не было. Алкоголем не злоупотребляет, гепатотоксичные лекарственные средства не принимал, был донором.

При осмотре: состояние удовлетворительное; рост-177 см, вес -79 кг, ИМТ 25,2кг/м².

Кожные покровы желтушной окраски, склеры иктеричны, выявляются телеангиэктазии на груди, плечах и спине. В лёгких дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧД 16 в мин. Тоны сердца ритмичные, приглушены. ЧСС 72 в 1 мин; АД-130/80 мм рт.ст. Язык влажный, обложен белым налётом. Живот мягкий, при пальпации умеренно болезненный в области правого подреберья. Размеры печени по Курлову: 12 (+3)×8×7 см; при глубокой пальпации печень плотноватой консистенции, определяется умеренная болезненность при пальпации. Селезёнка не увеличена. Дизурии нет. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный. Результаты исследований: общий анализ крови: эритроциты – $4,5 \times 10^{12}/л$; лейкоциты – $6,5 \times 10^9/л$; нейтрофилы – $4,5 \times 10^9/л$; лимфоциты – $1,3 \times 10^9/л$; моноциты – $0,44 \times 10^9/л$; эозинофилы – $0,2 \times 10^9/л$; базофилы – $0,06 \times 10^9/л$; Hb – 145г/л; тромбоциты – $232 \times 10^9/л$; СОЭ – 23 мм/ч. Биохимия крови: общий билирубин – 35 мкмоль/л; не прямой билирубин – 29,5 мкмоль/л; прямой билирубин – 5,5 мкмоль/л; АЛТ – 230 ед/л; АСТ – 155 ед/л; ГГТП – 83 ед/л; ЩФ – 143 ед/л; глюкоза – 5,1 ммоль/л; креатинин – 72 мкмоль/л; мочевины – 3,2 ммоль/л; альбумин – 39 г/л; общий белок – 71 г/л; альфа-1-глобулины – 3,0 г/л; альфа-2-глобулины – 5,5 г/л; бета-глобулины – 6,0 г/л; γ-глобулины – 17,5 г/л; ТТГ – 0,94 МЕ/л; альфа-фетопротеин – 3,2 ед/л; ферритин – 53 мкг/л; трансферрин – 2,5 г/л; калий – 3,9 ммоль/л; Na – 138 ммоль/л; амилаза – 43 ед/л; железо – 21,3 мкмоль/л; ХС – 5,0 ммоль/л; церулоплазмин – 185 мг/л. ПТИ – 55%. Иммуноферментный анализ (определение маркеров гепатитов В, С, D в сыворотке крови): HBsAg (+); анти-HBs (-); анти-HBcIgG (+); HBeAg (-); анти-HBe (+); анти-HBcIgM (-); анти-HDV (-); анти-HCV (-); анти-ВИЧ – отрицательный.

Иммунологическое исследование: концентрация Ig класса G_v в сыворотке крови – 7,0 г/л; - молекулярно-биологические исследования: ПЦР: ДНК ВГВ – положительный; количественный анализ ДНК ВГВ – 61000 МЕ/мл. Кал на скрытую кровь – отриц. Общий анализ мочи: в пределах нормы. Эластометрия печени: определена стадия F4 (по шкале METAVIR), цирроз печени. При УЗИ органов брюшной полости выявлены гепатомегалия, диффузные дистрофические изменения паренхимы печени. Рентгенологическое исследование легких: без патологических изменений; ЭКГ – без патологических изменений; тест связи чисел – в пределах нормы.

Иммунологическое исследование: концентрация Ig класса G_v в сыворотке крови – 7,0 г/л; - молекулярно-биологические исследования: ПЦР: ДНК ВГВ – положительный; количественный анализ ДНК ВГВ – 61000 МЕ/мл. Кал на скрытую кровь – отриц. Общий анализ мочи: в пределах нормы. Эластометрия печени: определена стадия F4 (по шкале METAVIR), цирроз печени. При УЗИ органов брюшной полости выявлены гепатомегалия, диффузные дистрофические изменения паренхимы печени. Рентгенологическое исследование легких: без патологических изменений; ЭКГ – без патологических изменений; тест связи чисел – в пределах нормы.

Вопросы:

1. выделите ведущий синдром на основании жалоб, сведений из анамнеза жизни и заболевания и данных полного физикального обследования пациента (осмотр, пальпация, перкуссия, аускультация)
2. сформулируйте предварительный диагноз и составьте план лабораторных и инструментальных обследований пациента
- 3 определите показания для направления пациента на лабораторное обследование в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) с учетом стандартов медицинской помощи
4. назовите диагностические инструментальные методы обследования с целью установления диагноза

- определите показания для направления пациента на инструментальное обследование в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) с учетом стандартов медицинской помощи
5. определите показания для направления пациента на консультацию к врачам-специалистам в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) с учетом стандартов медицинской помощи
 6. определите показания для направления пациента для оказания специализированной медицинской помощи в стационарных условиях или в условиях дневного стационара в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) с учетом стандартов медицинской помощи
 7. Проведите дифференциальную диагностику по ведущему синдрому, сформулируйте диагноз с учетом действующей международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ)
 8. Оцените состояние пациента и показания для оказания медицинской помощи в неотложной форме
 9. Окажите медицинскую помощь в неотложной форме
 10. Разработайте план лечения в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) с учетом стандартов медицинской помощи
 11. Назначьте лекарственные препараты, медицинские изделия и лечебное питание в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) с учетом стандартов медицинской помощи
 12. Назначьте немедикаментозное лечение в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) с учетом стандартов медицинской помощи
 13. Оцените эффективность и безопасность применения лекарственных препаратов, медицинских изделий, лечебного питания
 14. назначьте персонализированное лечение в пожилом и старческом возрасте

Эталон ответа:

на основании жалоб, сведений из анамнеза жизни и заболевания и данных полного физикального обследования пациента (осмотр, пальпация, перкуссия, аускультация) выделен ведущий синдром - Синдром гепатомегалия
Цирроз печени, ассоциированный с HBV-инфекцией, класс А по Child-Pugh (компенсированный).

план лабораторных и инструментальных обследований пациента:

-ЭГДС – для выявления и/или определения состояния вен пищевода и /или желудка;
- спиральная компьютерная томография (КТ) и магнитно-резонансная томография (МРТ) для получения более точной информации о форме, структуре и размерах печени.

При использовании контрастного усиления возможно дифференцировать наиболее часто встречающуюся очаговую патологию печени (кисты, гемангиомы, метастазы);

- дуплексное сканирование сосудов печеночно-селезеночного бассейна для выявления портальной гипертензии

Контроль АЛАТ АСАТ билирубин общий белок. Белковые фракции. гемостазиограмма

Цирроз печени, ассоциированный с HBV-инфекцией, класс А по Child-Pugh (компенсированный).

является показанием для определения АЛАТ АСАТ билирубин общий белок. Белковые фракции. гемостазиограмма

диагностические инструментальные методы обследования с целью установления диагноза

ЭГДС – для выявления и/или определения состояния вен пищевода и /или желудка;

- спиральная компьютерная томография (КТ) и магнитно-резонансная томография (МРТ) для получения более точной информации о форме, структуре и размерах печени.

При использовании контрастного усиления возможно дифференцировать наиболее часто встречающуюся очаговую патологию печени (кисты, гемангиомы, метастазы);

- дуплексное сканирование сосудов печеночно-селезеночного бассейна для выявления портальной гипертензии

Цирроз печени, ассоциированный с HBV-инфекцией, класс А по Child-Pugh (компенсированный). является показанием для направления

ЭГДС – для выявления и/или определения состояния вен пищевода и /или желудка;
- спиральная компьютерная томография (КТ) и магнитно-резонансная томография (МРТ) для получения более точной информации о форме, структуре и размерах печени.

При использовании контрастного усиления возможно дифференцировать наиболее часто встречающуюся очаговую патологию печени (кисты, гемангиомы, метастазы);

- дуплексное сканирование сосудов печеночно-селезеночного бассейна для выявления портальной гипертензии

Цирроз печени, ассоциированный с HBV-инфекцией, класс А по Child-Pugh (компенсированный) является показанием для направления пациента на консультацию к врачам-специалистам - врача-гепатолога, гастроэнтеролога, инфекциониста

При неэффективности амбулаторной терапии показана госпитализация в специализированный гастроэнтерологический стационар

программа дифференциальной диагностики по ведущему синдрому гепатомегалия.

Инфекционно-воспалительные заболевания печени и желчевыводящих путей

Гепатомегалии, обусловленные приобретенными нарушениями метаболизма Наследственные нарушения метаболизма Паразитарные заболевания как причина гепатомегалии.

Болезни крови и гепатомегалия

Опухоли печени как причина гепатомегалии Семейные гемолитические гипербилирубинемии

Заболевание сосудов печени

Аномалии развития желчевыводящих путей.

Основной: К74 Цирроз печени, ассоциированный с HBV-инфекцией, класс А по Child-Pugh (компенсированный).

Диагноз «цирроз печени, ассоциированного с HBV-инфекцией, класс А по Child-Pugh» установлен на основании жалоб больного на общую слабость, повышенную утомляемость, снижение работоспособности, тупую боль в правом подреберье; данных анамнеза, объективного осмотра (желтушность кожных покровов, иктеричность склер, наличие у больного телеангиэктазий, гепатомегалии). Подтверждают вирусную этиологию цирроза печени данные исследований: (выявление HBsAg; анти-HBcIgG; анти-HBe; ПЦР ДНК ВГВ - положительный, уровень ДНК ВГВ (61000 МЕ/мл); исключена другая этиология цирроза печени: (исследование крови на маркеры гепатита С, D: анти-HCV – отрицательный; анти-HDV - отрицательный), а также исключено злоупотребление алкоголем, приём гепатотоксичных лекарственных средств. Класс А ЦП установлен на основании классификации Child-Pugh. Согласно классификационным критериям (печёночная энцефалопатия, асцит не определены, общий билирубин – 35 мкмоль/л, альбумин – 39 г/л, ПТИ – 55%) определено 5 баллов, что соответствует классу А по Child-Pugh. Диагноз цирроза печени подтверждается данными эластометрии печени: F4 (по шкале METAVIR), что соответствует циррозу печени. Зарегистрировано изменение биохимических показателей крови: повышение АЛТ, АСТ, общего билирубина, ГГТП, гамма-глобулинов, снижение ПТИ. При УЗИ органов брюшной полости выявлены гепатомегалия, диффузные дистрофические изменения паренхимы печени

план лечения:

.) соблюдение диеты: исключить алкоголь, жирное, жареное, острое, копченое, солёное, кофе, газированные напитки, какао. Рекомендована противовирусная терапия (ПВТ), так как у больных циррозом печени В назначать ПВТ требуется при любом определяемом уровне вирусемии независимо от активности АлАТ. Среди аналогов нуклеозидов/нуклеотидов предпочтение следует отдавать Энтекавиру и Тенофовиру, поскольку они обладают высокой противовирусной активностью, и к ним редко развивается резистентность. Энтекавир (нуклеозидный аналог Гуанозина) внутрь в дозе 0,5 мг/сут в течение 48 недель. Активность АЛТ необходимо оценивать каждые 3 месяца в процессе лечения и после его окончания. При лечении аналогами нуклеозидов/нуклеотидов мониторинг уровня ДНК HBV должно проводиться 1 раз в 3 месяца как минимум в течение первого года лечения

1. Энтекавир (нуклеозидный аналог Гуанозина) внутрь в дозе 0,5 мг/сут в течение 48 недель. немедикаментозная терапия

• соблюдение диеты: исключить алкоголь, жирное, жареное, острое, копченое, солёное, кофе, газированные напитки, какао.

Критерий эффективности:

У пациента получен вирусологический ответ, так как концентрация ДНК ВГВ составила 10 МЕ/мл. Отмечена положительная динамика биохимических показателей (снижение АЛТ,

АСТ, ГГТП, общего билирубина) и серологический ответ по HBsAg (клиренс HBsAg с формированием анти-HBsAg). Продолжить противовирусную терапию Энтекавиром внутрь в дозе 0,5 мг/сут до 48 недель. После окончания лечения провести биохимический анализ крови, количественный анализ ДНК HBV, затем 1 раз в 6 месяцев. Несмотря на вирусологическую ремиссию на фоне приема аналогов нуклеозидов/нуклеотидов, пациенты с ЦП должны мониторироваться на предмет развития гепатоцеллюлярной карциномы.

Тема 17. Дифференциальная диагностика и врачебная тактика желтух.

Задача №1.

Больная С. 45 лет, педагог. Жалобы на интенсивные боли в области сердца, тяжесть в подложечной области, отсутствие аппетита, желтуху, кожный зуд, похудание. Больна 1, 5 месяца. В течение месяца безуспешно лечилась в терапевтическом стационаре по поводу нестабильной стенокардии. При появлении желтухи переведена в инфекционную больницу с подозрением на болезнь Боткина. Состояние больной средней тяжести, пониженного питания (Рост 160 см., вес 48 кг); кожа склеры умеренно желтушны, тургор кожи снижен. Пальпация живота болезненна в эпигастрии; печень средней плотности, левая доля ее выступает из-под края реберной дуги на 3 см; селезенка не пальпируется. Органы грудной клетки в пределах возрастных изменений. ОАК: эр-4.2x10, Нв-137 г/л, лейко-4,7x10, эоз-3%, п- 2%, с-68%, л-18%, м-7%, СОЭ-14 мм/час. Билирубин крови -100 ммоль/л. Реакция прямая, быстрая. Протромбиновый индекс-46%, На ЭКГ признаки ишемии миокарда не выявлены.

Вопросы:

1. выделите ведущий синдром на основании жалоб , сведений из анамнеза жизни и заболевания и данных полного физикального обследования пациента (осмотр, пальпация, перкуссия, аускультация)
2. сформулируйте предварительный диагноз и составьте план лабораторных и инструментальных обследований пациента
- 3 определите показания для направления пациента на лабораторное обследование в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) с учетом стандартов медицинской помощи
- 4.назовите диагностические инструментальные методы обследования с целью установления диагноза
- определите показания для направления пациента на инструментальное обследование в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) с учетом стандартов медицинской помощи
5. определите показания для направления пациента на консультацию к врачам-специалистам в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) с учетом стандартов медицинской помощи
6. определите показания для направления пациента для оказания специализированной медицинской помощи в стационарных условиях или в условиях дневного стационара в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) с учетом стандартов медицинской помощи
7. Проведите дифференциальную диагностику по ведущему синдрому, сформулируйте диагноз с учетом действующей международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ)
8. Оцените состояние пациента и показания для оказания медицинской помощи в неотложной форме
9. Окажите медицинскую помощь в неотложной форме
10. Разработайте план лечения в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) с учетом стандартов медицинской помощи
11. Назначьте лекарственные препараты, медицинские изделия и лечебное питание в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) с учетом стандартов медицинской помощи
12. Назначьте немедикаментозное лечение в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) с учетом стандартов медицинской помощи
13. Оцените эффективность и безопасность применения лекарственных препаратов, медицинских изделий, лечебного питания
14. назначьте персонализированное лечение в пожилом и старческом возрасте

Эталон ответа:

на основании жалоб , сведений из анамнеза жизни и заболевания и данных полного физикального обследования пациента (осмотр, пальпация, перкуссия, аускультация) выделены Левосторонний торако-абдоминальный, астенический, диспептический, синдром желтухи и холестаза.

ведущий синдром - синдром желтухи

Основной: Рак поджелудочной железы. Осложнения: Механическая (подпеченочная) желтуха
план лабораторных и инструментальных обследований пациента:

- Определение уровня α -амилазы, щелочной фосфатазы в крови.
- Проведение КТ органов брюшной полости и забрюшинного пространства,
- Проведение эндоскопической ретроградной холецистохолангиографии.

Механическая (подпеченочная) желтуха

является показанием для определения Определения уровня α -амилазы, щелочной фосфатазы в крови

диагностические инструментальные методы обследования с целью установления диагноза

- Проведение КТ органов брюшной полости и забрюшинного пространства,
- Проведение эндоскопической ретроградной холецистохолангиографии.

Механическая (подпеченочная) желтуха является показанием для направления

- Проведение КТ органов брюшной полости и забрюшинного пространства,
- Проведение эндоскопической ретроградной холецистохолангиографии.

Механическая (подпеченочная) желтуха

является показанием для направления пациента на консультацию к врачам-специалистам - врачам-онколога

Механическая (подпеченочная) желтуха

Является показанием для госпитализации в специализированный онкологический хирургический стационар

программа дифференциальной диагностики по ведущему синдрому -синдром желтухи

Основной:: С25 Рак поджелудочной железы. Осложнения: Механическая (подпеченочная) желтуха

- Рак поджелудочной железы.
- псевдотуморозный панкреатит,
- патология большого дуоденального сосочка.

план лечения:

1. оперативное лечение
2. проведение ПХТ, лучевой терапии по результатам биопсии
3. симптоматическая терапия

диувер 5 мг 1 таб 1 раз в день

немедикаментозная терапия

- диета

Критерий эффективности:

Уменьшение выраженности клинических и лабораторных симптомов

Тема 18. Дифференциальный диагноз и врачебная тактика по синдрому дисфагии.

Задача № 1.

Больной Т. 48 лет, электросварщик, обратился к участковому терапевту с жалобами на частую, выраженную изжогу после еды и в ночное время, особенно, при употреблении острой, жирной или обильной пищи, частую тошноту по утрам, отрыжку пищей после еды, обычно, при наклонах туловища и положении лежа, плохой сон из-за изжоги. Из анамнеза: со школьного возраста отмечал боли в животе, плохой аппетит. Лечился самостоятельно, по советам родственников периодически принимая но-шпу и ферментные препараты с незначительным эффектом. Во время службы в армии лечился в госпитале по поводу гастрита. В дальнейшем длительное время жалоб со стороны органов пищеварения не имел. Питается нерегулярно, работает по сменам, регулярно имеет ночные смены. Курит с 13 лет по 20 сигарет в день. Алкоголь практически не употребляет. Описанные жалобы появились два года назад после длительного периода значительных физических нагрузок (строительство дома) и эпизода тяжелого психо-эмоционального стресса (пожар в квартире). Самостоятельно принимал альмагель, омез в течение 10-14 дней с хорошим эффектом. В течение последующих 2-х лет часто беспокоила изжога, но к врачам не обращался, использовал альмагель, омез короткими курсами с кратковременным эффектом. Последнее ухудшение – в течение месяца после погрешности в диете и алкоголизации; на фоне приёма привычного набора препаратов в течение недели самочувствие с положительной динамикой, в связи с чем, лечение прекратил. Через 5 дней симптомы возобновились. Три дня назад имел место однократный эпизод черного разжиженного стула. В дальнейшем стул без особенностей. При осмотре: состояние удовлетворительное. Рост: 175 см, вес: 63 кг. Кожа физиологической окраски, умеренной влажности, чистая. В лёгких везикулярное дыхание. ЧД 18 в мин. Тоны сердца умеренно приглушены, ритм правильный. ЧСС – 80 в мин, АД – 130/85 мм рт.ст. Язык густо обложен серым налетом, влажный. Живот мягкий, умеренно болезненный высоко в эпигастрии слева от средней линии и в пилорoduоденальной зоне. Пальпация других отделов живота практически безболезненна. Печень 10,5×8×7 см. Край закруглен, эластичной консистенции, безболезненный. Пузырные симптомы отрицательные. Селезёнка не пальпируется, перкуторно 7×5 см. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный. В анализах: эритроциты – $4,0 \times 10^{12}/л$. НЬ – 122 г/л, МСН – 26р/g, МСНС–346g/l, лейкоциты – $5,2 \times 10^9/л$: базофилы – 0, эозофилы -1, палочкоядерные – 2, сегментоядерные – 68; лимфоциты – 23, моноциты – 6. СОЭ = 5 мм/час. Анализ кала на скрытую кровь положительный. ФГДС – пищевод проходим. Слизистая нижней трети пищевода ярко гиперемирована с множественными мелкими эрозиями, занимающими до половины диаметра пищевода. Кардиальный жом смыкается не полностью. В пищевод пролабирует слизистая оболочка желудка. Желудок содержит значительное количество секрета с примесью желчи. Слизистая тела желудка слегка отёчна, розовая, складки магистрального типа. Слизистая антрума очагово гиперемирована с множественными плоскими эрозиями. Пилорус зияет. Луковица ДПК не деформирована. Слизистая оболочка розовая, блестящая. Постбульбарный отдел без особенностей

Вопросы:

1. выделите ведущий синдром на основании жалоб, сведений из анамнеза жизни и заболевания и данных полного физикального обследования пациента (осмотр, пальпация, перкуссия, аускультация)
2. сформулируйте предварительный диагноз и составьте план лабораторных и инструментальных обследований пациента
- 3 определите показания для направления пациента на лабораторное обследование в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) с учетом стандартов медицинской помощи
- 4.назовите диагностические инструментальные методы обследования с целью установления диагноза
- определите показания для направления пациента на инструментальное обследование в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) с учетом стандартов медицинской помощи
5. определите показания для направления пациента на консультацию к врачам-специалистам в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) с учетом стандартов медицинской помощи

6. определите показания для направления пациента для оказания специализированной медицинской помощи в стационарных условиях или в условиях дневного стационара в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) с учетом стандартов медицинской помощи
7. Проведите дифференциальную диагностику по ведущему синдрому, сформулируйте диагноз с учетом действующей международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ)
8. Оцените состояние пациента и показания для оказания медицинской помощи в неотложной форме
9. Окажите медицинскую помощь в неотложной форме
10. Разработайте план лечения в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) с учетом стандартов медицинской помощи
11. Назначьте лекарственные препараты, медицинские изделия и лечебное питание в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) с учетом стандартов медицинской помощи
12. Назначьте немедикаментозное лечение в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения с учетом стандартов медицинской помощи)
13. Оцените эффективность и безопасность применения лекарственных препаратов, медицинских изделий, лечебного питания
14. назначьте персонализированное лечение в пожилом и старческом возрасте

Эталон ответа:

на основании жалоб, сведений из анамнеза жизни и заболевания и данных полного физикального обследования пациента (осмотр, пальпация, перкуссия, аускультация) выделен ведущий синдром - Синдром диспепсии

ГЭРБ: эрозивный эзофагит 2 стадия по Savari–Miller. Недостаточность кардии. СГПОД 1 ст.

Хронический антральный гастрит с эрозиями стадии обострения (Нр статус неизвестен). Эпизод спонтанно остановившегося кровотечения из верхних отделов ЖКТ от (дата). ДГР 2 степени. Недостаточность пилоруса.

план лабораторных и инструментальных обследований пациента:

- проведение диагностики инфекции *H. pylori* неинвазивным методом (обнаружение антител к антигену *H. pylori* в сыворотке крови, выявление антигена *H. pylori* в кале методом ИФА, либо обнаружение ДНК *H. pylori* в кале методом ПЦР). Использование серологического метода возможно, т. к., известно, что эрадикационная терапия инфекции *H. pylori* пациенту не проводилась. Показаны рентгеноскопия пищевода и желудка с целью уточнения размеров ГПОД, суточное мониторирование интрапищеводного и интрагастрального рН, с целью уточнения характера рефлюксата в связи с наличием у пациента дуоденогастрального рефлюкса.

ГЭРБ: эрозивный эзофагит 2 стадия по Savari–Miller. Недостаточность кардии. СГПОД 1 ст.

Хронический антральный гастрит с эрозиями стадии обострения (Нр статус неизвестен). Эпизод спонтанно остановившегося кровотечения из верхних отделов ЖКТ от (дата). ДГР 2 степени. Недостаточность пилоруса.

является показанием для определения инфекции *H. pylori* неинвазивным методом (обнаружение антител к антигену *H. pylori* в сыворотке крови, выявление антигена *H. pylori* в кале методом ИФА, либо обнаружение ДНК *H. pylori* в кале методом ПЦР).

диагностические инструментальные методы обследования с целью установления диагноза

- Показаны рентгеноскопия пищевода и желудка с целью уточнения размеров ГПОД,
- суточное мониторирование интрапищеводного и интрагастрального рН,

ГЭРБ: эрозивный эзофагит 2 стадия по Savari–Miller. Недостаточность кардии. СГПОД 1 ст.

Хронический антральный гастрит с эрозиями стадии обострения (Нр статус неизвестен). Эпизод спонтанно остановившегося кровотечения из верхних отделов ЖКТ от (дата). ДГР 2 степени. Недостаточность пилоруса.

- является показанием для направления рентгеноскопия пищевода и желудка с целью уточнения размеров ГПОД,
- суточное мониторирование интрапищеводного и интрагастрального рН

ГЭРБ: эрозивный эзофагит 2 стадия по Savari–Miller. Недостаточность кардии. СГПОД 1 ст.

Хронический антральный гастрит с эрозиями стадии обострения (Нр статус неизвестен). Эпизод спонтанно остановившегося кровотечения из верхних отделов ЖКТ от (дата). ДГР 2 степени. Недостаточность пилоруса.

является показанием для направления пациента на консультацию к врачам-специалистам - врача-гастроэнтеролога, хирурга

При неэффективности амбулаторной терапии и прогрессировании сердечной недостаточности показана госпитализация в специализированный гастроэнтерологический стационар программа дифференциальной диагностики по ведущему синдрому - Синдром диспепсии целиакии,

сахарный диабет (чаще всего вследствие диабетического гастропареза), системной склеродермия,

инфильтративные поражения желудка (при болезни Менетрие, болезни Крона, амилоидозе, саркоидозе),

хроническая сердечная недостаточность (конгестивная гастропатия),

хроническая почечная недостаточность

, гипер- и гипотиреоз,

гиперпаратиреоз,

гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь (ГЭРБ)

хронический гастрит

Функциональная диспепсия

К 21 ГЭРБ: эрозивный эзофагит 2 стадия по Savari–Miller. Недостаточность кардии. СГПОД 1 ст. Хронический антральный гастрит с эрозиями стадии обострения (Нр статус неизвестен). Эпизод спонтанно остановившегося кровотечения из верхних отделов ЖКТ от (дата). ДГР 2 степени. Недостаточность пилоруса.

Диагноз «ГЭРБ» установлен на основании жалоб пациента на наличие частой и выраженной изжоги, отрыжки пищей, усиливавшихся в положении лежа и при наклонах туловища; анамнестических данных с указанием на связь появления выраженной клинической симптоматики со значительными физическими нагрузками и психоэмоциональным стрессом; на основании данных ФГДС, описывающих практически классическую эндоскопическую картину эрозивной формы ГЭРБ. Стадия заболевания определена на основании результатов эндоскопического исследования пищевода. Диагноз «хронический гастрит» также подтвержден эндоскопически. Имевший место эпизод мелены, спонтанно купировавшийся, не привел к снижению уровня гемоглобина, но является признаком высокого риска рецидива указанного осложнения при условии отсутствия адекватного лечения.

план лечения:

Лечение возможно проводить в амбулаторных условиях с обязательным соблюдением пациентом особых рекомендаций по образу жизни (соблюдение режима питания и диеты, показана диета в рамках стола 1 в период обострения на 4-6 недель с последующим индивидуальным расширением в рамках стола 5п, отказ от курения, следует избегать состояний, сопровождающихся повышением внутрибрюшного давления и т. д.). Эталонем лечения ГЭРБ является назначение антисекреторной терапии с целью коррекции факторов агрессии, воздействующих на слизистую оболочку пищевода и желудка: препаратами выбора являются ингибиторы протонной помпы (ИПП). Снижение кислотной продукции считается основным фактором, способствующим заживлению эрозивно-язвенных поражений. Для лечения эрозивного эзофагита при наличии 2 и большей стадии эзофагита назначаются ИПП в стандартных дозах в течение не менее 8 недель.

Поддерживающую терапию после заживления эрозий следует проводить в течение 16-24 недель. В случае выявления инфекции *H. pylori* пациенту показана эрадикация инфекции. С целью коррекции нарушений двигательной функции верхних отделов пищеварительного тракта пациенту показаны прокинетики. Ситуационно и в виде курсового лечения целесообразно использовать антациды и альгинаты. В терапии эрозивного процесса в желудке пациенту показаны цитопротекторы (Висмута трикалия дицитрат, Ребамипид, Сукральфат) курсами не менее 4 недель.

5. С учетом необходимости достижения максимально быстрого эффекта: стойкого купирования клинических симптомов заболевания оптимальным ИПП является Рабепразол в дозе 20 мг 2 раза в сутки за 30-40 мин до еды в течение 8 недель. Итоприда гидрохлорид 50 мг 3 раза в

день за 25-30 мин до еды 4 недели. Гевискон 1 саше 3 раза в день через час после еды и перед сном 4 недели. В качестве схемы эрадикации инфекции *H. pylori* возможно использование 10 -дневной тройной терапии с добавлением Висмута трикалия дицитрата с последующей пролонгацией курса цитопротектора до 4 недель. Поддерживающая терапия с использованием половинной дозы ИПП должна продолжаться в данном случае до 24 недель (продолжительность терапии может корректироваться с учетом результатов контрольного эндоскопического исследования).

Контрольная ФГС должна быть проведена 8 недель лечения. С учетом тяжести клинических проявлений ГЭРБ, профессии пациента его следует признать временно нетрудоспособным и оформить листок нетрудоспособности общей продолжительностью не менее 3-х недель

Рабепразол в дозе 20 мг 2 раза в сутки за 30-40 мин до еды в течение 8 недель.

Итоприда гидрохлорид 50 мг 3 раза в

день за 25-30 мин до еды 4 недели.

Гевискон 1 саше 3 раза в день через час после еды и перед сном 4 недели.

10 -дневная тройная терапия

немедикаментозная терапия

- соблюдение режима питания и диеты, показана диета в рамках стола 1 в период обострения на 4-6 недель с последующим индивидуальным расширением в рамках стола 5п, отказ от курения, следует избегать состояний, сопровождающихся повышением внутрибрюшного давления

Критерий эффективности:

положительная динамика клинических и эндоскопических симптомов

Тема 19. Дифференциальный диагноз и врачебная тактика по синдрому эпигастралгии

Задача №1.

Мужчина 46 лет, водитель. Поступил в приёмное отделение стационара самостоятельно. Жалобы на резкую боль постоянного характера в эпигастральной области с иррадиацией в спину, в левую половину живота, тошноту, однократно рвоту съеденной пищей, не приносящую облегчения, умеренное вздутие живота, общую слабость, отсутствие аппетита на момент осмотра. Начало заболевания связывает с тем, что накануне вечером отмечал с друзьями праздник, были погрешности в диете – прием острой и жирной пищи, алкоголя. Подобные боли были около года назад, также возникли после погрешностей в диете, купировались после приёма Но-шпы. Часто ранее отмечал ощущение тяжести и вздутия в животе после приёма жирной пищи. В настоящее время отмечает тяжесть и ощущение «распирания» в животе, мазеобразный, с жирным блеском, зловонный стул 3 раза в течение последних суток. Диурез не нарушен. Со слов жены – злоупотребляет алкоголем на протяжении последних семи лет.

Объективно: состояние удовлетворительное, сознание ясное. Телосложение нормостеническое, пониженного питания. Кожные покровы верхней половины туловища гиперемированы, чистые. Язык суховат, обложен желтоватым налётом. В лёгких дыхание жестковатое, хрипов нет. ЧДД – 18 в мин. Тоны сердца приглушены, ритмичные. ЧСС – 92 удара в минуту. АД – 110/70 мм рт. ст. Печень при пальпации плотная, безболезненная, около края рёберной дуги. Размер по Курлову - 10×9×8 см. Селезёнка не пальпируется. Живот несколько вздут, участвует в акте дыхания, умеренно болезненный при пальпации в эпигастральной области. Симптомы раздражения брюшины - отрицательные. Лабораторные данные: Общий анализ крови: лейкоциты - $9,6 \times 10^9/\text{л}$, СОЭ – 16 мм/ч.

Общий анализ мочи: относительная плотность – 1022, белок – 0,033%, анализ кала – стеаторея, креаторея, амилорея.

УЗИ ОБП: печень увеличена, с перипортальными уплотнениями, желчный пузырь 75×35 мм, в просвете конкремент 8 мм в диаметре, с акустической дорожкой. Поджелудочная железа неоднородной структуры за счёт гипо- и гиперэхогенных очагов, немногочисленных кальцификатов, неравномерное расширение главного панкреатического протока, размеры головки увеличены до 5 см. Свободной жидкости в брюшной полости нет.

От ФГДС больной отказался.

Вопросы:

1. выделите ведущий синдром на основании жалоб, сведений из анамнеза жизни и заболевания и данных полного физикального обследования пациента (осмотр, пальпация, перкуссия, аускультация)
2. сформулируйте предварительный диагноз и составьте план лабораторных и инструментальных обследований пациента
- 3 определите показания для направления пациента на лабораторное обследование в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) с учетом стандартов медицинской помощи
- 4.назовите диагностические инструментальные методы обследования с целью установления диагноза
- определите показания для направления пациента на инструментальное обследование в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) с учетом стандартов медицинской помощи
5. определите показания для направления пациента на консультацию к врачам-специалистам в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) с учетом стандартов медицинской помощи
6. определите показания для направления пациента для оказания специализированной медицинской помощи в стационарных условиях или в условиях дневного стационара в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) с учетом стандартов медицинской помощи
7. Проведите дифференциальную диагностику по ведущему синдрому, сформулируйте диагноз с учетом действующей международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ)
8. Оцените состояние пациента и показания для оказания медицинской помощи в неотложной форме
9. Окажите медицинскую помощь в неотложной форме

10. Разработайте план лечения в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) с учетом стандартов медицинской помощи

11. Назначьте лекарственные препараты, медицинские изделия и лечебное питание в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) с учетом стандартов медицинской помощи

12. Назначьте немедикаментозное лечение в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) с учетом стандартов медицинской помощи

13. Оцените эффективность и безопасность применения лекарственных препаратов, медицинских изделий, лечебного питания

14. назначьте персонализированное лечение в пожилом и старческом возрасте

Эталон ответа:

на основании жалоб, сведений из анамнеза жизни и заболевания и данных полного физикального обследования пациента (осмотр, пальпация, перкуссия, аускультация) выделен ведущий синдром - Синдром эпигастралгии
Хронический алкогольный панкреатит, обострение. Алкогольный стеатоз печени. ЖКБ, латентное течение. –

Биохимический анализ крови (глюкоза, липаза, трипсин, амилаза, АЛТ, АСТ, ГГТП).

Консультация врача-хирурга.

Копрограмма,

анализ кала на D-эластазу для подтверждения внешнесекреторной недостаточности поджелудочной железы. Биохимический анализ крови: билирубин и его фракции, щелочная фосфатаза для исключения холестаза.

Повторный анализ крови на наличие повышения глюкозы, при необходимости - гликемический профиль, гликированный гемоглобин (исключить сахарный диабет).

КТ брюшной полости (исключить наличие кисты панкреас, опухоли панкреас).

ФГДС (исключить язвенную болезнь двенадцатиперстной кишки).

Синдром эпигастралгии является показанием для определения

Биохимический анализ крови (глюкоза, липаза, трипсин, амилаза, АЛТ, АСТ, ГГТП).

Копрограмма,

анализ кала на D-эластазу

Биохимический анализ крови: билирубин и его фракции, щелочная фосфатаза

Повторный анализ крови на наличие повышения глюкозы, - гликемический профиль, гликированный гемоглобин

диагностические инструментальные методы обследования с целью установления диагноза

КТ брюшной полости

ФГДС

Синдром эпигастралгии является показанием для направления

КТ брюшной полости

ФГДС

Синдром эпигастралгии является показанием для направления пациента на консультацию к врачам-специалистам - врача-хирурга

Хронический алкогольный панкреатит, обострение. Алкогольный стеатоз печени. ЖКБ, латентное течение. Являются показанием госпитализация в специализированный гастроэнтерологический стационар

программа дифференциальной диагностики по ведущему синдрому - Синдром эпигастралгии - Сердечно-сосудистые ишемические (коронарогенные)

-Острый коронарный синдром

-инфаркт миокарда

-Стенокардия

2. Сердечно-сосудистые неишемические (некоронарогенные)

- расслаивающая аневризма аорты

- перикардит

-ГК.МП

- аортальный стеноз

- тромбоз легочной артерии

3. Легочные

- плеврит
- пневмония

4. Желудочно-кишечные

Заболевания пищевода:

- эзофагит
- спазм пищевода
- рефлюкс-эзофагит
- грыжа пищеводного отверстия диафрагмы

Желудочно-кишечные и билиарные заболевания:

- язвенная болезнь желудка
- кишечная колика
- холецистит
- панкреатит
- желчная колика

5. другие

- остеохондроз грудного отдела позвоночника
- опоясывающий лишай

К86.0 Хронический алкогольный панкреатит, обострение. Алкогольный стеатоз печени. ЖКБ, латентное течение.

Диагноз «хронический алкогольный панкреатит, ст. обострения» выставлен на основании жалоб (резкая боль постоянного характера в эпигастральной области с иррадиацией в спину, в левую половину живота, тошнота, рвота съеденной пищей, не приносящая облегчения, умеренное вздутие живота, общая слабость, отсутствие аппетита, мазеобразный, с жирным блеском, зловонный стул 2-3 раза в день); анамнеза (накануне были погрешности в диете – приём острой пищи, алкоголя; подобные боли были около года назад, также возникли после погрешностей в диете, купировались после приёма «Но-шпы», злоупотребляет алкоголем на протяжении последних семи лет); объективного обследования (живот несколько вздут, умеренно болезненный при пальпации в эпигастральной области); лабораторных данных (общий анализ крови: лейкоциты - $9,6 \times 10^9/\text{л}$, СОЭ - 16 мм/ч; анализ кала: стеаторея, креаторея, амилорея).

Диагноз «алкогольный стеатоз печени» выставлен на основании объективного обследования (печень при пальпации плотная, безболезненная, около края рёберной дуги, размер по Курлову $10 \times 9 \times 8$ см); УЗИ ОБП (печень увеличена, с перипортальными уплотнениями). 3) Диагноз «ЖКБ, латентное течение» выставлен на основании: УЗИ ОБП – желчный пузырь 75×35 мм, в просвете конкремент 8 мм в диаметре, с акустической дорожкой.

план лечения:

1. Полный отказ от алкоголя.

2) Диета: стол № 5п по Певзнеру.

3) Спазмолитический препарат (например, Дротаверин 4 мл (80 мг) 2 раза в сутки в/м).

4) Анальгетики (например, Баралгин 250 мг внутрь 2 раза в сутки, Парацетамол) при болях. 5) Вне обострения: ферментные препараты с заместительной целью.

6) Коррекция гипергликемии, в случае её выявления.

Дротаверин 4 мл (80 мг) 2 раза в сутки в/м.

Баралгин 250 мг внутрь 2 раза в сутки,

немедикаментозная терапия

1. Полный отказ от алкоголя.

2) Диета: стол № 5п по Певзнеру.

Критерий эффективности:

положительная динамика клинических и лабораторных показателей

Тема 20. Дифференциальный диагноз и врачебная тактика при нарушениях функции кишечника (диарея, запоры)

Задача №1.

Больной С. 29 лет, программист, обратился в поликлинику к терапевту с жалобами на тупые, ноющие малоинтенсивные боли в нижних отделах живота ближе к левому флангу, возникающие перед дефекацией, либо усиливающиеся сразу после опорожнения кишечника, длящиеся около 30-40 минут, разжиженный стул с примесью слизи и небольших количеств алой крови, частота стула до 5-6 раз в сутки, в том числе, в ночное время, ложные позывы на дефекацию с выделением из прямой кишки только слизи с примесью алой крови, ощущение урчания, бурления в животе в течение дня, снижение веса на 5 кг за прошедшие 4 месяца.

Из анамнеза: нарушение стула впервые отметил 5 месяцев назад после поездки на юг в летнее время и связал указанный симптом с особенностями питания (употребление больших количеств овощей и фруктов). Диарея сохранялась и прогрессировала и после возвращения из отпуска. Самостоятельно принимал смекту, мезим с незначительным и нестойким эффектом. Через 1,5 месяца отметил появление в кале слизи и прожилок крови, затем появились слабые боли по левому флангу живота. Начал прием но-шпы. По совету родственницы 2 недели назад в течение 5 дней принимал левомицетин по 3 таблетки в день, на этом фоне значительно усилились диарея и боли в животе, увеличилась примесь крови в кале, что и послужило поводом для обращения к участковому врачу. Обращение за медицинской помощью откладывал, поскольку считал, что у него имеет место какое-то инфекционное заболевание кишечника и опасался госпитализации в инфекционное отделение, предпочитая лечиться самостоятельно. В прошлом в период студенчества имели место неоднократные эпизоды жидкого стула, появление которых пациент связывал с употреблением якобы недоброкачественных продуктов. Лечился, как правило, самостоятельно, употреблял отвары вяжущих средств. При осмотре: состояние удовлетворительное, $t - 36,8^{\circ}\text{C}$, рост 178 см, вес 61 кг, кожный покров и видимые слизистые бледно-розовой окраски. Дыхание везикулярное во всех отделах, хрипов нет. ЧД – 18 в 1 мин. Сердце – тоны звучные, ритм правильный. ЧСС – 92 в 1 мин. АД – 120/85 мм рт.ст. Язык умеренно диффузно обложен сероватым налётом, влажный. Живот участвует в дыхании, умеренно равномерно вздут, при поверхностной пальпации мягкий, определяется умеренная болезненность по левому флангу живота, при глубокой пальпации отчётливая болезненность в левой подвздошной области, где пальпируется спазмированная, плотноэластическая, болезненная сигмовидная кишка; остальные отделы толстой кишки безболезненны. Пальпация эпигастральной и подрёберных областей безболезненна Пузырные симптомы отрицательные. Размеры печени и селезёнки по Курлову: 10x8x7 см и 6x4 см, соответственно. Край печени не определяется. Симптом поколачивания в поясничной области отрицательный. В анализах: эритроциты = $3,02 \times 10^{12}/\text{л}$, Hb = 103 г/л, MCH - 23p/g, MCHC – 300 g/l, лейкоциты = $12,6 \times 10^9/\text{л}$. СОЭ = 38 мм/час. Копрограмма: кал разжиженный, неоформленный, мышечные волокна, крахмал внутриклеточный в небольшом количестве, лейкоциты до 30-40 в поле зрения, эритроциты в значительном количестве, слизь в большом количестве. Фекальный кальпротектин 532 мкг/г. Общий белок сыворотки 62,3 г/л, альбумины – 49,3%, глобулины 50,7%, СРП – 95мг/л. Ректороманоскопия без подготовки: аппарат введен до 18 см. Слизистая оболочка прямой кишки диффузно гиперемирована, отёчна, выраженная контактная кровоточивость, множественные эрозии, местами, сливные, покрытые фибрином. В просвете кишки слизь, окрашенная кровью, и жидкие каловые массы в небольшом количестве.

Вопросы:

1. выделите ведущий синдром на основании жалоб, сведений из анамнеза жизни и заболевания и данных полного физикального обследования пациента (осмотр, пальпация, перкуссия, аускультация)
 2. сформулируйте предварительный диагноз и составьте план лабораторных и инструментальных обследований пациента
 - 3 определите показания для направления пациента на лабораторное обследование в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) с учетом стандартов медицинской помощи
 4. назовите диагностические инструментальные методы обследования с целью установления диагноза
- определите показания для направления пациента на инструментальное обследование в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) с учетом стандартов медицинской помощи

5. определите показания для направления пациента на консультацию к врачам-специалистам в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) с учетом стандартов медицинской помощи
6. определите показания для направления пациента для оказания специализированной медицинской помощи в стационарных условиях или в условиях дневного стационара в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) с учетом стандартов медицинской помощи
7. Проведите дифференциальную диагностику по ведущему синдрому, сформулируйте диагноз с учетом действующей международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ)
8. Оцените состояние пациента и показания для оказания медицинской помощи в неотложной форме
9. Окажите медицинскую помощь в неотложной форме
10. Разработайте план лечения в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) с учетом стандартов медицинской помощи
11. Назначьте лекарственные препараты, медицинские изделия и лечебное питание в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) с учетом стандартов медицинской помощи
12. Назначьте немедикаментозное лечение в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) с учетом стандартов медицинской помощи
13. Оцените эффективность и безопасность применения лекарственных препаратов, медицинских изделий, лечебного питания
14. назначьте персонализированное лечение в пожилом и старческом возрасте

Эталон ответа:

на основании жалоб, сведений из анамнеза жизни и заболевания и данных полного физикального обследования пациента (осмотр, пальпация, перкуссия, аускультация) выделен ведущий синдром - диарейный синдром
 Основное заболевание: Язвенный колит впервые выявленный, дистальная форма, активность средней степени.

Осложнение: Хроническая постгеморрагическая анемия лёгкой степени.

план лабораторных и инструментальных обследований пациента:

1.ФКС (оценка протяжённости поражения толстой кишки) с биопсией слизистой оболочки толстой кишки из зоны максимального поражения с целью оценки степени тяжести воспалительного процесса. 2.Бактериологическое исследование кала с целью исключения микробного генеза воспаления слизистой толстой кишки. 3.Исследование кала на предмет исключения глистно -паразитарной инвазии. 4.Серологическая диагностика CMV-инфекции, ВИЧ – инфекции.

5.Биохимический анализ крови (билирубин, АЛТ, АСТ, протеинограмма, железо сыворотки, ферритин, общая железосвязывающая способность крови, глюкоза),

6.ультразвуковое исследование брюшной полости.

диарейный синдром является показанием для определения

Бактериологическое исследование кала . Исследование кала на предмет исключения глистно -паразитарной инвазии. 4.Серологическая диагностика CMV-инфекции, ВИЧ – инфекции.

5.Биохимический анализ крови (билирубин, АЛТ, АСТ, протеинограмма, железо сыворотки, ферритин, общая железосвязывающая способность крови, глюкоза),

диагностические инструментальные методы обследования с целью установления диагноза

- ФКС (оценка протяжённости поражения толстой кишки) с биопсией слизистой оболочки толстой кишки из зоны максимального поражения с целью оценки степени тяжести воспалительного процесса

- ультразвуковое исследование брюшной полости.

диарейный синдром является показанием для направления

- ФКС (оценка протяжённости поражения толстой кишки) с биопсией слизистой оболочки толстой кишки из зоны максимального поражения с целью оценки степени тяжести воспалительного процесса

- ультразвуковое исследование брюшной полости.

диарейный синдром является показанием для направления пациента на консультацию к врачам-специалистам - врача-гастроэнтеролога

Показано стационарное лечение в условиях специализированного гастроэнтерологического отделения.

программа дифференциальной диагностики по ведущему синдрому - диарейный синдром

1. Диарея, связанная с поражением тонкого кишечника-

Осмотическая диарея

(глутеновая, лямблиозная, ишемическая и другие энтеропатии) и мембранного пищеварения (дисахаридазная недостаточность, глюкозно-галактозная мальабсорбция), недостаточности панкреатических ферментов и желчных кислот (при хроническом панкреатите, холестазае, болезнях и резекции подвздошной кишки), уменьшения всасывающей поверхности кишечника из-за недостаточного времени контакта химуса с кишечной стенкой (при синдроме короткой тонкой кишки, энтероэнтероанастомозе, межкишечном свище), ВЗК за счет ферментативной недостаточности двух органов (тонкой кишки и поджелудочной железы)

Секреторная диарея

гормоноактивная опухоль ЖКТ (ВИПома, карциноидный синдром, гастринома, медуллярная карцинома щитовидной железы)

2. Диарея, обусловленная поражением толстого кишечника (колитические поносы)

- рак толстой кишки
- неспецифический язвенный колит,
- болезнь Крона с поражением толстого кишечника,
- синдром раздраженного кишечника с диарей

Основное заболевание: К 51 Язвенный колит впервые выявленный, дистальная форма, активность средней степени.

Осложнение: Хроническая постгеморрагическая анемия лёгкой степени.

Пациент имеет диарейный синдром, патологические примеси в кале (слизь, кровь), ложные позывы на дефекацию, умеренные боли в проекции сигмовидной кишки, маркеры синдрома системного воспаления, высокие показатели фекального кальпротектина и достаточно специфические эндоскопические изменения слизистой оболочки прямой кишки. Заболевание манифестировалось после поездки на юг (воздействие инсоляции, диета с большим содержанием растительной клетчатки).

план лечения:

Диетотерапия – стол 4.

комплексная медикаментозная терапия, включающая применение стероидных гормонов (системных и местнодействующих: Преднизолон, Будесонид, Гидрокортизон), воздействующих на слизистую оболочку толстой кишки.

Препаратами выбора в острой стадии патологического процесса (дистального или левостороннего) являются топические стероиды стандартных дозах (0,5-1,0 мг/кг/с) в течение не менее 8 недель.

Препараты 5-аминосалициловой кислоты (5-АСК): Месалазин, Сульфасалазин - в виде перорального средства и местнодействующих лекарственных форм (суспензия, суппозитории, пена) назначаются длительно,

на стадии достижения клинической и эндоскопической ремиссии - в поддерживающих дозах постоянно.

В случае достижения клинической и эндоскопической ремиссии с использованием стероидных гормонов поддержание ремиссии осуществляется с использованием иммунодепрессантов (Азатиоприн, Метатрексат).

Используется симптоматическая терапия по показаниям (панкреатические полиферментные средства, препараты железа и т. д.).

1. преднизолон 5 мг по 3 таб в 8.00 3 та в 12.00
2. пантопразол - нольпаза 20 мг по 1 таб 2 раза в день
3. аспаркам по 1 таб 4 раза в день
4. сульфасалазин 500 мг по схеме 1 неделя по 1 таб 1 раз в день 2 неделя по 1 таб 2 раза в день 3 неделя по 1 таб 3 раза в день 4 неделя по 2 таб 2 раза в день

немедикаментозная терапия

- Диетотерапия – стол 4.

Критерий эффективности:

положительная динамика клинических. Эндоскопических и лабораторных показателей

Тема 21. Дифференциальный диагноз и врачебная тактика заболеваний, проявляющихся бронхообструктивным синдромом.

Задача №1

Основная часть: Больной В. 56 лет поступил в стационар с жалобами на одышку в покое, усиливающуюся при малейшем физическом напряжении (из-за одышки больной не мог выходить из дома), кашель с гнойной мокротой, отёки голеней, тяжесть в правом подреберье, увеличение живота. В анамнезе: 20 лет назад перенёс пневмонию. С тех пор беспокоит кашель с мокротой, преимущественно по утрам, кашель усиливался в осеннее и зимнее время. Периодически при повышении температуры до 37-39°C принимал антибиотики и сульфаниламиды. В последние 3 года стала беспокоить одышка. Ухудшение состояния наступило в последние 4 месяца, когда после простуды и повышения температуры (до 38°C) впервые появились отёки, боли и тяжесть в правом подреберье, увеличение живота.

Анамнез жизни. Курит 25 лет по 1 пачке сигарет в день. Работает на вредном производстве – в литейном цехе. Туберкулёзом ранее не болел, контакт с больными туберкулёзом отрицает. Аллергологический анамнез – без особенностей. Состояние тяжёлое, выражен диффузный цианоз, цианоз губ. Снижение мышечной массы верхнего плечевого пояса. Конечности на ощупь тёплые, отёки голеней, бёдер. Положение в постели горизонтальное. Грудная клетка бочкообразной формы. Надключичные пространства выбухают. Экскурсия грудной клетки ограничена. При перкуссии над лёгкими – коробочный звук и опущение нижних границ лёгких. Дыхание ослабленное, на некоторых участках с бронхиальным оттенком. С обеих сторон выслушиваются разнокалиберные влажные хрипы и рассеянные сухие хрипы на выдохе. ЧД - 36 в минуту. Границы сердца в норме. Эпигастральная пульсация, тоны сердца глухие, акцент II тона на лёгочной артерии. Пульс - 112 ударов в минуту, ритмичен. АД -100/70 мм рт. ст. Шейные вены набухшие, особенно на выдохе. Живот увеличен в объёме из-за асцита. Печень выступает из-под рёберной дуги на 4-5 см, эластичная, болезненная при пальпации. Рентгенограмма – диффузное усиление лёгочного рисунка, горизонтальный ход рёбер, признаки эмфиземы лёгких, уплощение купола диафрагмы и ограничение подвижности диафрагмы при дыхательных движениях. ЭКГ: синусовая тахикардия, правограмма. Признаки перегрузки правого предсердия и правого желудочка. Смещение переходной зоны влево до V4.

Анализ крови: эритроциты - $5,4 \times 10^{12}/л$, гемоглобин - 174 г/л, цветовой показатель -1, полихроматофилия, анизоцитоз, пойкилоцитоз, ретикулоциты - 3%, лейкоциты - $12,5 \times 10^9/л$, базофилы - 0%, палочкоядерные нейтрофилы - 5%, сегментоядерные нейтрофилы - 61%, лимфоциты - 34%, тромбоциты – $33 \times 10^9/л$, моноциты - 9%, СОЭ - 2 мм/ч.

Вопросы:

1. выделите ведущий синдром на основании жалоб, сведений из анамнеза жизни и заболевания и данных полного физикального обследования пациента (осмотр, пальпация, перкуссия, аускультация)
2. сформулируйте предварительный диагноз и составьте план лабораторных и инструментальных обследований пациента
- 3 определите показания для направления пациента на лабораторное обследование в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) с учетом стандартов медицинской помощи
4. назовите диагностические инструментальные методы обследования с целью установления диагноза
- определите показания для направления пациента на инструментальное обследование в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) с учетом стандартов медицинской помощи
5. определите показания для направления пациента на консультацию к врачам-специалистам в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) с учетом стандартов медицинской помощи
6. определите показания для направления пациента для оказания специализированной медицинской помощи в стационарных условиях или в условиях дневного стационара в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) с учетом стандартов медицинской помощи
7. Проведите дифференциальную диагностику по ведущему синдрому,

сформулируйте диагноз с учетом действующей международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ)

8. Оцените состояние пациента и показания для оказания медицинской помощи в неотложной форме

9. Окажите медицинскую помощь в неотложной форме

10. Разработайте план лечения в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) с учетом стандартов медицинской помощи

11. Назначьте лекарственные препараты, медицинские изделия и лечебное питание в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) с учетом стандартов медицинской помощи

12. Назначьте немедикаментозное лечение в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) с учетом стандартов медицинской помощи

13. Оцените эффективность и безопасность применения лекарственных препаратов, медицинских изделий, лечебного питания

14. назначьте персонализированное лечение в пожилом и старческом возрасте

Эталон ответа:

на основании жалоб, сведений из анамнеза жизни и заболевания и данных полного физикального обследования пациента (осмотр, пальпация, перкуссия, аускультация) выделен ведущий синдром - Бронхообструктивный синдром

Основной: ХОБЛ, тяжёлое течение, в фазе обострения. Эмфизема лёгких.

Осложнение: Дыхательная недостаточность 3 степени. Хроническое лёгочное сердце в фазе декомпенсации. Недостаточность кровообращения IIБ по правожелудочковому типу, 3 функциональный класс. Асцит.

план лабораторных и инструментальных обследований пациента:

- исследование функции внешнего дыхания. Обязательным является определение следующих показателей: жизненная ёмкость лёгких (ЖЕЛ), фиксированная жизненная ёмкость лёгких (ФЖЕЛ), объём форсированного выдоха за первую секунду (ОФВ1) и значение ОФВ1/ФЖЕЛ. Критерием диагноза ХОБЛ является величина отношения ОФВ1/ФЖЕЛ < 70%.

Компьютерная томография грудной клетки помогает уточнить не только характер эмфиземы, но и обнаружить бронхоэктазы.

Эхокардиография позволит уточнить состояние правых отделов сердца и определить лёгочную гипертензию и степень её выраженности.

Цитологическое исследование мокроты даёт информацию о характере воспаления и его активности.

Необходимо проведение бактериоскопического и бактериологического исследования мокроты с использованием современных методик (ПЦР, ДНК диагностика)

Бронхообструктивный синдром является показанием для определения бактериоскопического и бактериологического исследования мокроты с использованием современных методик (ПЦР, ДНК диагностика)

Цитологическое исследование мокроты даёт информацию о характере воспаления и его активности.

диагностические инструментальные методы обследования с целью установления диагноза

- исследование функции внешнего дыхания.

Компьютерная томография грудной клетки.

Эхокардиография

Бронхообструктивный синдром является показанием для исследования функции внешнего дыхания.

Компьютерная томография грудной клетки.

Эхокардиография

Бронхообструктивный синдром является показанием для направления пациента на консультацию к врачам-специалистам - врача-пульмонолога

Основной: ХОБЛ, тяжёлое течение, в фазе обострения. Эмфизема лёгких.

Осложнение: Дыхательная недостаточность 3 степени. Хроническое лёгочное сердце в фазе декомпенсации. Недостаточность кровообращения IIБ по правожелудочковому типу, 3 функциональный класс. Асцит.

показана госпитализация в специализированный пульмонологический стационар программа дифференциальной диагностики по ведущему синдрому - Бронхообструктивный синдром

- инородное тело в бронхах
- спонтанный пневмоторакс
- ТЭЛА
- инфаркт миокарда – астматический вариант
- тяжёлая внебольничная пневмония
- бронхиальная астма
- сердечная астма
- карциноид
- ХОБЛ
- Хронический обструктивный бронхит

Основной: J 44ХОБЛ, тяжёлое течение, в фазе обострения. Эмфизема лёгких.

Осложнение: Дыхательная недостаточность 3 степени. Хроническое лёгочное сердце в фазе декомпенсации. Недостаточность кровообращения IIБ по правожелудочковому типу, 3 функциональный класс. Асцит.

У больного имеются экзогенные факторы риска ХОБЛ - индекс курящего человека 25 лет, работа на вредном производстве. Длительное течение заболевания, проявляющегося продуктивным кашлем с частыми обострениями, симптомы необратимой обструкции верхних дыхательных путей, дыхательной недостаточности, хронического лёгочного сердца с застойной сердечной недостаточностью по правожелудочковому типу. Наличие нейтрофильного лейкоцитоза, гипертермии, гнойной мокроты свидетельствует о фазе обострения ХОБЛ. Имеются рентгенологические признаки, характерные для ХОБЛ - диффузное усиление лёгочного рисунка, проявления эмфиземы лёгких. На ЭКГ - признаки перегрузки правого желудочка. В клиническом анализе крови - вторичный эритроцитоз, что свидетельствует о существовании длительной выраженной гипоксемии.

3. Дыхательная недостаточность 3 степени. Эмфизема лёгких. Вторичные бронхоэктазы. Хроническое лёгочное сердце в фазе декомпенсации. Недостаточность кровообращения 2б по правожелудочковому типу, 3 функциональный класс. Асцит. Вторичный эритроцитоз.

Согласно шкале mMRC у больного очень тяжёлая одышка, которая делает невозможным выход из дома и возникает при минимальной физической нагрузке, что соответствует 3 степени дыхательной недостаточности. О хроническом лёгочном сердце в фазе декомпенсации свидетельствует застойная сердечная недостаточность, гепатомегалия, асцит, признаки перегрузки правых отделов сердца на ЭКГ. Вторичный эритроцитоз свидетельствует о выраженной гипоксемии

план лечения:

При ХОБЛ тяжёлой степени базисной терапией является регулярное лечение длительно действующими бронходилататорами: формотерол, сальметерол (по 1 ингаляции 2 раза в день), индакатерол (по 1 ингаляции 1 раз в день), тиотропия бромид (по 1 ингаляции 1 раз в день), гликопирроний (по 1 ингаляции 1 раз в день). Так как у больного ХОБЛ тяжёлого течения, то ему показана тройная терапия: тиотропия бромид + серетид или симбикорт или фостер. При наличии вязкой мокроты показана муколитическая терапия. Наиболее эффективен амброксол (лазолван). В связи с обострением ХОБЛ показана парентеральная терапия системными глюкокортикостероидами в среднетерапевтических дозах (эквивалентно 30-40 мг преднизолона), сроком не более 2 недель с постепенной полной отменой. Показана антибактериальная терапия респираторными фторхинолонами (левофлоксацин, моксифлоксацин). Коррекция гипоксии с помощью оксигенотерапии.

преднизолон 5 мг по 3 таб в 8.00 3 та в 12.00

пантопразол - нольпаза 20 мг по 1 таб 2 раза в день

аспаркам по 1 таб 4 раза в день

левофлоксацин 500 мг по 1 таб 2 раза в день

тиотропия бромид по 1 ингаляции 1 раз в день + серетид или симбикорт по 1 ингаляции 1 раз в день или фостер по 1 ингаляции 1 раз в день.

немедикаментозная терапия

- ЛФК

Критерий эффективности:

положительная динамика клинических симптомов

Тема 22. Дифференциальный диагноз и врачебная тактика интерстициальных заболеваний легких

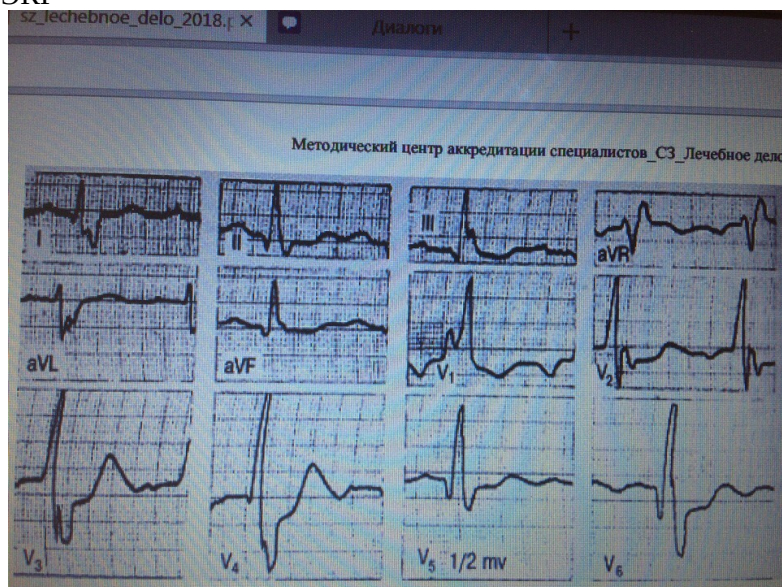
Задача №1

Основная часть

Женщина 44 лет, программист, поступила в терапевтическое отделение с жалобами на нарастающую общую слабость, боль, ограничение движений и онемение, преимущественно пальцев, в обеих кистях, незначительный сухой кашель, сердцебиение при физической нагрузке, снижение аппетита, сухость во рту, затруднение жевания и глотания. Считает себя больной с 32 лет: после сильного переохлаждения впервые стала отмечать онемение пальцев обеих рук при мытье их холодной водой, постепенно продолжительность онемения увеличивалась, оно стало возникать при незначительном понижении температуры воздуха. Одновременно появилась повышенная потливость обеих ладоней. Постепенно в течение 6 месяцев присоединилась общая слабость, снижение аппетита, в связи с чем больная обратилась в поликлинику по месту жительства. Было сделано исследование общего анализа крови, рентгенография органов грудной клетки, ФГДС, однако причина астенизации не была выявлена. Онемение пальцев рук сохранялось, постепенно появились ограничение подвижности пальцев и боли в ногтевых фалангах кистей. При повторном осмотре через год был выставлен диагноз ревматоидного артрита, и больной назначили Преднизолон по 20 мг/сут, с помощью которого боли были купированы, но онемение кистей рук сохранялось, и больная самостоятельно прекратила принимать Преднизолон. В 42 года после инсоляции больная стала отмечать затруднение глотания, присоединение сухого кашля и сердцебиения при ходьбе. В последние 6 месяцев резко усилились боли в ногтевых фалангах при попытке работы на клавиатуре компьютера.

При осмотре: внешний вид больной представлен на рисунке. Кожные покровы равномерно гиперпигментированы. Кожа кистей и пальцев рук холодная, уплотнена, равномерно утолщена, не берётся в складку, морщины над межфаланговыми суставами отсутствуют. Ногтевые фаланги всех пальцев укорочены. Мышцы плечевого и тазового пояса атрофичны, предплечий – уплотнены, ригидны. Объём пассивных и активных движений в межфаланговых суставах резко снижен. Дыхание поверхностное, 24 в минуту. Выявлено уменьшение экскурсии легких и симметричное ослабление везикулярного дыхания в нижних отделах. АД -110/70 мм рт. ст. Тоны сердца неритмичные, 88 в минуту, единичные экстрасистолы; I тон над верхушкой и основанием мечевидного отростка ослаблен. Живот мягкий, безболезненный как при поверхностной, так и при глубокой пальпации. Лабораторно. Общий анализ крови: эритроциты - $3,1 \times 10^{12}/л$, гемоглобин -95 г/л, цветовой показатель -0,85; лейкоциты - $15,3 \times 10^9/л$; эозинофилы -2%, палочкоядерные нейтрофилы -8%, сегментоядерные нейтрофилы -72%, лимфоциты -17%, моноциты -1%; СОЭ -27 мм/ч. Биохимический анализ крови: общий белок -75 г/л; альбумины -40%, глобулины -60%, 1 -3,8%, 2 -12%; -12%; -32,2%; фибриноген -6,6 г/л; СРБ (++) . Повторные исследования LE клеток в крови отрицательны.

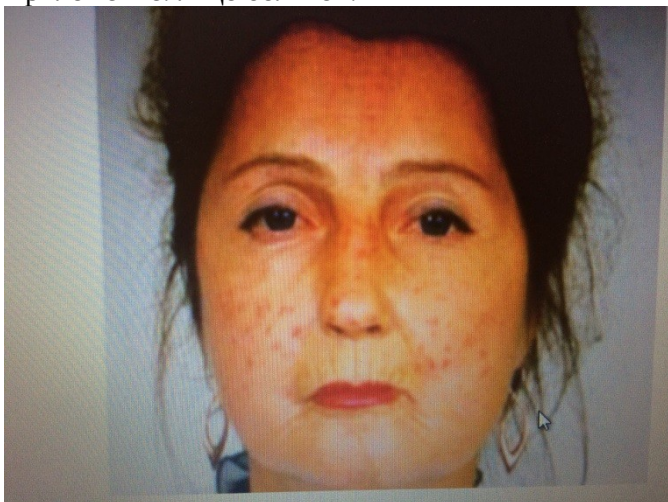
ЭКГ



Рентгенография органов грудной клетки: «сотовое» лёгкое, явления пневмосклероза, преимущественно в нижних отделах.

Рентгенография кистей: остеолит дистальных фаланг, эпифизарный остеопороз.

Приложение: лицо больной.



Вопросы:

1. выделите ведущий синдром на основании жалоб, сведений из анамнеза жизни и заболевания и данных полного физикального обследования пациента (осмотр, пальпация, перкуссия, аускультация)
2. сформулируйте предварительный диагноз и составьте план лабораторных и инструментальных обследований пациента
- 3 определите показания для направления пациента на лабораторное обследование в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) с учетом стандартов медицинской помощи
- 4.назовите диагностические инструментальные методы обследования с целью установления диагноза
- определите показания для направления пациента на инструментальное обследование в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) с учетом стандартов медицинской помощи
5. определите показания для направления пациента на консультацию к врачам-специалистам в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) с учетом стандартов медицинской помощи
6. определите показания для направления пациента для оказания специализированной медицинской помощи в стационарных условиях или в условиях дневного стационара в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) с учетом стандартов медицинской помощи
7. Проведите дифференциальную диагностику по ведущему синдрому, сформулируйте диагноз с учетом действующей международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ)
8. Оцените состояние пациента и показания для оказания медицинской помощи в неотложной форме
9. Окажите медицинскую помощь в неотложной форме
10. Разработайте план лечения в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) с учетом стандартов медицинской помощи
11. Назначьте лекарственные препараты, медицинские изделия и лечебное питание в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) с учетом стандартов медицинской помощи
12. Назначьте немедикаментозное лечение в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) с учетом стандартов медицинской помощи
13. Оцените эффективность и безопасность применения лекарственных препаратов, медицинских изделий, лечебного питания

14. назначьте персонализированное лечение в пожилом и старческом возрасте

Эталон ответа:

на основании жалоб, сведений из анамнеза жизни и заболевания и данных полного физикального обследования пациента (осмотр, пальпация, перкуссия, аускультация) выделен ведущий синдром - суставной синдром

Основной: Системная склеродермия, хроническое течение, активность II, лимитированная кожная форма с поражением сосудов синдром Рейно, суставов склеродактилия, ЖКТ - дисфагия, легких - интерстициальное поражение легких, легочный фиброз, ДНП, с поражением сердца экстрасистолия.

Осложнение: хроническое легочное сердце. N1

план лабораторных и инструментальных обследований пациента:

- широкополная капилляроскопия ногтевого ложа,
- R-графия пищевода с контрастированием,
- биопсия кожи,
- трансторакальная Доплер-ЭхоКГ СМ ЭКГ,
- ФВД,
- ФГДС,
- глазное дно,
- антитела к ДНК, АНФ, антицентромерные антитела, анти Scl 70.
- КТВР органов грудной клетки для уточнения наличия интерстициального поражения лёгких

Системная склеродермия является показанием для определения антитела к ДНК,

АНФ,

антицентромерные антитела,

анти Scl 70

биопсия кожи,

диагностические инструментальные методы обследования с целью установления диагноза

- широкополная капилляроскопия ногтевого ложа,
- R-графия пищевода с контрастированием,
- трансторакальная Доплер-ЭхоКГ,
- СМ ЭКГ,
- ФВД,
- ФГДС,
- глазное дно,
- КТВР органов грудной клетки для уточнения наличия интерстициального поражения лёгких

Системная склеродермия является показанием для направления

- широкополная капилляроскопия ногтевого ложа,
- R-графия пищевода с контрастированием,
- трансторакальная Доплер-ЭхоКГ
- СМ ЭКГ,
- ФВД,
- ФГДС,
- глазное дно
- КТВР органов грудной клетки для уточнения наличия интерстициального поражения лёгких

Системная склеродермия является показанием для направления пациента на консультацию к врачам-специалистам - врача-ревматолога, пульмонолога, кардиолога, показана госпитализация в специализированный ревматологический стационар для проведения индукционной терапии

программа дифференциальной диагностики по ведущему синдрому - Синдром суставной

1. ПАРАНЕОПЛАСТИЧЕСКИЙ СИНДРОМ
2. ГЕМОБЛАСТОЗЫ:
3. СКВ,
4. СИСТЕМНАЯ СКЛЕРОДЕРМИЯ
5. СИСТЕМНЫЕ ВАСКУЛИТЫ

6. РЕВМАТОИДНЫЙ АРТРИТ
1. ПСОРИАТИЧЕСКИЙ АРТРИТ
2. РЕАКТИВНЫЙ УРОГЕННЫЙ АРТРИТ
3. ПОДАГРА
4. ОСТЕОАРТРОЗ СУСТАВОВ КИСТЕЙ

Основной: М.34 Основной: Системная склеродермия, хроническое течение, активность II, лимитированная кожная форма с поражением сосудов синдром Рейно, суставов склеродактилия, ЖКТ - дисфагия, легких - интерстициальное поражение легких, лёгочный фиброз, ДНП, с поражением сердца экстрасистолия.

Осложнение: хроническое лёгочное сердце. N1

Диагноз выставлен на основании выделенных синдромов:

синдромы Рейно, склеродермии, суставной, дисфагии, дыхательной недостаточности, анемический, иммунных нарушений.

план лечения:

1. Лечение сосудистых осложнений: антагонисты кальция (Амлодипин), Пентоксифиллин, Лозартан 25–100 мг/сут;
2. для заживления дигитальных язв –препараты Простагландина Е, Силденафил (Виагра);
3. подавление прогрессирования фиброза: D-пеницилламин 250–500 мг/сут, если подтверждается интерстициальное поражение лёгких, то комбинированная терапия Преднизолон + Циклофосфамид;
4. учитывая поражение пищевода, необходимо дробное питание, последний приём пищи не позже 18 часов, при выраженной дисфагии –Метоклопрамид 10 мг 3–4 р/сут., при наличии рефлюкс-эзофагита –Омепразол 20 мг/сут. 5. Санаторно-курортное лечение противопоказано.

Вне активности заболевания массаж, ЛФК.

1. преднизолон 5 мг 2 таб 1 раз в сутки утром после еды
2. пантопразол (нольпаза) 20 мг
3. Аспаркам по 1 таб 3 раза в день
4. пентоксифиллин 100 мг по 1 таб 3 раза в день
6. амлодипин 5 мг 1 таб 1 раз в день

немедикаментозная терапия

- дробное питание, последний приём пищи не позже 18 часов
- массаж, ЛФК.

Критерий эффективности:

снижение активности и подавление прогрессирования болезни;
уменьшение клинических проявлений

Тема 23 Дифференциальный диагноз и врачебная тактика заболеваний с синдромом округлой тени в легких.

Задача № 1.

Больная 52 лет, жалуется на одышку, кашель с мокротой зеленоватого цвета, слабость, потливость. Считает себя больной в течение многих лет. Болезнь протекала волнообразно, вначале с редкими, а затем с более частыми обострениями. В последнее время ухудшился аппетит, заметила похудание, усилилась одышка. При осмотре отмечено укорочение перкуторного звука на верхушке правого легкого. Здесь же прослушивается резко ослабленное дыхание с бронхиальным оттенком, скудные сухие хрипы. Над нижними отделами легких дыхание ослаблено, вдох удлинен. Границы сердца определяются неотчетливо из-за коробочного оттенка. Анализ крови: эр. - $3,5 \times 10^{12}$, Нв - 100 г/л, л - $9,0 \times 10^9$, п/я - 2, с/я - 82, лимф. - 10, м - 6, СОЭ - 30 мм/час.

Анализ	мочи:	без	патологии.
В анализе мокроты обнаружены	большое количество лейкоцитов	эластические волокна.	Однократно обнаружены
	БК	методом	Циля-Нильсона.

Вопросы:

1. выделите ведущий синдром на основании жалоб, сведений из анамнеза жизни и заболевания и данных полного физикального обследования пациента (осмотр, пальпация, перкуссия, аускультация)
2. сформулируйте предварительный диагноз и составьте план лабораторных и инструментальных обследований пациента
- 3 определите показания для направления пациента на лабораторное обследование в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) с учетом стандартов медицинской помощи
4. назовите диагностические инструментальные методы обследования с целью установления диагноза
- определите показания для направления пациента на инструментальное обследование в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) с учетом стандартов медицинской помощи
5. определите показания для направления пациента на консультацию к врачам-специалистам в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) с учетом стандартов медицинской помощи
6. определите показания для направления пациента для оказания специализированной медицинской помощи в стационарных условиях или в условиях дневного стационара в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) с учетом стандартов медицинской помощи
7. Проведите дифференциальную диагностику по ведущему синдрому, сформулируйте диагноз с учетом действующей международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ)
8. Оцените состояние пациента и показания для оказания медицинской помощи в неотложной форме
9. Окажите медицинскую помощь в неотложной форме
10. Разработайте план лечения в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) с учетом стандартов медицинской помощи
11. Назначьте лекарственные препараты, медицинские изделия и лечебное питание в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) с учетом стандартов медицинской помощи
12. Назначьте немедикаментозное лечение в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) с учетом стандартов медицинской помощи
13. Оцените эффективность и безопасность применения лекарственных препаратов, медицинских изделий, лечебного питания
14. назначьте персонализированное лечение в пожилом и старческом возрасте

Эталон ответа:

на основании жалоб, сведений из анамнеза жизни и заболевания

и данных полного физикального обследования пациента (осмотр, пальпация, перкуссия, аускультация) выделен ведущий синдром - синдромом округлой тени в легких

Основной: фиброзно-кавернозный туберкулез легких

план лабораторных и инструментальных обследований пациента:

- исследование мокроты на МБТ методом посева;
 - диагностическая бронхоскопия с забором содержимого бронхов для бактериологического исследования на МБТ;
 - компьютерная томография легких
- фиброзно-кавернозный туберкулез легких является показанием для исследования мокроты на МБТ методом посева;

диагностические инструментальные методы обследования с целью установления диагноза

- диагностическая бронхоскопия с забором содержимого бронхов для бактериологического исследования на МБТ;
- компьютерная томография легких

фиброзно-кавернозный туберкулез легких

является показанием для направления диагностическая бронхоскопия с забором содержимого бронхов для бактериологического исследования на МБТ;

компьютерная томография легких

фиброзно-кавернозный туберкулез легких

является показанием для направления пациента на консультацию к врачам-специалистам - врача-фтизиатра

больной должен быть госпитализирован в стационар противотуберкулезного диспансера

программа дифференциальной диагностики по ведущему синдрому - синдром округлой тени в легких

- хронический абсцесс легкого

- поликистоз легкого

- бронхоэктатическая болезнь

- фиброзно-кавернозный туберкулез легких.

Основной: А16 фиброзно-кавернозный туберкулез легких.

За этот диагноз свидетельствуют:

- нахождение МБТ в мокроте;

- отсутствие катаральных явлений в легких в зоне заметного притупления легочного звука и измененного дыхания;

- умеренные изменения в общем анализе крови, в частности умеренный лейкоцитоз;

- рентгенологическая картина - уменьшенная за счет фиброза верхняя доля, в зоне которой определяются кольцевидные тени с толстыми стенками

план лечения:

необходима антибактериальная терапия - не менее чем 3-мя АБП;

- при отсутствии рентгенологической динамики через два месяца консервативного лечения,

больному необходимо предложить оперативное лечение- резекцию верхней доли правого легкого

Рифампицин,

Пиразинамид,

Этамбутол.

немедикаментозная терапия

- лечебно-охранительный режим
- ЛФК.

Критерий эффективности:

положительная динамика клинических,

инструментальных и лабораторных данных

Тема 24. Дифференциальный диагноз и врачебная тактика заболеваний с синдромом полости в легких

Задача №1.

Больной С. 25 лет поступил в стационар с жалобами на кашель с большим количеством слизисто-гнойной мокроты (до 300 мл/сут) с неприятным запахом; кровохарканьем, повышением температуры до 39 °С, недомоганием, одышкой. Известно, что около 2 недель назад лечился по

поводу пневмонии, но самостоятельно покинул отделение и продолжил лечение амбулаторно. Ухудшение около 2 дней назад. Объективно: пониженного питания, кожные покровы бледные. Пульс - 94 в минуту, ритмичный, АД - 100/70 мм рт. ст. Границы сердца смещены вправо на 1,5 см, тоны сердца приглушены, акцент II тона над лёгочной артерией. Над лёгкими слева перкуторно определяется коробочный звук. Дыхание везикулярное, ослабленное. Слева в нижних отделах выслушиваются звучные влажные средне- и мелкопузырчатые хрипы. ЧД - 24 в минуту. Рентгенологически нижней доли правого легкого имеется полость с содержанием в ней газожидкостного уровня.

Вопросы:

1. выделите ведущий синдром на основании жалоб , сведений из анамнеза жизни и заболевания и данных полного физикального обследования пациента (осмотр, пальпация, перкуссия, аускультация)
2. сформулируйте предварительный диагноз и составьте план лабораторных и инструментальных обследований пациента
- 3 определите показания для направления пациента на лабораторное обследование в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) с учетом стандартов медицинской помощи
- 4.назовите диагностические инструментальные методы обследования с целью установления диагноза
- определите показания для направления пациента на инструментальное обследование в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) с учетом стандартов медицинской помощи
5. определите показания для направления пациента на консультацию к врачам-специалистам в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) с учетом стандартов медицинской помощи
6. определите показания для направления пациента для оказания специализированной медицинской помощи в стационарных условиях или в условиях дневного стационара в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) с учетом стандартов медицинской помощи
7. Проведите дифференциальную диагностику по ведущему синдрому, сформулируйте диагноз с учетом действующей международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ)
8. Оцените состояние пациента и показания для оказания медицинской помощи в неотложной форме
9. Окажите медицинскую помощь в неотложной форме
10. Разработайте план лечения в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) с учетом стандартов медицинской помощи
11. Назначьте лекарственные препараты, медицинские изделия и лечебное питание в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) с учетом стандартов медицинской помощи
12. Назначьте немедикаментозное лечение в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) с учетом стандартов медицинской помощи
13. Оцените эффективность и безопасность применения лекарственных препаратов, медицинских изделий, лечебного питания
14. назначьте персонализированное лечение в пожилом и старческом возрасте

Эталон ответа:

на основании жалоб , сведений из анамнеза жизни и заболевания и данных полного физикального обследования пациента (осмотр, пальпация, перкуссия, аускультация) выделен ведущий синдром - Синдром полости в легком
Основной: Левосторонняя пневмония. Туберкулёз лёгких. Абсцесс лёгкого.
план лабораторных и инструментальных обследований пациента:
общий анализ крови и мочи,
биохимический анализ крови и обследование, уточняющее процесс в лёгких (рентгенографию в двух проекциях, бронхоскопию, УЗИ).
обследование, оценивающее состояние больного: ЭКГ, RW, ВИЧ, кровь на БК по методике ВОЗ.

КТ легких

Синдром полости в легком является показанием для определения
общий анализ крови и мочи,
биохимический анализ крови
кровь на БК по методике ВОЗ.

диагностические инструментальные методы обследования с целью установления диагноза

- Рентгенография грудной клетки в двух проекциях,
- бронхоскопия,
- УЗИ
- КТ легких

Синдром полости в легком является показанием для направления

- Рентгенография грудной клетки в двух проекциях,
- бронхоскопия,
- УЗИ
- КТ легких

Синдром полости в легком является показанием для направления пациента на консультацию к
врачам-специалистам - врача-торакального хирурга, фтизиатра

Синдром полости в легком является показанием для госпитализации в специализированный
пульмонологический стационар с переводом с отделения торакальной хирургии после
подтверждения диагноза

программа дифференциальной диагностики по ведущему синдрому - Синдром полости в легком –
рак легкого с распадом

туберкулез

абсцесс

поликистоз легкого

бронхоэктатическая болезнь

эхинококк

Основной: J 85 абсцесс лёгкого

Анамнестически установлено, что больной начал лечение по поводу левосторонней пневмонии, но
лечение было прервано, после чего через несколько дней отметил ухудшение. В данной ситуации
возможно развитие осложнений (например, абсцесса лёгкого – имеется отхождение гнойной
мокроты) или прогрессирование основного заболевания. Кроме того, необходимо думать о
социально значимых заболеваниях, например, туберкулезе.

план лечения:

показана антибактериальная и симптоматическая терапия. Данные анамнеза и результаты
обследования не позволяют исключить в данном случае абсцесс лёгкого. При диагностике
абсцесса лёгкого показаны хирургические методы лечения: вскрытие и дренирование гнойника
Респираторный фторхинолон (Левифлоксацин в/в 0,5 г 1 раз в сутки) в/в + цефтриаксон 1,0–2,0 г 1
раз в сутки в/в

глюкоза 5%-ная – 400–800 мл/сут

немедикаментозная терапия

- Кислородотерапия – через маску, катетеры, ИВЛ в зависимости от степени дыхательной
недостаточности

Критерий эффективности:

Улучшение клинических и рентгенологических показателей

Тема 25. Дифференциальный диагноз и врачебная тактика по синдрому выпота в плевральную полость

Задача №1

Основная часть: Больной 20 лет, студент, поступил в терапевтическое отделение с жалобами на боли в левой половине грудной клетки, одышку, повышение температуры до 39°C.

Анамнез: в течение трёх месяцев отмечал повышенную утомляемость, слабость, похудание, повышение температуры до субфебрильных цифр, колющие боли под левой лопаткой, которые расценивались как невралгия. Самочувствие ухудшилось резко после переохлаждения, появились кашель без мокроты, одышка при небольшой нагрузке, боли и тяжесть в грудной клетке, связанные с дыханием, повысилась температура. Год назад имел контакт с родственником, больным туберкулёзом с МБТ (+). При осмотре: состояние средней тяжести. Бледность, одышка с ЧД – 30 в минуту в покое. Пульс - 110 ударов в минуту, удовлетворительного наполнения. Тоны сердца чистые. Левая половина грудной клетки отстаёт в акте дыхания, межрёберные промежутки сглажены. Отмечается укорочение перкуторного звука над нижними отделами левого лёгкого, голосовое дрожание ослаблено, дыхание в этих отделах не прослушивается. Со стороны органов брюшной полости - без особенностей.

Клинический анализ крови: гемоглобин - 120 г/л, эритроциты - $4,8 \times 10^{12}/л$, лейкоциты - $5,0 \times 10^9$, палочкоядерные нейтрофилы - 8%, сегментоядерные нейтрофилы - 66%, эозинофилы - 1%, лимфоциты - 18%, моноциты - 7%, СОЭ - 35 мм/час.

Общий анализ мочи: без патологии. R-Манту с 2 ТЕ: папула 17 мм. Диаскинтест - папула 15 мм.

Обзорная рентгенограмма грудной клетки: отмечается гомогенное затенение нижних отделов левого лёгочного поля и реберно-диафрагмального синуса. Затенение имеет косую верхнюю границу, идущую сверху вниз и снаружи внутрь.

Вопросы:

1. выделите ведущий синдром на основании жалоб, сведений из анамнеза жизни и заболевания и данных полного физикального обследования пациента (осмотр, пальпация, перкуссия, аускультация)
2. сформулируйте предварительный диагноз и составьте план лабораторных и инструментальных обследований пациента
- 3 определите показания для направления пациента на лабораторное обследование в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) с учетом стандартов медицинской помощи
4. назовите диагностические инструментальные методы обследования с целью установления диагноза
- определите показания для направления пациента на инструментальное обследование в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) с учетом стандартов медицинской помощи
5. определите показания для направления пациента на консультацию к врачам-специалистам в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) с учетом стандартов медицинской помощи
6. определите показания для направления пациента для оказания специализированной медицинской помощи в стационарных условиях или в условиях дневного стационара в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) с учетом стандартов медицинской помощи
7. Проведите дифференциальную диагностику по ведущему синдрому, сформулируйте диагноз с учетом действующей международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ)
8. Оцените состояние пациента и показания для оказания медицинской помощи в неотложной форме
9. Окажите медицинскую помощь в неотложной форме
10. Разработайте план лечения в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) с учетом стандартов медицинской помощи
11. Назначьте лекарственные препараты, медицинские изделия и лечебное питание в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) с учетом стандартов медицинской помощи

12. Назначьте немедикаментозное лечение в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения с учетом стандартов медицинской помощи)

13. Оцените эффективность и безопасность применения лекарственных препаратов, медицинских изделий, лечебного питания

14. назначьте персонализированное лечение в пожилом и старческом возрасте

Эталон ответа:

на основании жалоб, сведений из анамнеза жизни и заболевания

и данных полного физикального обследования пациента (осмотр, пальпация, перкуссия, аускультация) выделен ведущий синдром - синдром выпота в плевральную полость

Основной: . Левосторонний экссудативный туберкулёзный плеврит

план лабораторных и инструментальных обследований пациента:

УЗИ грудной клетки для уточнения количества и расположения жидкости, определения места пункции.

Исследование плевральной жидкости: количество, цвет, характер, плотность, содержание белка, проба Ривальда, уровень лактатдегидрогеназы (ЛДГ), аденозиндезаминаза (АДА), клеточный состав – для определения характера экссудата, исключить трансудат.

Микроскопия по Цилю-Нильсену и посев экссудата, мокроты (промывных вод бронхов) двукратно на МБТ на плотные и жидкие (Бактек), ПЦР МБТ (микобактерии туберкулеза) – для определения этиологии заболевания, определения лекарственной чувствительности МБТ (для выбора режима химиотерапии) – не менее 2 раз, плевральная жидкость после каждой пункции.

Компьютерная томография грудной клетки (после удаления экссудата) для выявления инфильтрации, очагов, увеличения внутригрудных лимфоузлов, которые могут быть проявлением туберкулёза и других заболеваний.

Фибробронхоскопия для диагностики возможного туберкулёза бронхов.

УЗИ почек и органов брюшной полости для исключения внелёгочных локализаций.

При невозможности установить диагноз этими методами используют пункционную биопсию плевры; торакоскопию с биопсией плевры – в биоптате определяют наличие туберкулёзных гранулем и МБТ (подтвердить туберкулёзную этиологию, исключить онкологию).

Биохимическое исследование крови для определения функции печени, почек, исключения сахарного диабета, оценки тяжести метаболических нарушений перед началом химиотерапии.

Кровь на ВИЧ, гепатиты В и С обязательно исследуется при туберкулёзе.

синдром выпота в плевральную полость является показанием для определения Исследование плевральной жидкости: количество, цвет, характер, плотность, содержание белка, проба Ривальда, уровень лактатдегидрогеназы (ЛДГ), аденозиндезаминаза (АДА), клеточный состав

Микроскопия по Цилю-Нильсену и посев экссудата, мокроты (промывных вод бронхов) двукратно на МБТ на плотные и жидкие (Бактек),

ПЦР МБТ (микобактерии туберкулеза)

Биохимическое исследование крови: АЛАТ АСАТ, креатинин, СРБ, гликированный гемоглобин ОАК, ОАМ

Кровь на ВИЧ, гепатиты В и С

диагностические инструментальные методы обследования с целью установления диагноза

- УЗИ грудной клетки
- Компьютерная томография грудной клетки
- Фибробронхоскопия
- УЗИ почек и органов брюшной полости
- При невозможности установить диагноз этими методами используют пункционную биопсию плевры; торакоскопию с биопсией плевры
- синдром выпота в плевральную полость является показанием для направления УЗИ грудной клетки
- Компьютерная томография грудной клетки
- Фибробронхоскопия
- УЗИ почек и органов брюшной полости
- При невозможности установить диагноз этими методами используют пункционную биопсию плевры; торакоскопию с биопсией плевры

синдром выпота в плевральную полость является показанием для направления пациента на консультацию к врачам-специалистам - врача-фтизиатра
показана госпитализация в специализированный туберкулезный стационар
программа дифференциальной диагностики по ведущему синдрому –
синдром выпота в плевральную полость
травмы грудной клетки (переломы ребер, ушибы легкого) и оперативные вмешательства на органах грудной клетки
злокачественные опухоли различного происхождения и локализации, чаще всего — метастатическое поражение плевры (рак молочной железы, рак легкого и опухоли других локализаций), мезотелиома плевры, лимфогранулематоз.
системные заболевания соединительной ткани (например, системная красная волчанка, системная склеродермия);
системные васкулиты (гранулематоз Вегенера);
инфаркт легкого вследствие тромбоэмболии легочной артерии;
острый панкреатит;
синдром Дресслера — аутоиммунное осложнение инфаркта миокарда;
пневмония
туберкулез
хроническая почечная недостаточность;
цирроз печени;
застойная сердечная недостаточность.

А 15.6 Левосторонний экссудативный туберкулезный плеврит.

В пользу экссудативного плеврита: боли в грудной клетке, одышка, резкое повышение температуры, отставание левой половины грудной клетки в дыхании. Укорочение перкуторного звука, ослабление дыхания, голосового дрожания являются симптомами наличия жидкости в плевральной полости. Рентгенологическая картина: гомогенное затемнение в нижне-боковых отделах левого гемиторакса с косой границей (линия Демуазо) характерно для свободной жидкости в плевральной полости. В пользу туберкулезной этиологии плеврита молодой возраст, постепенное развитие интоксикационного синдрома, гиперергические результаты пробы Манту и Диаскинтеста, туберкулезный контакт в анамнезе.

Плотность 1015 и выше, содержание белка 30 г/л и более; типичен серозный экссудат с преобладанием в клеточном составе лимфоцитов (> 50%), низкое содержание глюкозы (<3,33 ммоль/л), повышение аминазидеаминазы – АДА (> 35 ед/л); положительна проба Ривольта, концентрация лактатдегидрогеназы (ЛДГ) повышена более 1,6 ммоль/(л×ч). Наличие МБТ (метод микроскопии, посева, ПЦР) – вероятность 5-15%.

состояние пациента не является показанием для оказания медицинской помощи в неотложной форме

медицинская помощь в неотложной форме в виде не показана

план лечения:

Назначается III режим химиотерапии, состоящий из основных препаратов: Изониазид, Рифампицин, Пиразинамид, Этамбутол.

Изониазид,

Рифампицин,

Пиразинамид,

Этамбутол.

немедикаментозная терапия

• ЛФК

Критерий эффективности:

положительная динамика клинических, рентгенологических, лабораторных данных.

Тема 27. Дифференциальный диагноз и врачебная тактика анемий

Задача №1.

Пациент Ф., 69 лет, предъявляет жалобы на слабость, утомляемость, неустойчивость походки, потерю в весе 12 кг, отсутствие аппетита, которые постепенно нарастают в течение четырех лет и появление которых он связывает с психоэмоциональным стрессом по поводу смерти жены пять лет назад. Наличие хронических заболеваний отрицает. Курит в течение 40 лет.

Пациент пониженного питания. Кожные покровы сухие, бледные, определяется небольшая иктеричность склер, язык чистый, следы от зубов отсутствуют, умеренная сглаженность сосочков языка. В легких дыхание жесткое, хрипов нет. ЧД - 17 в минуту. Тоны сердца сохранены, ритмичные, шумы не выслушиваются. ЧСС - 72 в минуту. АД - 135/80 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный, печень выступает из-под края реберной дуги на 2 см по среднеключичной линии, ее край гладкий, ровный, безболезненный при пальпации.

В анализах крови: гемоглобин - 10,4 г/л, эритроциты - 2,4 млн, ЦП - 1,2, ретикулоциты - 2 д, обнаружены полисегментоядерные нейтрофилы, СОЭ - 7 мм/ч, общий билирубин - 1,8 мг%, прямой билирубин - 0,2 мг%.

В анализах мочи и кала без отклонений от нормы.

Вопросы:

1. выделите ведущий синдром на основании жалоб, сведений из анамнеза жизни и заболевания и данных полного физикального обследования пациента (осмотр, пальпация, перкуссия, аускультация)

2. сформулируйте предварительный диагноз и составьте план лабораторных и инструментальных обследований пациента

3 определите показания для направления пациента на лабораторное обследование в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) с учетом стандартов медицинской помощи

4.назовите диагностические инструментальные методы обследования с целью установления диагноза

определите показания для направления пациента на инструментальное обследование в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) с учетом стандартов медицинской помощи

5. определите показания для направления пациента на консультацию к врачам-специалистам в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) с учетом стандартов медицинской помощи

6. определите показания для направления пациента для оказания специализированной медицинской помощи в стационарных условиях или в условиях дневного стационара в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) с учетом стандартов медицинской помощи

7. Проведите дифференциальную диагностику по ведущему синдрому, сформулируйте диагноз с учетом действующей международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ)

8. Оцените состояние пациента и показания для оказания медицинской помощи в неотложной форме

9. Окажите медицинскую помощь в неотложной форме

10. Разработайте план лечения в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) с учетом стандартов медицинской помощи

11. Назначьте лекарственные препараты, медицинские изделия и лечебное питание в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) с учетом стандартов медицинской помощи

12. Назначьте немедикаментозное лечение в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) с учетом стандартов медицинской помощи

13. Оцените эффективность и безопасность применения лекарственных препаратов, медицинских изделий, лечебного питания

14. назначьте персонализированное лечение в пожилом и старческом возрасте

Эталон ответа:

на основании жалоб, сведений из анамнеза жизни и заболевания

и данных полного физикального обследования пациента (осмотр, пальпация, перкуссия, аускультация) выделен ведущий синдром - анемический синдром

В12-дефицитная анемия тяжелого течения

план лабораторных и инструментальных обследований пациента:

содержание вита-мина В12и фолиевой кислоты

стернальная пункция для определения типа кро-ветворения.

тест Шиллинга.

антитела к париетальным клеткам желудка

ЭФГДС

анемический синдром является показанием для определения содержание вита-мина В12и фолиевой кислоты

стернальная пункция для определения типа кро-ветворения.

тест Шиллинга.

антитела к париетальным клеткам желудка

диагностические инструментальные методы обследования с целью установления диагноза

• ЭФГДС

анемический синдром является показанием для направления

ЭФГДС

анемический синдром является показанием для направления пациента на консультацию к врачам-специалистам - врача-гематолога

Анемия тяжелой степени является показанием для направления пациента для оказания специализированной медицинской помощи в гематологический стационар

программа дифференциальной диагностики по ведущему синдрому - Синдром нарушения ритма

1 этап:

1. Метапластические анемии – острые и хронические гемобластозы
2. Апластическая/ гипопластическая анемия
3. Гемолитические анемии
4. В12дефицитная анемия
5. Железодефицитная анемия

В пользу диагноза В12-де-фицитной анемии свидетельствуют гиперхромный (ЦП), макроцитарный (средний объем эритроцита) ее характер в сочетании с умеренно выраженной тенденцией к лейкопении и тромбоцитопении, а также повышение непрямого билирубина в крови, которые являются проявлением гемолиза

2 этап:

- снижение продукции или отсутствие «внутреннего фактора Кастла» вследствие наличия аутоантител к нему или к париетальным клеткам желудка, другие атрофические гастриты, резекция желудка;
- заболевания тонкой кишки (хронические энтериты с синдромом нарушенного всасывания, опухоли, в том числе лимфомы);
- конкурентное поглощение (дивертикулез с изменением флоры, дифиллоботриоз, синдром «слепой петли» при анастомозе тонкой кишки);
- заболевания поджелудочной железы, способствующие повышению кислотности кишечного содержимого (опухоль с образованием гастрина, синдром Золлингера-Эллисона),
- длительный прием некоторых лекарственных препаратов (ингибиторы протонной помпы, метформин и др.)
- Алиментарный дефицит витамина В12

Клинический диагноз: D 51 «Хронический аутоиммунный гастрит (тип А). В12-дефицитная пернициозная анемия тяжелого течения. Подострая комбинированная дегенерация спинного мозга».

план лечения:

назначение витамина В12внутримышечно по 1000 мкг 1 раз в неделю, в течение 8 недель. Дополнительным диагностическим критерием в пользу диагноза В12-дефицитной анемии должен быть ретикулоцитарный криз на 5-6-е сутки терапии.

После нормализации показателей крови терапия должна проводиться пожизненно по 1000 мкг внутримышечно 1 раз в месяц

В12внутримышечно по 1000 мкг 1 раз в неделю

немедикаментозная терапия

- диета

Критерий эффективности:

положительная динамика клинических и лабораторных критериев

персонализированное лечение в пожилом и старческом возрасте В12 внутримышечно по 1000 мкг

1 раз в месяц.

Тема 28. Дифференциальный диагноз и врачебная тактика лимфопролиферативных заболеваний

Задача №1.

Мужчина 52 лет, программист, жалуется на постоянную слабость, снижение веса на 5 кг за последние 2 месяца, увеличение лимфатических узлов в области головы, шеи и в подмышечных областях; сердцебиение и одышку смешанного характера при обычной физической нагрузке; ощущение тяжести в области правого подреберья; изжогу и отрыжку преимущественно после еды; снижение аппетита. Появление этих симптомов пациент ни с чем не связывает.

При осмотре: кожные покровы и видимые слизистые бледные, чистые, суховатые. Отёков нет. Пальпируются затылочные, околоушные, передние и задние шейные, над - и подключичные, подмышечные лимфоузлы, округлые, до 2 см в диаметре, мягко-эластичные, однородные, с гладкой поверхностью, безболезненные, подвижные, не спаянные с кожей и между собой, кожа над ними не изменена. В лёгких дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧД – 16 в минуту. Границы относительной сердечной тупости не изменены. Тоны сердца громкие, ритмичные. ЧСС – 98 в минуту. АД – 120/70 мм рт. ст. Язык влажный, обложен небольшим количеством серого налёта. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Край печени пальпируется на 3 см ниже края рёберной дуги, плотно-эластичный, ровный, слегка болезненный. Селезёнка не пальпируется.

При лабораторных и инструментальных исследованиях выявлены следующие данные.

Общий анализ крови: гемоглобин - 101 г/л, эритроциты – $2,6 \times 10^{12}/л$, цветовой показатель - 0,87, ретикулоциты – 1%, тромбоциты - $115 \times 10^9/л$, лейкоциты - $23,1 \times 10^9/л$, палочкоядерные нейтрофилы – 1%, сегментоядерные нейтрофилы – 23%, лимфоциты – 75%, моноциты – 1%, СОЭ – 81 мм/ч.

Общий анализ мочи: удельный вес - 1039, жёлтая, прозрачная, белок – 1,1 г/л, глюкоза – нет, лейкоциты - 9-15 в поле зрения, эритроциты – 3-6 в поле зрения, соли – ураты небольшое кол-во.

УЗИ органов брюшной полости: УЗ-признаки гепатомегалии, спленомегалии. Диффузная неоднородность печени и поджелудочной железы. Конкрементов, объёмных образований не выявлено.

Биохимический анализ крови: общий белок – 68 г/л, общий билирубин – 45 мкмоль/л, АСТ – 0,92 ммоль/л, АЛТ – 0,81 ммоль/л.

Вопросы:

1. выделите ведущий синдром на основании жалоб , сведений из анамнеза жизни и заболевания и данных полного физикального обследования пациента (осмотр, пальпация, перкуссия, аускультация)
2. сформулируйте предварительный диагноз и составьте план лабораторных и инструментальных обследований пациента
- 3 определите показания для направления пациента на лабораторное обследование в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) с учетом стандартов медицинской помощи
- 4.назовите диагностические инструментальные методы обследования с целью установления диагноза
- определите показания для направления пациента на инструментальное обследование в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) с учетом стандартов медицинской помощи
5. определите показания для направления пациента на консультацию к врачам-специалистам в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) с учетом стандартов медицинской помощи
6. определите показания для направления пациента для оказания специализированной медицинской помощи в стационарных условиях или в условиях дневного стационара в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) с учетом стандартов медицинской помощи
7. Проведите дифференциальную диагностику по ведущему синдрому, сформулируйте диагноз с учетом действующей международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ)
8. Оцените состояние пациента и показания для оказания медицинской помощи в неотложной форме
9. Окажите медицинскую помощь в неотложной форме

10. Разработайте план лечения в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) с учетом стандартов медицинской помощи

11. Назначьте лекарственные препараты, медицинские изделия и лечебное питание в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) с учетом стандартов медицинской помощи

12. Назначьте немедикаментозное лечение в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) с учетом стандартов медицинской помощи

13. Оцените эффективность и безопасность применения лекарственных препаратов, медицинских изделий, лечебного питания

14. назначьте персонализированное лечение в пожилом и старческом возрасте

Эталон ответа:

на основании жалоб, сведений из анамнеза жизни и заболевания

и данных полного физикального обследования пациента (осмотр, пальпация, перкуссия, аускультация) выделены синдромы - лимфопролиферативный: лимфоаденопатия и гепатоспленомегалия инфильтрация всей лимфоидной ткани опухолевыми клетками;

анемический – вследствие вымещения нормального костного мозга, опухолевой массой;

иммунодефицита – с одной стороны аналогично анемическому синдрому, а с другой стороны патологические лимфоциты вырабатывают неполноценные иммуноглобулины – в первую очередь страдает гуморальный иммунитет;

цитолита – разрушение клеток печени;

мочевой – лейкоцитурия, гематурия, протеинурия;

интоксикации – за счёт снижения иммунитета и присоединения различных воспалительных процессов, а также за счёт лизиса опухолевых клеток.

ведущий синдром - лимфопролиферативный: лимфоаденопатия и гепатоспленомегалия инфильтрация всей лимфоидной ткани опухолевыми клетками;

Основной: Хронический лимфолейкоз, В-стадия.

Осложнение: Метапластическая анемия лёгкой степени тяжести. Метапластическая нефропатия. ХБП.

план лабораторных и инструментальных обследований пациента:

стерильная пункция (миелограмма). Возможно, будет выявлена выраженная лимфоидная инфильтрация (лимфоциты составляют более 30% (иногда 50–60% и даже больше) от общего количества миелокариоцитов); значительное уменьшение количества клеток гранулоцитарного ряда.

Проведение иммунофенотипирования для определения специфической, для каждого вида лейкоза, комбинации CD – рецепторов.

УЗИ лимфатических узлов

Лимфопролиферативный синдром является показанием для определения миелограммы

иммунофенотипирование

диагностические инструментальные методы обследования с целью установления диагноза

• УЗИ лимфатических узлов

Лимфопролиферативный синдром является показанием для направления УЗИ лимфатических узлов

С 91,1 Хронический лимфолейкоз, В-стадия.

Осложнение: Метапластическая анемия лёгкой степени тяжести. Метапластическая нефропатия. ХБП.

является показанием для направления пациента на консультацию к врачам-специалистам - врачам-гематолога

Отсутствуют показания для направления пациента для оказания специализированной медицинской помощи в стационарных условиях или в условиях дневного стационара

программа дифференциальной диагностики по ведущему синдрому - Лимфопролиферативный синдром

Острый лейкоз

Лимфосаркома

крупноклеточная лимфома

лимфома Ходжкина

Миеломная болезнь

Болезнь вальденстрема

Хронический лимфолейкоз

Основной: С91.1 Хронический лимфолейкоз, В-стадия

Осложнение: Метапластическая анемия лёгкой степени тяжести). Метапластическая нефропатия (лимфоцитоз в крови и костном мозге $Hb \geq 100$ г/л; количество тромбоцитов крови $\geq 100 \times 10^9$ /л; определяемое пальпаторно увеличение лимфоидной ткани в 3 областях и более). Hb - более 90 г/л, мочевого синдром

план лечения:

В настоящее время специфическое лечение не показано (только при лимфоцитозе более 80% или выраженной лимфаденопатии).

Рекомендовано только динамическое наблюдение за показателями лейкоцитов и лимфоцитов. лекарственные препараты не показаны (только при лимфоцитозе более 80% или выраженной лимфаденопатии).

немедикаментозная терапия

Избегать инсоляции, препаратов, влияющих на иммунную систему.

.

Критерий эффективности:

нормализация лейкоцитов и лимфоцитов.

Тема 29. Дифференциальный диагноз и врачебная тактика миелопролиферативных заболеваний

Задача №1.

Больная К. 53 года, жалобы на головные боли, обильные менструации в течение 6 месяцев.

Анамнез: в течение 6 месяцев отмечает усиление продолжительности менструальных кровотечений до 7-10 дней, ранее 3-4 дня. Отмечала несколько эпизодов необильных носовых кровотечений.

Объективно: состояние удовлетворительное. Кожные покровы и видимые слизистые бледные, чистые. Периферические лимфоузлы не увеличены. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, ритмичные. ЧСС – 92 в мин. АД – 110/70 мм.рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не пальпируются.

Общий анализ крови: гемоглобин 82 г/л, эритроциты 3×10^{12} /л, ЦП 0,82; лейкоциты 5×10^9 /л, тромбоциты 1100×10^9 /л, СОЭ 42 мм/ч, нейтрофилы: палочкоядерные 2%, сегментоядерные 71%, лимфоциты 19%, моноциты 6%. микроцитоз (++) , пойкилоцитоз (+).

Биохимический анализ крови: АСТ – 28 Ед/л, АЛТ – 30 Ед/л, билирубин общ. – 18 мкмоль/л, билирубин прямой – 10 мкмоль/л, общий белок – 82 г/л, сахар крови 4,2 ммоль/л.

Общий анализ мочи: Удельный вес – 1006; белок (г/л) – 0,013; эритроциты (п/з) – 0-1; лейкоциты (п/з) – 1-2

Коагулограмма: Индекс АПТВ – 0,98, ПТИ – 101%, фибриноген 3 г/л, фибринолитическая активность 8 мин., время свертываемости по Ли-Уайту – 6 мин.

Трепанобиопсия костного мозга: препарат костного мозга повышенной клеточности, полиморфный. Встречаются все ростки кроветворения. Увеличено содержание мегакариоцитов с признаками дизмегакариоцитопоза. Небольшие очаги фиброза.

Вопросы:

1. выделите ведущий синдром на основании жалоб , сведений из анамнеза жизни и заболевания и данных полного физикального обследования пациента (осмотр, пальпация, перкуссия, аускультация)

2. сформулируйте предварительный диагноз и составьте план лабораторных и инструментальных обследований пациента

3 определите показания для направления пациента на лабораторное обследование в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) с учетом стандартов медицинской помощи

4.назовите диагностические инструментальные методы обследования с целью установления диагноза

определите показания для направления пациента на инструментальное обследование в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) с учетом стандартов медицинской помощи

5. определите показания для направления пациента на консультацию к врачам-специалистам в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) с учетом стандартов медицинской помощи

6. определите показания для направления пациента для оказания специализированной медицинской помощи в стационарных условиях или в условиях дневного стационара в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) с учетом стандартов медицинской помощи

7. Проведите дифференциальную диагностику по ведущему синдрому, сформулируйте диагноз с учетом действующей международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ)

8. Оцените состояние пациента и показания для оказания медицинской помощи в неотложной форме

9. Окажите медицинскую помощь в неотложной форме

10. Разработайте план лечения в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) с учетом стандартов медицинской помощи

11. Назначьте лекарственные препараты, медицинские изделия и лечебное питание в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) с учетом стандартов медицинской помощи

12. Назначьте немедикаментозное лечение в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения с учетом стандартов медицинской помощи)

13. Оцените эффективность и безопасность применения лекарственных препаратов, медицинских изделий, лечебного питания

14. назначьте персонализированное лечение в пожилом и старческом возрасте

Эталон ответа:

на основании жалоб, сведений из анамнеза жизни и заболевания

и данных полного физикального обследования пациента (осмотр, пальпация, перкуссия, аускультация) выделены синдромы

Исходя из клинической картины заболевания и результатов лабораторного обследования, можно выделить следующие синдромы:

синдром опухолевой пролиферации: в ОАК увеличено содержание тромбоцитов (тромбоциты – 1100 тыс. в мкл.), в трепанобиоптате увеличено содержание мегакариоцитов с признаками дизмегакариоцитопоза;

анемический синдром: гемоглобин 82 г/л, эритроциты $3 \times 10^{12}/л$ (анемия норморегенераторная, микро- / нормоцитарная, гипохромная, средней степени тяжести), клинически проявляется бледностью кожных покровов и небольшой тахикардией с ЧСС 92 в мин;

геморрагический синдром: эпизоды спонтанных носовых кровотечений, метроррагии (в отсутствии других объективных причин маточного кровотечения).

синдром тромбоцитоза Общий анализ крови тромбоциты $1100 \times 10^9/л$,

Ведущий синдром синдром тромбоцитоза

Эссенциальная тромбоцитемия. Железодефицитная анемия, средней степени тяжести.

план лабораторных и инструментальных обследований пациента:

- анализ функции тромбоцитов (ожидается снижение агрегационных свойств тромбоцитов в пробах с коллагеном, ристомидином, адреналином и АДФ. При этом коагуляционный гемостаз, что видно из представленной коагулограммы, может не стардать. Таким образом, геморрагический синдром у больной обусловлен дисфункцией самих тромбоцитов);

обмен железа (подтверждение генеза анемического синдрома, ожидается снижение уровня сывороточного железа в крови, повышение ОЖСС, снижение процента насыщения трансферрина и уровня ферритина);

консультация гинеколога с УЗИ матки (исключение гинекологической патологии, как причины обильных менструаций);

рентгенография легких,

ФГДС,

УЗИ органов брюшной полости (в рамках клинического минимума для исключения онкопатологии как вероятной причины развития реактивного тромбоцитоза).

синдром тромбоцитоза является показанием для определения

анализа функции тромбоцитов

обмен железа : уровень сывороточного железа в крови, ОЖСС, трансферрин и ферритин

диагностические инструментальные методы обследования с целью установления диагноза

- УЗИ матки
- рентгенография легких,
- ФГДС,
- УЗИ органов брюшной полости

синдром тромбоцитоза является показанием для направления

- УЗИ матки
- рентгенография легких,
- ФГДС,
- УЗИ органов брюшной полости

синдром тромбоцитоза является показанием для направления пациента на консультацию к врачам-специалистам - врача- гинеколога, гематолога

показана госпитализация в специализированный гематологический стационар

программа дифференциальной диагностики по ведущему синдрому - синдром тромбоцитоза

эссенциальная тромбоцитемия

идиопатический миелофиброз

хронический миелолейкоз.

реактивные тромбоцитозы,

Основной: D75.2 Эссенциальная тромбоцитемия. Железодефицитная анемия, средней степени тяжести

план лечения:

в качестве терапии 1 линии при подтвержденном диагнозе эссенциальной тромбоцитемии рекомендовано назначение интерферона-альфа по 6 млн. МЕ п/к через день.

При удовлетворительной переносимости терапии, лечение продолжается до достижения полной ремиссии и далее в течении 1 года.

При доказанной железодефицитной анемии необходимо назначить препараты железа: Сорбифер Дурулес по 1 таблетке 2 раза в день в течение 3-4 недель на этапе купирования анемического синдрома.

В дальнейшем на этапе насыщения депо дозу препарата снижают вдвое и продолжают терапию еще в течение 3 месяцев.

1. интерферона-альфа по 6 млн. МЕ п/к через день.

1. Сорбифер Дурулес по 1 таблетке 2 раза
немедикаментозная терапия

- диета

Критерий эффективности: достижение полной ремиссии

Критерием полной ремиссии будет снижение уровня тромбоцитов ниже 400 тыс. в мкл. и отсутствие клинических проявлений заболевания.

Контроль эффективности лечения оценивают согласно результатам обмена железа и ОАК.

Тема 30. Дифференциальный диагноз и врачебная тактика миеломной болезни

Задача №1.

Больная К. 60 лет госпитализирована в ЦРБ по месту жительства в связи с выраженной слабостью, одышкой, сердцебиением при малейшей физической нагрузке. Слабость ощущала несколько лет, последние 2 года стала отмечать боли в позвоночнике.

В молодости была донором крови 8 раз, имеет 3 детей, было 4 аборта. Врачом-терапевтом участковым в связи с выявленной анемией (эритроциты - $3,12 \times 10^{12}/л$) назначен Сорбифер Дурулес по 2 таблетки в день в течение 1,5 месяцев. Эффекта не получено. Общий анализ крови: эритроциты - $1,42 \times 10^{12}/л$; гемоглобин - 50 г/л, цветовой показатель - 1,0; ретикулоциты - 0,4%; тромбоциты - $98 \times 10^9/л$; лейкоциты - $2,6 \times 10^9/л$ (палочкоядерные нейтрофилы - 3%, сегментоядерные нейтрофилы - 30%, лимфоциты - 60%, моноциты - 7%), анизоцитоз +++++, пойкилоцитоз +++; СОЭ - 72 мм/ час. В биохимических анализах выявлено: общий белок крови - 140 г/л, альбумины - 30%, глобулины - 70%, выявлен М-градиент в зоне гамма-глобулинов

Вопросы:

1. выделите ведущий синдром на основании жалоб, сведений из анамнеза жизни и заболевания и данных полного физикального обследования пациента (осмотр, пальпация, перкуссия, аускультация)
2. сформулируйте предварительный диагноз и составьте план лабораторных и инструментальных обследований пациента
- 3 определите показания для направления пациента на лабораторное обследование в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) с учетом стандартов медицинской помощи
4. назовите диагностические инструментальные методы обследования с целью установления диагноза
- определите показания для направления пациента на инструментальное обследование в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) с учетом стандартов медицинской помощи
5. определите показания для направления пациента на консультацию к врачам-специалистам в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) с учетом стандартов медицинской помощи
6. определите показания для направления пациента для оказания специализированной медицинской помощи в стационарных условиях или в условиях дневного стационара в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) с учетом стандартов медицинской помощи
7. Проведите дифференциальную диагностику по ведущему синдрому, сформулируйте диагноз с учетом действующей международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ)
8. Оцените состояние пациента и показания для оказания медицинской помощи в неотложной форме
9. Окажите медицинскую помощь в неотложной форме
10. Разработайте план лечения в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) с учетом стандартов медицинской помощи
11. Назначьте лекарственные препараты, медицинские изделия и лечебное питание в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) с учетом стандартов медицинской помощи
12. Назначьте немедикаментозное лечение в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) с учетом стандартов медицинской помощи
13. Оцените эффективность и безопасность применения лекарственных препаратов, медицинских изделий, лечебного питания
14. назначьте персонализированное лечение в пожилом и старческом возрасте

Эталон ответа:

на основании жалоб, сведений из анамнеза жизни и заболевания и данных полного физикального обследования пациента (осмотр, пальпация, перкуссия, аускультация) выделен ведущий синдром - Синдром панцитопении

Основной: множественная миелома

план лабораторных и инструментальных обследований пациента:

- стерильная пункция

Морфологическое подтверждение множественной миеломы в миелограмме: более 10% плазматических клеток с возможными чертами их атипии.

Необходимо выполнить рентгенографию костей черепа, рёбер, таза, позвоночника (для уточнения стадии заболевания – I, II, III).

В общих анализах мочи возможно обнаружение белка (нефротический мочево́й осадок),

в биохимических анализах крови необходимо исследовать креатинин и мочеви́ну. Кальций. Для исключения гиперкальциемии. Это необходимо для уточнения степени поражения почек: А – без нарушения функции почек, Б – с нарушением функции почек.

цитогенетическое исследование

Синдром панцитопении является показанием для определения

стерильная пункция

общий анализ мочи

биохимический анализ крови: креатинин и мочеви́на. Кальций

цитогенетическое исследование

диагностические инструментальные методы обследования с целью установления диагноза

- рентгенография костей черепа, рёбер, таза, позвоночника
- ПЭТ-КТ

Синдром панцитопении является показанием для направления рентгенография костей черепа, рёбер, таза, позвоночника

ПЭТ-КТ

Основной: С 90.0 множественная миелома

является показанием для направления пациента на консультацию к врачам-специалистам - врачам-гематолога

показана госпитализация в специализированный гематологический стационар

программа дифференциальной диагностики по ведущему синдрому - Синдром панцитопении - метастазы рака в костный мозг

острый лейкоз

апластическая анемия

множественная миелома

В12 дефицитная анемия

Основной: множественная миелома II ст А – без нарушения функции почек

план лечения:

I линия индукционной терапии. бортезомиб,

Если ответ на I линию индукционной терапии недостаточный, т. е. после 4-6 бортезомибсодержащих курсов не достигнута по крайней мере частичная ремиссия (ЧР), целесообразен переход на II линию индукционной терапии – леналидомид-содержащие курсы VRD, RAD, RCD, RD/Rd.

ст консолидации мелфаланом в высоких дозах

Профилактика вирусных инфекций. Применение ациклови́ра в дозе 400 мг 2 раза в день или валациклови́ра в дозе 500 мг в день

деносу́маб

1. Бортезомиб

немедикаментозная терапия

- диета

Критерий эффективности:

Достижение ПР или очень хорошей частичной ремиссии (ОХЧР)

Больным старше 65 лет рекомендуют комбинации на основе новых лекарственных препаратов без ВДХТ с аутоТГСК

Тема 31. Дифференциальный диагноз и врачебная тактика при цитопеническом синдроме **Задача №1.**

Основная часть: Больная К. 64 лет доставлена в клинику. По словам родственников, в течение нескольких лет жаловалась на резкую слабость, одышку, плохой аппетит, боли в поясничной области при резких наклонах, парестезии, периодически тошноту и дискомфорт в эпигастральной области после приёма пищи, по поводу чего 3 года назад находилась в больнице, где у неё была обнаружена анемия. В результате лечения состояние больной улучшилось. После выписки из больницы она жила в деревне, к врачам не обращалась и не лечилась. За несколько месяцев до поступления самочувствие больной ухудшилось, появились слабость, одышка, отмечалось изменение походки, ухудшение аппетита, бледность. Состояние больной прогрессивно ухудшалось: нарастала слабость, заторможенность. Больная была госпитализирована.

При осмотре: состояние очень тяжёлое, температура 36°C, резкая бледность кожи и слизистых оболочек, кожа чистая, отёков нет. Органы дыхания без особенностей. Сердце несколько расширено вправо и влево. Тоны глухие, нерезкий систолический шум над верхушкой. Тахикардия, пульс - 120 в минуту, ритм правильный. АД - 90/60 мм рт. ст. Язык ярко-красного цвета, сосочки сглажены, живот мягкий, печень увеличена на 3 см, мягкая, пальпируется селезёнка.

Анализ крови: эритроциты – $1 \times 10^{12}/л$, гемоглобин - 50 г/л, цветовой показатель -1,5, макроцитоз, тельца Жолли и кольца Кебота; имеются мегалобласты; тромбоциты - $18 \times 10^9/л$, лейкоциты - $2,4 \times 10^9/л$, базофилы - 0%, эозинофилы - 3%, палочкоядерные нейтрофилы - 3%, сегментоядерные нейтрофилы - 50%, лимфоциты - 42%, моноциты -5%, полисегментированные гигантские нейтрофилы, ретикулоциты - 0,1%, СОЭ - 30 мм/ч.

Сахар в крови и креатинин в пределах нормы. Анализ мочи без патологии. На ЭКГ: ритм синусовый, отрицательные зубцы Т в левых грудных отведениях.

Вопросы:

1. выделите ведущий синдром на основании жалоб, сведений из анамнеза жизни и заболевания и данных полного физикального обследования пациента (осмотр, пальпация, перкуссия, аускультация)
2. сформулируйте предварительный диагноз и составьте план лабораторных и инструментальных исследований пациента
- 3 определите показания для направления пациента на лабораторное обследование в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) с учетом стандартов медицинской помощи
- 4.назовите диагностические инструментальные методы обследования с целью установления диагноза
- определите показания для направления пациента на инструментальное обследование в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) с учетом стандартов медицинской помощи
5. определите показания для направления пациента на консультацию к врачам-специалистам в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) с учетом стандартов медицинской помощи
6. определите показания для направления пациента для оказания специализированной медицинской помощи в стационарных условиях или в условиях дневного стационара в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) с учетом стандартов медицинской помощи
7. Проведите дифференциальную диагностику по ведущему синдрому, сформулируйте диагноз с учетом действующей международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ)
8. Оцените состояние пациента и показания для оказания медицинской помощи в неотложной форме
9. Окажите медицинскую помощь в неотложной форме
10. Разработайте план лечения в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) с учетом стандартов медицинской помощи

11. Назначьте лекарственные препараты, медицинские изделия и лечебное питание в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) с учетом стандартов медицинской помощи
12. Назначьте немедикаментозное лечение в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения с учетом стандартов медицинской помощи)
13. Оцените эффективность и безопасность применения лекарственных препаратов, медицинских изделий, лечебного питания
14. назначьте персонализированное лечение в пожилом и старческом возрасте

Эталон ответа:

на основании жалоб, сведений из анамнеза жизни и заболевания и данных полного физикального обследования пациента (осмотр, пальпация, перкуссия, аускультация) выделен ведущий синдром - Синдром панцитопении

Основной: В12-дефицитная анемия тяжёлой степени.

Осложнения: Фуникулярный миелоз.

план лабораторных и инструментальных обследований пациента:

- 1.Определение содержания витамина В12 и фолиевой кислоты в сыворотке крови,
- 2.содержание железа и ферритина в сыворотке крови, стерильная пункция с оценкой миелограммы (исключить гемопозитическую дисплазию),
- 3.оценка ретикулоцитарного криза на фоне терапии,
- 4.фиброгастродуоденоскопия, 4.фиброколоноскопия (исключить дивертикулёз толстого кишечника), 5.исследование титра антител к гастромукопротеину,
- 6.кал на яйца глист (исключить глистную инвазию),
- 7.копрологическое исследование (исключить малабсорбцию).

В12-дефицитная анемия является показанием для определения

содержания витамина В12 и фолиевой кислоты в сыворотке крови,

2.содержание железа и ферритина в сыворотке крови, стерильная пункция с оценкой миелограммы (исключить гемопозитическую дисплазию),

3.оценка ретикулоцитарного криза на фоне терапии,

исследование титра антител к гастромукопротеину,

6.кал на яйца глист (исключить глистную инвазию),

7.копрологическое исследование (исключить малабсорбцию).

диагностические инструментальные методы обследования с целью установления диагноза

- фиброгастродуоденоскопия,
- фиброколоноскопия

В12-дефицитная анемия является показанием для направления

- фиброгастродуоденоскопия,
- фиброколоноскопия

В12-дефицитная анемия является показанием для направления пациента на консультацию к

врачам-специалистам - врача-гематолога., врача гастроэнтеролога

показана госпитализация в специализированный гематологический стационар

программа дифференциальной диагностики по ведущему синдрому - Синдром панцитопении - 1 этап:

метастазы рака в костный мозг

острый лейкоз

апластическая анемия

множественная миелома

В12 дефицитная анемия

11 этап:

- снижение продукции или отсутствие «внутреннего фактора Кастла» вследствие наличия аутоантител к нему или к париетальным клеткам желудка, другие атрофические гастриты, резекция желудка;
- заболевания тонкой кишки (хронические энтериты с синдромом нарушенного всасывания, опухоли, в том числе лимфомы);

- конкурентное поглощение (дивертикулез с изменением флоры, дифиллоботриоз, синдром «слепой петли» при анастомозе тонкой кишки);
- заболевания поджелудочной железы, способствующие повышению кислотности кишечного содержимого (опухоль с образованием гастрина, синдром Золлингера-Эллисона),
- длительный прием некоторых лекарственных препаратов (ингибиторы протонной помпы, метформин и др.)
- Алиментарный дефицит витамина В12

Основной: D 51 В12-дефицитная анемия (болезнь Аддисона-Бирмера) тяжелой степени.

Осложнения: Фуникулярный миелоз. Критериями В12-дефицитной анемии являются: снижение содержания эритроцитов (менее $3,0 \times 10^{12}/л$); цветового показателя (более 1,1); макроцитоз; появление мегалоцитов; полисегментоядерность нейтрофилов, тельца Жолли и кольца Кэбота; проявления фуникулярного миелоза: боли в поясничной области при резких наклонах, парестезии; для окончательного подтверждения диагноза необходимо выявить этиологическую причину В12 дефицитного состояния

план лечения:

.) Гемотрансфузии эритроцитарной массы по 250-300 мл (5-6 трансфузий),

Цианкобаламин по 1000 мкг внутримышечно в течение 4-6 недель до наступления гематологической ремиссии.

После нормализации костномозгового кроветворения и состава крови витамин вводят 1 раз в неделю в течение 2-3 месяцев, затем в течение полугода 2 раза в месяц в тех же дозах. Это связано с необходимостью создания депо витамина В12.

В дальнейшем профилактически вводят 1-2 раза в год короткими курсами по 5-6 инъекций или ежемесячно по 200-500 мкг (пожизненно).

Цианкобаламин по 1000 мкг внутримышечно

немедикаментозная терапия

- Соблюдение диеты

Критерий эффективности:

Нормализация клинических и лабораторных показателей

персонализированное лечение После нормализации костномозгового кроветворения и состава крови витамин вводят 1 раз в неделю в течение 2-3 месяцев, затем в течение полугода 2 раза в месяц в тех же дозах. Это связано с необходимостью создания депо витамина В12. В дальнейшем профилактически вводят 1-2 раза в год короткими курсами по 5-6 инъекций или ежемесячно по 200-500 мкг (пожизненно).

Тема 32. Дифференциальный диагноз и врачебная тактика геморрагических болезней

Задача №1.

Мама пятилетнего мальчика обратилась в стационар в связи с ушибом у него коленного сустава. Жалобы на боль и ограничение движений в правом коленном суставе, которые появились через 6 часов после падения с велосипеда. Из анамнеза известно, что у ребенка в 6-ти месячном возрасте при прорезывании зубов наблюдалась кровоточивость из десен. С 1 года жизни в местах ушибов у мальчика отмечались обширные «синяки», несколько раз в год - носовые кровотечения. В возрасте 3-х и 4-х лет после ушибов возникало опухание голеностопного и локтевого суставов, болезненность, ограничение движения в них. Все перечисленные травмы требовали госпитализации. Дедушка по линии матери страдал частыми длительными кровотечениями, связанными с травмами. При поступлении состояние ребенка тяжелое. Кожные покровы и видимые слизистые - бледные, на передней поверхности голени обширные гематомы размером 5х6 см. Правый коленный сустав увеличен в объеме, горячий на ощупь, болезненный, движения в нем ограничены. Определяется небольшое увеличение объема левого локтевого сустава и ограничение его подвижности. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Печень и селезенка не пальпируются. Симптом поколачивания отрицательный с 2-х сторон. Мочеиспускание свободное, цвет мочи соломенно-желтый.

Лабораторные данные: ОАК: Эр-3.0 x10¹²/л, Нв-100 г/л, цв. показатель 0,8, ретикулоциты - 3%, тромбоциты - 300 x10⁹/л. Лейкоциты - 8,3 x10⁹/л, п-3%, сегм-63%, эоз-3%, лимф-22%, мон-9%. СОЭ-12 мм/час. Длительность кровотечения по Дьюку - 2 мин30 сек. Время свертывания крови по Ли-Уайту более 15 мин.

Вопросы:

1. выделите ведущий синдром на основании жалоб, сведений из анамнеза жизни и заболевания и данных полного физикального обследования пациента (осмотр, пальпация, перкуссия, аускультация)
2. сформулируйте предварительный диагноз и составьте план лабораторных и инструментальных обследований пациента
- 3 определите показания для направления пациента на лабораторное обследование в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) с учетом стандартов медицинской помощи
- 4.назовите диагностические инструментальные методы обследования с целью установления диагноза
- определите показания для направления пациента на инструментальное обследование в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) с учетом стандартов медицинской помощи
5. определите показания для направления пациента на консультацию к врачам-специалистам в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) с учетом стандартов медицинской помощи
6. определите показания для направления пациента для оказания специализированной медицинской помощи в стационарных условиях или в условиях дневного стационара в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) с учетом стандартов медицинской помощи
7. Проведите дифференциальную диагностику по ведущему синдрому, сформулируйте диагноз с учетом действующей международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ)
8. Оцените состояние пациента и показания для оказания медицинской помощи в неотложной форме
9. Окажите медицинскую помощь в неотложной форме
10. Разработайте план лечения в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) с учетом стандартов медицинской помощи
11. Назначьте лекарственные препараты, медицинские изделия и лечебное питание в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) с учетом стандартов медицинской помощи
12. Назначьте немедикаментозное лечение в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) с учетом стандартов медицинской помощи

13. Оцените эффективность и безопасность применения лекарственных препаратов, медицинских изделий, лечебного питания

14. назначьте персонализированное лечение в пожилом и старческом возрасте

Эталон ответа:

на основании жалоб, сведений из анамнеза жизни и заболевания

и данных полного физикального обследования пациента (осмотр, пальпация, перкуссия, аускультация) выделен ведущий синдром - гематомный тип кровоточивости,

Основной: - гемофилия А, тяжелой степени, Осложнение: гемартроз правого коленного сустава, анкилоз левого локтевого сустава. постгеморрагическая анемия средней степени тяжести

план лабораторных и инструментальных обследований пациента:

- уровня дефицита плазменных факторов крови: - дефицит антигемофильного глобулина - АГГ-VIII фактора - гемофилия А; - дефицит IX фактора (плазмогенный компонент тромбопластина) - гемофилия В; - дефицит XI фактора - гемофилия С.

R=графия правого коленного сустава, R=графия левого локтевого сустава

гематомный тип кровоточивости является показанием для определения

VIII фактора плазменных факторов крови:

IX фактора плазменных факторов крови:

XI фактора плазменных факторов крови:

диагностические инструментальные методы обследования с целью установления диагноза

- R=графия правого коленного сустава

- R=графия левого локтевого сустава

гематомный тип кровоточивости является показанием для направления

- R=графия правого коленного сустава

- R=графия левого локтевого сустава

гематомный тип кровоточивости является показанием для направления пациента на консультацию к врачам-специалистам - врача-гематолога, ортопеда

показана госпитализация в специализированный гематологический стационар

программа дифференциальной диагностики по ведущему синдрому - гематомный тип кровоточивости

- афибриногенемия

- гемофилия А;

- гемофилия В;

- гемофилия С.

Основной: D 69.8 гемофилия А, тяжелой степени, Осложнение: гемартроз правого коленного сустава, анкилоз левого локтевого сустава. постгеморрагическая анемия средней степени тяжести тип

план лечения:

коррекция дефицита плазменных факторов свертывания крови

концентрат FVIII (при ГА) - очищенный, вирус-инактивированный, плазматический или рекомбинантный концентраты факторов свертывания

криопреципитат,

ингибиторы фибринолизина: аминокaproновая кислота 5% раствор в/в капельно,

1. концентрат FVIII

немедикаментозная терапия

- обучение в школе здоровья

Критерий эффективности:

положительная динамика клинический и лабораторных показателей

Тема 33. Дифференциальный диагноз и врачебная тактика лимфоаденопатий

Задача №1.

Основная часть: Больная А. 18 лет, студентка. Поступила на 12 день болезни в тяжёлом состоянии.

Заболела остро. Повысилась температура до 39°C, появились боли в горле при глотании. Тогда же заметила увеличение шейных лимфоузлов. Лечилась амбулаторно, однако состояние не улучшалось, нарастала слабость. Кожные покровы и слизистые бледные, говорит с трудом. Температура тела до 40°C. Шейные, заднешейные и подчелюстные лимфоузлы увеличены в размерах (3×6, 4×8 мм), болезненные. На коже геморрагические пятна. Десна разрыхлены. Зев гиперемирован, миндалины увеличены, отечны, покрыты гнойным налетом, имеются некротические язвы. Легкие - перкуторно лёгочный звук, дыхание везикулярное. Границы сердца не изменены. Систолический шум на верхушке, тоны громкие. Пульс - 120 в минуту, ритмичный. Язык красный. Живот мягкий, безболезненный. Селезёнка и печень не пальпируются. Анализ крови: эритроциты - $2,5 \times 10^{12}/л$, гемоглобин - 83 г/л, ретикулоциты - 0,1%, цветовой показатель - 1,0; тромбоциты - $5,0 \times 10^9/л$; лейкоциты - $0,8 \times 10^9/л$; эозинофилы - 0%, палочкоядерные нейтрофилы - 1%, сегментоядерные нейтрофилы - 7%, ю. - 90%, моноциты - 2%, СОЭ - 72 мм/час. Стерильный пунктат: общее количество миелокариоцитов - $6,8 \times 10^9/л$. Гранулоцитов нет. Группы бластных клеток составляют 70%.

Вопросы:

1. выделите ведущий синдром на основании жалоб, сведений из анамнеза жизни и заболевания и данных полного физикального обследования пациента (осмотр, пальпация, перкуссия, аускультация)
2. сформулируйте предварительный диагноз и составьте план лабораторных и инструментальных обследований пациента
- 3 определите показания для направления пациента на лабораторное обследование в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) с учетом стандартов медицинской помощи
4. назовите диагностические инструментальные методы обследования с целью установления диагноза
- определите показания для направления пациента на инструментальное обследование в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) с учетом стандартов медицинской помощи
5. определите показания для направления пациента на консультацию к врачам-специалистам в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) с учетом стандартов медицинской помощи
6. определите показания для направления пациента для оказания специализированной медицинской помощи в стационарных условиях или в условиях дневного стационара в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) с учетом стандартов медицинской помощи
7. Проведите дифференциальную диагностику по ведущему синдрому, сформулируйте диагноз с учетом действующей международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ)
8. Оцените состояние пациента и показания для оказания медицинской помощи в неотложной форме
9. Окажите медицинскую помощь в неотложной форме
10. Разработайте план лечения в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) с учетом стандартов медицинской помощи
11. Назначьте лекарственные препараты, медицинские изделия и лечебное питание в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) с учетом стандартов медицинской помощи
12. Назначьте немедикаментозное лечение в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) с учетом стандартов медицинской помощи
13. Оцените эффективность и безопасность применения лекарственных препаратов, медицинских изделий, лечебного питания
14. назначьте персонализированное лечение в пожилом и старческом возрасте

Эталон ответа:

на основании жалоб, сведений из анамнеза жизни и заболевания

и данных полного физикального обследования пациента (осмотр, пальпация, перкуссия, аускультация) выделен ведущий синдром - Синдром лимфоаденопатии
Основной: Острый лимфобластный лейкоз. Панцитопения. Агранулоцитоз. Некротическая ангина.

план лабораторных и инструментальных обследований пациента:

Миелограмма с морфологическим и цитохимическим исследованием.

Иммунофенотипирование бластных клеток.

Пункционное исследование увеличенных лимфатических узлов.

Цитогенетическое исследование с оценкой цитогенетической группы риска.

МРТ головного мозга, оценка появлений нейролейкемии.

Анализ спинномозговой жидкости.

Томография и рентгенография грудной клетки для оценки поражения лимфатических узлов средостения.

Острый лимфобластный лейкоз является показанием для определения

Миелограмма с морфологическим и цитохимическим исследованием.

Иммунофенотипирование бластных клеток.

Пункционное исследование увеличенных лимфатических узлов.

Цитогенетическое исследование

Анализ спинномозговой жидкости.

диагностические инструментальные методы обследования с целью установления диагноза

- МРТ головного мозга, оценка появлений нейролейкемии.
- Томография и рентгенография грудной клетки для оценки поражения лимфатических узлов средостения.

Острый лимфобластный лейкоз является показанием для направления

- МРТ головного мозга, оценка появлений нейролейкемии.
- Томография и рентгенография грудной клетки для оценки поражения лимфатических узлов средостения.

Острый лимфобластный лейкоз является показанием для направления пациента на консультацию к врачам-специалистам - врача-гематолога

Острый лимфобластный лейкоз является показанием для направления пациента для оказания специализированной медицинской помощи в стационарных условиях в специализированный гематологический стационар

программа дифференциальной диагностики по ведущему синдрому - Синдром лимфоаденопатии

- инфекционный мононуклеоз
- лимфатические опухоли (лимфомы, лимфосаркомы)
- острые и хронические лейкозы
- ревматоидный артрит
- СКВ
- хронический гепатит с системными проявлениями
- саркоидоз
- Сепсис

Основной: С 91.0 Острый лимфобластный лейкоз. Осложнения: Панцитопения. Агранулоцитоз. Некротическая ангина

Основной критерий диагноза «острый лейкоз» - больше 20% бластов в крови или костном мозге. У больной - почти тотальная бласттрансформация костного мозга. В связи с наличием синдрома лимфопролиферации наиболее вероятен лимфобластный лейкоз.

план лечения:

- 1) Полихимиотерапия, направленная на индукцию и консолидацию ремиссии (протокол T-prolong, СНОР),
- 2) аллогенная миелотрансплантация, профилактика нейролейкемии,
- 3) лечение некротической ангины антибактериальными препаратами широкого спектра действия

Цефтриаксон 1,0 в вену 2 раза в день

немедикаментозная терапия

- гигиенический уход полости рта
- диета

Критерий эффективности:

Положительная динамика клинических и лабораторных показателей неправильной формы, узким ободком светлой цитоплазмы, могут быть клетки средних размеров.

5. Организация СРС

Методика организации самостоятельной работы студентов зависит от структуры, характера и особенностей изучаемой дисциплины, объема часов на ее изучение, вида заданий для самостоятельной работы студентов, индивидуальных качеств студентов и условий учебной деятельности.

Процесс организации самостоятельной работы студентов включает в себя следующие этапы:

- подготовительный (определение целей, составление программы, подготовка методического обеспечения, подготовка оборудования);
- основной (реализация программы, использование приемов поиска информации, усвоения, переработки, применения, передачи знаний, фиксирование результатов, самоорганизация процесса работы);
- заключительный (оценка значимости и анализ результатов, их систематизация, оценка эффективности программы и приемов работы, выводы о направлениях оптимизации труда).

Организацию самостоятельной работы студентов обеспечивают: факультет, кафедра, учебный и методический отделы, преподаватель, библиотека, электронная информационно-образовательная среда ВУЗа и сам обучающийся.

6. Самостоятельная работа студентов по дисциплине «ГОСПИТАЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ»

№ п/п	Название темы занятия	Вид СРС
	СРС (по видам учебных занятий) всего-102 часа	
1	Методология дифференциальной диагностики.	Рефераты, ситуационные задачи
2	Дифференциальный диагноз и врачебная тактика при артериальной гипертензии	Рефераты, ситуационные задачи
3	Дифференциальный диагноз и врачебная тактика при остром коронарном синдроме	Рефераты, ситуационные задачи
4	Дифференциальный диагноз и врачебная тактика нарушений сердечного ритма	Рефераты, ситуационные задачи
5	Дифференциальный диагноз и врачебная тактика при кардиомегалии	Рефераты, ситуационные задачи
6	Дифференциальный диагноз и врачебная тактика при острой и хронической сердечной недостаточности	Рефераты, ситуационные задачи
7	Дифференциальный диагноз суставного синдрома. Врачебная тактика	Рефераты, ситуационные задачи
8	Дифференциальная диагноз и врачебная тактика при системных заболеваниях соединительной ткани	Рефераты, ситуационные задачи
9	Дифференциальный диагноз и врачебная тактика при «сердечных» шумах	Рефераты, ситуационные задачи
10	Дифференциальный диагноз и врачебная тактика при системных васкулитах	Рефераты, ситуационные задачи
11	Дифференциальный диагноз и врачебная тактика при наличии патологического мочевого осадка	Рефераты, ситуационные задачи

11.1	Итоговое занятие.	Написание истории болезни/фрагмента истории болезни
11.2	Симуляционный курс – в/в инъекция	Теоретическая подготовка к симуляционному курсу
12	Дифференциальный диагноз и врачебная тактика заболеваний, проявляющихся нефротическим синдромом	Рефераты, ситуационные задачи
13.	Дифференциальный диагноз и врачебная тактика гепатомегалий и гепатолиенального синдрома.	Рефераты, ситуационные задачи
13.1	Симуляционный курс – сбор жалоб	Теоретическая подготовка к симуляционному курсу
14	Дифференциальный диагноз и врачебная тактика желтух	Рефераты, ситуационные задачи
15	Дифференциальный диагноз и врачебная тактика по синдрому дисфагии	Рефераты, ситуационные задачи
16	Дифференциальный диагноз и врачебная тактика по синдрому эпигастралгии	Рефераты, ситуационные задачи
17	Дифференциальный диагноз и врачебная тактика при нарушениях функции кишечника (диарея, запоры)	Рефераты, ситуационные задачи
18	Дифференциальный диагноз и врачебная тактика заболеваний, проявляющихся бронхообструктивным синдромом	Рефераты, ситуационные задачи
19	Дифференциальный диагноз и врачебная тактика интерстициальных заболеваний легких	Рефераты, ситуационные задачи
20	Дифференциальный диагноз и врачебная тактика заболеваний с синдромом округлой тени в легких	Рефераты, ситуационные задачи
21	Дифференциальный диагноз и врачебная тактика заболеваний с синдромом полости в легких	Рефераты, ситуационные задачи
22	Дифференциальный диагноз и врачебная тактика по синдрому выпота в плевральную полость	Рефераты, ситуационные задачи
22.1	Симуляционный курс – физикальное обследование ссс	Теоретическая подготовка к симуляционному курсу
23	Дифференциальный диагноз и врачебная тактика анемий	Рефераты, ситуационные задачи
24	Дифференциальный диагноз и врачебная тактика лимфопролиферативных заболеваний	Рефераты, ситуационные задачи
25	Дифференциальный диагноз и врачебная тактика миелолиферативных заболеваний	Рефераты, ситуационные задачи
26	Дифференциальный диагноз и врачебная тактика миеломной болезни	Рефераты, ситуационные задачи
27	Дифференциальный диагноз и врачебная тактика при цитопеническом синдроме	Рефераты, ситуационные задачи
28	Дифференциальный диагноз и врачебная тактика геморрагических болезней	Рефераты, ситуационные задачи
29	Дифференциальный диагноз и врачебная тактика лимфоаденопатий	Рефераты, ситуационные задачи
29.1	Итоговое занятие – тестирование	Теоретическая подготовка к

		симуляционному курсу
29.2	Симуляционный курс Экстренная мед. помощь	Теоретическая подготовка к симуляционному курсу
2	СРС по промежуточной аттестации (всего)-34 часов	Подготовка к экзамену
3	СРС (ИТОГО)-136 часов	

7. Критерии оценивания самостоятельной работы студентов по дисциплине «ГОСПИТАЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ»

Для оценки решения ситуационной задачи:

Оценка «отлично» выставляется, если задача решена грамотно, ответы на вопросы сформулированы четко. Эталонный ответ полностью соответствует решению студента, которое хорошо обосновано теоретически.

Оценка «хорошо» выставляется, если задача решена, ответы на вопросы сформулированы не достаточно четко. Решение студента в целом соответствует эталонному ответу, но не достаточно хорошо обосновано теоретически.

Оценка «удовлетворительно» выставляется, если задача решена не полностью, ответы не содержат всех необходимых обоснований решения.

Оценка «неудовлетворительно» выставляется, если задача не решена или имеет грубые теоретические ошибки в ответе на поставленные вопросы

Для оценки рефератов:

Оценка «отлично» выставляется, если реферат соответствует всем требованиям оформления, представлен широкий библиографический список. Содержание реферата отражает собственный аргументированный взгляд студента на проблему. Тема раскрыта всесторонне, отмечается способность студента к интегрированию и обобщению данных первоисточников, присутствует логика изложения материала. Имеется иллюстративное сопровождение текста.

Оценка «хорошо» выставляется, если реферат соответствует всем требованиям оформления, представлен достаточный библиографический список. Содержание реферата отражает аргументированный взгляд студента на проблему, однако отсутствует собственное видение проблемы. Тема раскрыта всесторонне, присутствует логика изложения материала.

Оценка «удовлетворительно» выставляется, если реферат не полностью соответствует требованиям оформления, не представлен достаточный библиографический список. Аргументация взгляда на проблему не достаточно убедительна и не охватывает полностью современное состояние проблемы. Вместе с тем присутствует логика изложения материала.

Оценка «неудовлетворительно» выставляется, если тема реферата не раскрыта, отсутствует убедительная аргументация по теме работы, использовано не достаточное для раскрытия темы реферата количество литературных источников.

Для истории болезни/фрагмента истории болезни:

Оценка «отлично» выставляется, если все разделы учебной истории болезни раскрыты полностью, отсутствуют ошибки при постановке предварительного, клинического диагноза, дифференциальной диагностике.

Оценка «хорошо» выставляется, если в учебной истории болезни представлены все разделы, есть недостатки в интерпретации данных, отсутствуют ошибки при постановке предварительного, клинического диагноза, дифференциальной диагностике.

Оценка «удовлетворительно» выставляется если в учебной истории болезни представлены все разделы, есть негрубые ошибки при постановке предварительного, клинического диагноза, дифференциальной диагностике.

Оценка «неудовлетворительно» выставляется, если допущены грубые ошибки при постановке предварительного, клинического диагноза, проведении дифференциальной диагностики.

МЕТОДИЧЕСКАЯ РАЗРАБОТКА ДЛЯ ОБУЧАЮЩЕГОСЯ

1. Деятельность студентов по формированию и развитию навыков учебной самостоятельной работы по дисциплине «ГОСПИТАЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ»

В процессе самостоятельной работы студент приобретает необходимые для будущей специальности компетенции, навыки самоорганизации, самоконтроля, самоуправления, саморефлексии и становится активным самостоятельным субъектом учебной деятельности.

Выполняя самостоятельную работу под контролем преподавателя

студент должен освоить минимум содержания, выносимый на самостоятельную работу студентов и предложенный преподавателем и компетенциями в соответствии с Федеральным государственным образовательным стандартом высшего образования (ФГОС ВО) по дисциплине «ГОСПИТАЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ»

- планировать самостоятельную работу в соответствии с графиком самостоятельной работы, предложенным преподавателем.
- самостоятельную работу студент должен осуществлять в организационных формах, предусмотренных учебным планом и рабочей программой преподавателя.
- выполнять самостоятельную работу и отчитываться по ее результатам в соответствии с графиком представления результатов, видами и сроками отчетности по самостоятельной работе студентов.

студент может:

сверх предложенного преподавателем (при обосновании и согласовании с ним) и минимума обязательного содержания, определяемого (ФГОС ВО) по данной дисциплине:

- самостоятельно определять уровень (глубину) проработки содержания материала;
- предлагать дополнительные темы и вопросы для самостоятельной проработки;
- в рамках общего графика выполнения самостоятельной работы предлагать обоснованный индивидуальный график выполнения и отчетности по результатам самостоятельной работы;
- предлагать свои варианты организационных форм самостоятельной работы;
- использовать для самостоятельной работы методические пособия, учебные пособия, разработки сверх предложенного преподавателем перечня;
- использовать не только контроль, но и самоконтроль результатов самостоятельной работы в соответствии с методами самоконтроля, предложенными преподавателем или выбранными самостоятельно.

Самостоятельная работа студентов должна оказывать важное влияние на формирование личности будущего специалиста, его компетентность. Каждый студент самостоятельно определяет режим своей работы и меру труда, затрачиваемого на овладение учебным содержанием по каждой дисциплине. Он выполняет внеаудиторную работу по личному индивидуальному плану, в зависимости от его подготовки, времени и других условий.

2. Методические рекомендации для студентов по отдельным формам самостоятельной работы.

С первых же сентябрьских дней на студента обрушивается громадный объем информации, которую необходимо усвоить. Нужный материал содержится не только в лекциях (запомнить его – это только малая часть задачи), но и в учебниках, книгах, статьях. Порой возникает необходимость привлекать информационные ресурсы Интернет, ЭИОС, ЭБС и др. ресурсы.

Система вузовского обучения подразумевает значительно большую самостоятельность студентов в планировании и организации своей деятельности. Вчерашнему школьнику сделать это бывает весьма непросто: если в школе ежедневный контроль со стороны учителя заставлял постоянно и систематически готовиться к занятиям, то в вузе вопрос об уровне знаний вплотную встает перед студентом только в период сессии. Такая ситуация оборачивается для некоторых соблазном весь семестр посвятить свободному временипрепровождению («когда будет нужно – выучу!»), а когда приходит пора экзаменов, материала, подлежащего усвоению, оказывается так много, что никакая память не способна с ним справиться в оставшийся промежуток времени.

Работа с книгой.

При работе с книгой необходимо подобрать литературу, научиться правильно ее читать, вести записи. Для подбора литературы в библиотеке используются алфавитный и систематический каталоги.

Важно помнить, что рациональные навыки работы с книгой - это всегда большая экономия времени и сил.

Правильный подбор учебников рекомендуется преподавателем, читающим лекционный курс. Необходимая литература может быть также указана в методических разработках по данному курсу.

Изучая материал по учебнику, следует переходить к следующему вопросу только после правильного уяснения предыдущего, описывая на бумаге все выкладки и вычисления (в том числе те, которые в учебнике опущены или на лекции даны для самостоятельного вывода).

При изучении любой дисциплины большую и важную роль играет самостоятельная индивидуальная работа.

Особое внимание следует обратить на определение основных понятий курса. Студент должен подробно разбирать примеры, которые поясняют такие определения, и уметь строить аналогичные примеры самостоятельно. Нужно добиваться точного представления о том, что изучаешь. Полезно составлять опорные конспекты. При изучении материала по учебнику полезно в тетради (на специально отведенных полях) дополнять конспект лекций. Там же следует отмечать вопросы, выделенные студентом для консультации с преподавателем.

Выводы, полученные в результате изучения, рекомендуется в конспекте выделять, чтобы они при перечитывании записей лучше запоминались.

Опыт показывает, что многим студентам помогает составление листа опорных сигналов, содержащего важнейшие и наиболее часто употребляемые формулы и понятия. Такой лист помогает запомнить формулы, основные положения лекции, а также может служить постоянным справочником для студента.

Различают два вида чтения; первичное и вторичное. *Первичное* - это внимательное, неторопливое чтение, при котором можно остановиться на трудных местах. После него не должно остаться ни одного непонятого слова. Содержание не всегда может быть понятно после первичного чтения.

Задача *вторичного* чтения - полное усвоение смысла целого (по счету это чтение может быть и не вторым, а третьим или четвертым).

Правила самостоятельной работы с литературой.

Как уже отмечалось, самостоятельная работа с учебниками и книгами (а также самостоятельное теоретическое исследование проблем, обозначенных преподавателем на лекциях) – это важнейшее условие формирования у себя научного способа познания. Основные советы здесь можно свести к следующим:

- Составить перечень книг, с которыми Вам следует познакомиться; «не старайтесь запомнить все, что вам в ближайшее время не понадобится, – советует студенту и молодому ученому Г. Селье, – запомните только, где это можно отыскать» (Селье, 1987. С. 325).
- Сам такой перечень должен быть систематизированным (что необходимо для семинаров, что для экзаменов, что пригодится для написания курсовых и дипломных работ, а что Вас интересует за рамками официальной учебной деятельности, то есть что может расширить Вашу общую культуру...).
- Обязательно выписывать все выходные данные по каждой книге (при написании работ это позволит очень сэкономить время).
- Разобраться для себя, какие книги (или какие главы книг) следует прочитать более внимательно, а какие – просто просмотреть.
- При составлении перечней литературы следует посоветоваться с преподавателями и научными руководителями (или даже с более подготовленными и эрудированными сокурсниками), которые помогут Вам лучше сориентироваться, на что стоит обратить большее внимание, а на что вообще не стоит тратить время...
- Естественно, все прочитанные книги, учебники и статьи следует конспектировать, но это не означает, что надо конспектировать «все подряд»: можно выписывать кратко основные идеи автора и иногда приводить наиболее яркие и показательные цитаты (с указанием страниц).
- Если книга – Ваша собственная, то допускается делать на полях книги краткие пометки или же в конце книги, на пустых страницах просто сделать свой «предметный указатель», где отмечаются наиболее интересные для Вас мысли и обязательно указываются страницы в тексте автора (это очень хороший совет, позволяющий экономить время и быстро находить «избранные» места в самых разных книгах).
- Если Вы раньше мало работали с научной литературой, то следует выработать в себе способность «воспринимать» сложные тексты; для этого лучший прием – научиться «читать

медленно», когда Вам понятно каждое прочитанное слово (а если слово незнакомое, то либо с помощью словаря, либо с помощью преподавателя обязательно его узнать), и это может занять немалое время (у кого-то – до нескольких недель и даже месяцев); опыт показывает, что после этого студент каким-то «чудом» начинает буквально заглатывать книги и чуть ли не видеть «сквозь обложку», стоящая это работа или нет...

• «Либо читайте, либо перелистывайте материал, но не пытайтесь читать быстро... Если текст меня интересует, то чтение, размышление и даже фантазирование по этому поводу сливаются в единый процесс, в то время как вынужденное скорочтение не только не способствует качеству чтения, но и не приносит чувства удовлетворения, которое мы получаем, размышляя о прочитанном», – советует Г. Селье (Селье, 1987. – С. 325-326).

• Есть еще один эффективный способ оптимизировать знакомство с научной литературой – следует увлечься какой-то идеей и все книги просматривать с точки зрения данной идеи. В этом случае студент (или молодой ученый) будет как бы искать аргументы «за» или «против» интересующей его идеи, и одновременно он будет как бы общаться с авторами этих книг по поводу своих идей и размышлений... Проблема лишь в том, как найти «свою» идею...

Чтение научного текста является частью познавательной деятельности. Ее цель – извлечение из текста необходимой информации. От того насколько осознанна читающим собственная внутренняя установка при обращении к печатному слову (найти нужные сведения, усвоить информацию полностью или частично, критически проанализировать материал и т.п.) во многом зависит эффективность осуществляемого действия.

Выделяют **четыре основные установки в чтении научного текста**:

1. информационно-поисковый (задача – найти, выделить искомую информацию)
2. усваивающая (усилия читателя направлены на то, чтобы как можно полнее осознать и запомнить как сами сведения излагаемые автором, так и всю логику его рассуждений)
3. аналитико-критическая (читатель стремится критически осмыслить материал, проанализировав его, определив свое отношение к нему)
4. творческая (создает у читателя готовность в том или ином виде – как отправной пункт для своих рассуждений, как образ для действия по аналогии и т.п. – использовать суждения автора, ход его мыслей, результат наблюдения, разработанную методику, дополнить их, подвергнуть новой проверке).

С наличием различных установок обращения к научному тексту связано существование и нескольких **видов чтения**:

1. библиографическое – просматривание карточек каталога, рекомендательных списков, сводных списков журналов и статей за год и т.п.;
2. просмотровое – используется для поиска материалов, содержащих нужную информацию, обычно к нему прибегают сразу после работы со списками литературы и каталогами, в результате такого просмотра читатель устанавливает, какие из источников будут использованы в дальнейшей работе;
3. ознакомительное – подразумевает сплошное, достаточно подробное прочтение отобранных статей, глав, отдельных страниц, цель – познакомиться с характером информации, узнать, какие вопросы вынесены автором на рассмотрение, провести сортировку материала;
4. изучающее – предполагает доскональное освоение материала; в ходе такого чтения проявляется доверие читателя к автору, готовность принять изложенную информацию, реализуется установка на предельно полное понимание материала;
5. аналитико-критическое и творческое чтение – два вида чтения близкие между собой тем, что участвуют в решении исследовательских задач. Первый из них предполагает направленный критический анализ, как самой информации, так и способов ее получения и подачи автором; второе – поиск тех суждений, фактов, по которым или в связи с которыми, читатель считает нужным высказать собственные мысли.

Из всех рассмотренных видов чтения основным для студентов является изучающее – именно оно позволяет в работе с учебной литературой накапливать знания в различных областях. Вот почему именно этот вид чтения в рамках учебной деятельности должен быть освоен в первую очередь. Кроме того, при овладении данным видом чтения формируются основные приемы, повышающие эффективность работы с научным текстом.

1. утверждений автора без привлечения фактического материала;
2. Цитирование – дословное выписывание из текста выдержек, извлечений, наиболее существенно отражающих ту или иную мысль автора;

3. Конспектирование – краткое и последовательное изложение содержания прочитанного.

Конспект – сложный способ изложения содержания книги или статьи в логической последовательности. Конспект аккумулирует в себе предыдущие виды записи, позволяет всесторонне охватить содержание книги, статьи. Поэтому умение составлять план, тезисы, делать выписки и другие записи определяет и технологию составления конспекта.

Методические рекомендации по составлению конспекта:

1. Внимательно прочитайте текст. Уточните в справочной литературе непонятные слова. При записи не забудьте вынести справочные данные на поля конспекта;
2. Выделите главное, составьте план;
3. Кратко сформулируйте основные положения текста, отметьте аргументацию автора;
4. Законспектируйте материал, четко следуя пунктам плана. При конспектировании старайтесь выразить мысль своими словами. Записи следует вести четко, ясно.
5. Грамотно записывайте цитаты. Цитируя, учитывайте лаконичность, значимость мысли.

В тексте конспекта желательно приводить не только тезисные положения, но и их доказательства. При оформлении конспекта необходимо стремиться к емкости каждого предложения. Мысли автора книги следует излагать кратко, заботясь о стиле и выразительности написанного. Число дополнительных элементов конспекта должно быть логически обоснованным, записи должны распределяться в определенной последовательности, отвечающей логической структуре произведения. Для уточнения и дополнения необходимо оставлять поля.

Овладение навыками конспектирования требует от студента целеустремленности, повседневной самостоятельной работы.

Практические занятия.

Для того чтобы практические занятия приносили максимальную пользу, необходимо помнить, что упражнение и решение задач проводятся по вычитанному на лекциях материалу и связаны, как правило, с детальным разбором отдельных вопросов лекционного курса. Следует подчеркнуть, что только после усвоения лекционного материала с определенной точки зрения (а именно с той, с которой он излагается на лекциях) он будет закрепляться на практических занятиях как в результате обсуждения и анализа лекционного материала, так и с помощью решения проблемных ситуаций, задач. При этих условиях студент не только хорошо усвоит материал, но и научится применять его на практике, а также получит дополнительный стимул (и это очень важно) для активной проработки лекции.

При самостоятельном решении задач нужно обосновывать каждый этап решения, исходя из теоретических положений курса. Если студент видит несколько путей решения проблемы (задачи), то нужно сравнить их и выбрать самый рациональный. Полезно до начала вычислений составить краткий план решения проблемы (задачи). Решение проблемных задач или примеров следует излагать подробно, вычисления располагать в строгом порядке, отделяя вспомогательные вычисления от основных. Решения при необходимости нужно сопровождать комментариями, схемами, чертежами и рисунками.

Следует помнить, что решение каждой учебной задачи должно доводиться до окончательного логического ответа, которого требует условие, и по возможности с выводом. Полученный ответ следует проверить способами, вытекающими из существа данной задачи. Полезно также (если возможно) решать несколькими способами и сравнить полученные результаты. Решение задач данного типа нужно продолжать до приобретения твердых навыков в их решении.

Самопроверка.

После изучения определенной темы по записям в конспекте и учебнику, а также решения достаточного количества соответствующих задач на практических занятиях и самостоятельно студенту рекомендуется, используя лист опорных сигналов, воспроизвести по памяти определения, выводы формул, формулировки основных положений и доказательств.

В случае необходимости нужно еще раз внимательно разобраться в материале.

Иногда недостаточность усвоения того или иного вопроса выясняется только при изучении дальнейшего материала. В этом случае надо вернуться назад и повторить плохо усвоенный материал. Важный критерий усвоения теоретического материала - умение решать задачи или пройти тестирование по пройденному материалу. Однако следует помнить, что правильное

решение задачи может получиться в результате применения механически заученных формул без понимания сущности теоретических положений.

Консультации

Если в процессе самостоятельной работы над изучением теоретического материала или при решении задач у студента возникают вопросы, разрешить которые самостоятельно не удастся, необходимо обратиться к преподавателю для получения у него разъяснений или указаний. В своих вопросах студент должен четко выразить, в чем он испытывает затруднения, характер этого затруднения. За консультацией следует обращаться и в случае, если возникнут сомнения в правильности ответов на вопросы самопроверки.

Подготовка к экзаменам и зачетам.

Изучение многих общепрофессиональных и специальных дисциплин завершается экзаменом. Подготовка к экзамену способствует закреплению, углублению и обобщению знаний, получаемых, в процессе обучения, а также применению их к решению практических задач. Готовясь к экзамену, студент ликвидирует имеющиеся пробелы в знаниях, углубляет, систематизирует и упорядочивает свои знания. На экзамене студент демонстрирует то, что он приобрел в процессе обучения по конкретной учебной дисциплине.

Экзаменационная сессия - это серия экзаменов, установленных учебным планом. Между экзаменами интервал 3-4 дня. Не следует думать, что 3-4 дня достаточно для успешной подготовки к экзаменам.

В эти 3-4 дня нужно систематизировать уже имеющиеся знания. На консультации перед экзаменом студентов познакомят с основными требованиями, ответят на возникшие у них вопросы. Поэтому посещение консультаций обязательно.

Требования к организации подготовки к экзаменам те же, что и при занятиях в течение семестра, но соблюдаться они должны более строго. Во-первых, очень важно соблюдение режима дня; сон не менее 8 часов в сутки, занятия заканчиваются не позднее, чем за 2-3 часа до сна. Оптимальное время занятий, особенно по математике - утренние и дневные часы. В перерывах между занятиями рекомендуются прогулки на свежем воздухе, неустойчивые занятия спортом. Во-вторых, наличие хороших собственных конспектов лекций. Даже в том случае, если была пропущена какая-либо лекция, необходимо во время ее восстановить (переписать ее на кафедре), обдумать, снять возникшие вопросы для того, чтобы запоминание материала было осознанным. В-третьих, при подготовке к экзаменам у студента должен быть хороший учебник или конспект литературы, прочитанной по указанию преподавателя в течение семестра. Здесь можно эффективно использовать листы опорных сигналов.

Вначале следует просмотреть весь материал по сдаваемой дисциплине, отметить для себя трудные вопросы. Обязательно в них разобраться. В заключение еще раз целесообразно повторить основные положения, используя при этом листы опорных сигналов.

Систематическая подготовка к занятиям в течение семестра позволит использовать время экзаменационной сессии для систематизации знаний.

Правила подготовки к зачетам и экзаменам:

- Лучше сразу сориентироваться во всем материале и обязательно расположить весь материал согласно экзаменационным вопросам (или вопросам, обсуждаемым на семинарах), эта работа может занять много времени, но все остальное – это уже технические детали (главное – это ориентировка в материале!).
- Сама подготовка связана не только с «запоминанием». Подготовка также предполагает и переосмысление материала, и даже рассмотрение альтернативных идей.
- Готовить «шпаргалки» полезно, но пользоваться ими рискованно. Главный смысл подготовки «шпаргалок» – это систематизация и оптимизация знаний по данному предмету, что само по себе прекрасно – это очень сложная и важная для студента работа, более сложная и важная, чем простое поглощение массы учебной информации. Если студент самостоятельно подготовил такие «шпаргалки», то, скорее всего, он и экзамены сдавать будет более уверенно, так как у него уже сформирована общая ориентировка в сложном материале.
- Как это ни парадоксально, но использование «шпаргалок» часто позволяет отвечающему студенту лучше продемонстрировать свои познания (точнее – ориентировку в знаниях, что намного важнее знания «запомненного» и «тут же забытого» после сдачи экзамена).
- Сначала студент должен продемонстрировать, что он «усвоил» все, что требуется по программе обучения (или по программе данного преподавателя), и лишь после этого он вправе высказать иные, желательные аргументированные точки зрения.

Правила написания научных текстов (рефератов):

- Важно разобраться сначала, какова истинная цель Вашего научного текста - это поможет Вам разумно распределить свои силы, время и.
- Важно разобраться, кто будет «читателем» Вашей работы.
- Писать серьезные работы следует тогда, когда есть о чем писать и когда есть настроение поделиться своими рассуждениями.
- Писать следует ясно и понятно, стараясь основные положения формулировать четко и недвусмысленно (чтобы и самому понятно было), а также стремясь структурировать свой текст. Каждый раз надо представлять, что ваш текст будет кто-то читать и ему захочется сориентироваться в нем, быстро находить ответы на интересующие вопросы (заодно представьте себя на месте такого человека). Понятно, что работа, написанная «сплошным текстом» (без заголовков, без выделения крупным шрифтом наиболее важным мест и т. п.), у культурного читателя должна вызывать безгливость и даже жалость к автору (исключения составляют некоторые древние тексты, когда и жанр был иной и к текстам относились иначе, да и самих текстов было гораздо меньше – не то, что в эпоху «информационного взрыва» и соответствующего «информационного мусора»).
- Объем текста и различные оформительские требования во многом зависят от принятых норм.
- Как создать у себя подходящее творческое настроение для работы над научным текстом (как найти «вдохновение»)? Во-первых, должна быть идея, а для этого нужно научиться либо относиться к разным явлениям и фактам несколько критически (своя идея – как иная точка зрения), либо научиться увлекаться какими-то известными идеями, которые нуждаются в доработке.

3. Самостоятельная работа студентов по дисциплине «ГОСПИТАЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ»

№ п/п	Название темы занятия	Вид СРС
	СРС (по видам учебных занятий) всего-102 часа	
1	Методология дифференциальной диагностики.	Рефераты, ситуационные задачи
2	Дифференциальный диагноз и врачебная тактика при артериальной гипертензии	Рефераты, ситуационные задачи
3	Дифференциальный диагноз и врачебная тактика при остром коронарном синдроме	Рефераты, ситуационные задачи
4	Дифференциальный диагноз и врачебная тактика нарушений сердечного ритма	Рефераты, ситуационные задачи
5	Дифференциальный диагноз и врачебная тактика при кардиомегалии	Рефераты, ситуационные задачи
6	Дифференциальный диагноз и врачебная тактика при острой и хронической сердечной недостаточности	Рефераты, ситуационные задачи
7	Дифференциальный диагноз суставного синдрома. Врачебная тактика	Рефераты, ситуационные задачи
8	Дифференциальный диагноз и врачебная тактика при системных заболеваниях соединительной ткани	Рефераты, ситуационные задачи
9	Дифференциальный диагноз и врачебная тактика при «сердечных» шумах	Рефераты, ситуационные задачи
10	Дифференциальный диагноз и врачебная тактика при системных васкулитах	Рефераты, ситуационные задачи
11	Дифференциальный диагноз и врачебная тактика при наличии патологического мочевого осадка	Рефераты, ситуационные задачи
11.1	Итоговое занятие.	Написание истории болезни/фрагмента истории

		болезни
11.2	Симуляционный курс – в/в инъекция	Теоретическая подготовка к симуляционному курсу
12	Дифференциальный диагноз и врачебная тактика заболеваний, проявляющихся нефротическим синдромом	Рефераты, ситуационные задачи
13.	Дифференциальный диагноз и врачебная тактика гепатомегалий и гепатолиенального синдрома.	Рефераты, ситуационные задачи
13.1	Симуляционный курс – сбор жалоб	Теоретическая подготовка к симуляционному курсу
14	Дифференциальный диагноз и врачебная тактика желтух	Рефераты, ситуационные задачи
15	Дифференциальный диагноз и врачебная тактика по синдрому дисфагии	Рефераты, ситуационные задачи
16	Дифференциальный диагноз и врачебная тактика по синдрому эпигастралгии	Рефераты, ситуационные задачи
17	Дифференциальный диагноз и врачебная тактика при нарушениях функции кишечника (диарея, запоры)	Рефераты, ситуационные задачи
18	Дифференциальный диагноз и врачебная тактика заболеваний, проявляющихся бронхообструктивным синдромом	Рефераты, ситуационные задачи
19	Дифференциальный диагноз и врачебная тактика интерстициальных заболеваний легких	Рефераты, ситуационные задачи
20	Дифференциальный диагноз и врачебная тактика заболеваний с синдромом округлой тени в легких	Рефераты, ситуационные задачи
21	Дифференциальный диагноз и врачебная тактика заболеваний с синдромом полости в легких	Рефераты, ситуационные задачи
22	Дифференциальный диагноз и врачебная тактика по синдрому выпота в плевральную полость	Рефераты, ситуационные задачи
22.1	Симуляционный курс – физикальное обследование ссс	Теоретическая подготовка к симуляционному курсу
23	Дифференциальный диагноз и врачебная тактика анемий	Рефераты, ситуационные задачи
24	Дифференциальный диагноз и врачебная тактика лимфопролиферативных заболеваний	Рефераты, ситуационные задачи
25	Дифференциальный диагноз и врачебная тактика миелолиферативных заболеваний	Рефераты, ситуационные задачи
26	Дифференциальный диагноз и врачебная тактика миеломной болезни	Рефераты, ситуационные задачи
27	Дифференциальный диагноз и врачебная тактика при цитопеническом синдроме	Рефераты, ситуационные задачи
28	Дифференциальный диагноз и врачебная тактика геморрагических болезней	Рефераты, ситуационные задачи
29	Дифференциальный диагноз и врачебная тактика лимфаденопатий	Рефераты, ситуационные задачи
29.1	Итоговое занятие – тестирование	Теоретическая подготовка к симуляционному курсу

29.2	Симуляционный курс Экстренная мед. помощь	Теоретическая подготовка к симуляционному курсу
2	СРС по промежуточной аттестации (всего)-34 часов	Подготовка к экзамену
3	СРС (ИТОГО)-136 часов	

**4.Критерии оценивания самостоятельной работы студентов по дисциплине
«ГОСПИТАЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ»**

Оценка	Критерии оценки
Зачтено	Выставляется студенту, если работа выполнена самостоятельно, содержание соответствует теме исследования, оформление соответствует предъявляемым требованиям и студент может кратко пояснить качественное содержание работы.
Не зачтено	Выставляется студенту, если имеются признаки одного из следующих пунктов: оформление не соответствует предъявляемым требованиям, содержание работы не соответствует теме, студент не может пояснить содержание работы, не может ответить на поставленные вопросы