

Электронная цифровая подпись



Утверждено "30" мая 2024 г.
Протокол № 5

председатель Ученого Совета Буланов
С.И.
ученый секретарь Ученого Совета
Супильников А.А.

**МЕТОДИЧЕСКАЯ РАЗРАБОТКА К САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ РАБОТЕ ПО ДИСЦИПЛИНЕ
«Поликлиническая 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 2024

МЕТОДИЧЕСКАЯ РАЗРАБОТКА ДЛЯ ПРЕПОДАВАТЕЛЯ
1. Самостоятельная работа как важнейшая форма учебного процесса
по дисциплине «ПОЛИКЛИНИЧЕСКАЯ 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 «ПОЛИКЛИНИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ»

Код компетенции	Содержание компетенции
ОПК-2	Способен проводить и осуществлять контроль эффективности мероприятий по профилактике, формированию здорового образа жизни и санитарно-гигиеническому просвещению населения
иОПК-2.3.	Разрабатывает и участвует в проведении профилактических мероприятий с целью повышения уровня здоровья и предотвращения заболеваний пациента (населения)
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
ПК-4.	Медико-социальная экспертиза, санаторно-курортное лечение пациентов, нуждающихся в медицинской реабилитации
иПК-4.1.	Проведение экспертизы временной нетрудоспособности и работа в составе врачебной комиссии, осуществляющей экспертизу временной нетрудоспособности
иПК-4.2.	Подготовка необходимой медицинской документации для осуществления медико-социальной экспертизы в федеральных государственных учреждениях медико-социальной экспертизы
иПК-4.3.	Направление пациента, нуждающегося в медицинской реабилитации, к врачу-специалисту, для назначения и проведения санаторно-курортного лечения, в том числе при реализации индивидуальной программы реабилитации или абилитации инвалидов, в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи с учетом стандартов медицинской помощи
ПК-5	Проведение профилактических и противоэпидемических мероприятий
иПК-5.1.	Организация и проведение медицинских осмотров с учетом возраста, состояния здоровья, профессии в соответствии с действующими нормативными правовыми актами и иными документами
иПК-5.3.	Осуществление диспансеризации взрослого населения с целью раннего выявления хронических неинфекционных заболеваний и основных факторов риска их развития в соответствии с действующими нормативными правовыми актами и иными документами
иПК-5.4.	Проведение диспансерного наблюдения за пациентами с выявленными хроническими неинфекционными заболеваниями
иПК-5.5.	Назначение профилактических мероприятий пациентам с учетом факторов риска в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи с учетом стандартов медицинской помощи
иПК-5.6.	Контроль соблюдения профилактических мероприятий
иПК-5.10.	Формирование программ здорового образа жизни, включая программы снижения потребления алкоголя и табака, предупреждения и борьбы с немедицинским потреблением наркотических средств и психотропных веществ
иПК-5.11.	Оценка эффективности профилактической работы с пациентами

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 «**ПОЛИКЛИНИЧЕСКАЯ 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 Составление доклада/устного реферативного сообщения по темам:

1. Диспансеризация населения: виды, тактика проведения, документация (анкетирование) (тема 1)
2. Диспансеризация и профилактика у пульмонологических, кардиологических, нефрологических больных (тема 1)
3. Особенности оказания медико-санитарной помощи гражданам особых групп: подросткам (тема 2)
4. Особенности оказания медико-санитарной помощи гражданам особых групп: беременным (тема 2)
5. Порядок выдачи, оформления и продления листка нетрудоспособности при заболеваниях и травмах (тема 3)
6. Порядок оформления освобождения в случае заболевания учащегося или студента (тема 3)
7. Порядок выдачи листка нетрудоспособности на период санаторно-курортного лечения (тема 3)
8. Структура и функции ВК (тема 3)
9. Экспертиза стойкой нетрудоспособности у пульмонологических больных (тема 4)
10. Экспертиза стойкой нетрудоспособности у кардиологических, больных (тема 4)
11. Экспертиза стойкой нетрудоспособности у нефрологических больных (тема 4)
12. Тактика лечения ОРВИ в амбулаторных условиях с учетом конкретных клинических проявлений, особенности течения и лечения ОРВИ у лиц пожилого возраста (тема 5).
13. Тактика лечения ОРВИ в амбулаторных условиях с учетом конкретных клинических проявлений, особенности течения и лечения ОРВИ у детей и подростков (тема 5)
14. Алгоритм обследования в условиях поликлиники больных с бронхообструктивным синдромом для верификации диагноза и формы заболевания (тема 6)
15. Алгоритм оказания неотложной помощи пациенту с приступом БА на догоспитальном этапе (тема 6)
16. Диагностические критерии бронхиальной астмы (тема 6).

17. Внебольничные пневмонии. Стандарт и тактика ведения в поликлинике, показания к госпитализации (тема 7).
18. Диспансерное наблюдение и реабилитация больных, перенесших пневмонию (тема 7)
19. Экспертиза нетрудоспособности у больных пневмонией (тема 7).
20. Лихорадка в сочетании с болями в животе, с гепатоспленомегалией (тема 8).
21. Лихорадка в сочетании с лимфаденопатией, с кожными проявлениями, с суставно-мышечным синдромом (артриты, арталгии, миалгии, миозиты) (тема 8).
22. Лихорадка в сочетании с анемическим синдромом, с мочевым синдромом (тема 8).
23. Лихорадка в сочетании с поражением легких и плевры (тема 8).
24. Антипиретики: характеристика, показания, противопоказания, побочные эффекты (тема 8).
25. Лечение нестабильной стенокардии на догоспитальном этапе (тема 10).
26. Антилипидемические препараты. Показания, противопоказания (тема 10).
27. Экстракорпоральные методы лечения дислипидемии (ДЛП) (тема 10)
28. Значение биомаркеров повреждения миокарда для диагностики и дифференциальной диагностики острого коронарного синдрома (тема 11).
29. Визуализирующие инструментальные методы обследования в диагностике и дифференциальной диагностике ишемии и некроза миокарда (тема 11)
30. Нагрузочные пробы в диагностике и дифференциальной диагностике стабильной ишемической болезни сердца на амбулаторном этапе (тема 11)
31. Отечный синдром как клинический маркер ХСН. Дифференциальный диагноз на амбулаторном этапе оказания медицинской помощи (тема 12)
32. План обследования пациента в соответствии со стандартами и протоколами ведения больных с ХСН (тема 12).
33. Диспансерное наблюдение и реабилитация больных, страдающих ХСН (тема 12).
34. Показания для санаторно-курортного лечения (тема 12)
35. Значение выявления «высоких» и «низких» блокад сердца, показания для имплантации искусственного водителя ритма (постоянного и временного) (тема 13).
36. Реанимационные мероприятия при асистолии желудочков (тема 13).
37. Диспансерное наблюдение и реабилитация больных, перенесших аритмию сердца (тема 13)
38. Показания для санаторно-курортного лечения (тема 13)
39. Экспертиза нетрудоспособности у больных с аритмией сердца (тема 13)
40. Вторичные АГ. Группы. Алгоритм диагностического поиска (тема 14).
41. АГ и коморбидные состояния. Особенности лечебных мероприятий (тема 14).
42. Вазоренальная и ренальная гипертензии: основные симптомы, позволяющие заподозрить вазоренальную гипертензию; объем обследования для установления диагноза (тема 14).
43. Симптоматические гипертензии эндокринного генеза: эндокринная патология, сопровождающаяся повышением АД; основные симптомы первичного альдостеронизма, болезни Иценко-Кушинга, феохромоцитомы; тиреотоксикоза, объем обследования для выявления этих заболеваний (тема 14).
44. Гемодинамические гипертензии и гипертензии центрального генеза основные симптомы, позволяющие заподозрить вазоренальную гипертензию; объем обследования для установления диагноза (тема 14).
45. Роль физиотерапии и лечебной физкультуры при остром коронарном синдроме (тема 15).
46. Первичная профилактика ОКС (тема 15).
47. Вторичная и третичная профилактика у лиц, перенесших ОКС (тема 15).
48. Экспертиза трудоспособности у лиц, перенесших ОКС (тема 15).
49. Реабилитация больных, перенесших ОКС (тема 15)
50. Критерии эффективности терапии ТЭЛА (тема 16).
51. Первичная профилактика ТЭЛА (тема 16).
52. Вторичная и третичная профилактика у лиц, перенесших ТЭЛА (тема 16).
53. Экспертиза трудоспособности у лиц, перенесших ТЭЛА (тема 16).
54. Диспансерное наблюдение и реабилитация больных, перенесших ТЭЛА (тема 16).
55. Трудоспособность после инфаркта миокарда, ОНМК (тема 17)
56. Критерии оценки степени восстановления и сохранения трудоспособности после инфаркта миокарда, ОНМК (тема 17)
57. Аспекты вторичной профилактики ИБС у больных, перенесших инфаркт миокарда (тема 17)
58. Антитромбоцитарная терапия у больных после ИМ и ОНМК (тема 17)

59. Стандартные программы реабилитации кардиохирургических больных (тема 17);
60. Современная тактика ведения больного кардиологического профиля, при которых возникает необходимость в кардиохирургическом вмешательстве, при оказании первичной медико-санитарной помощи в соответствии со стандартами и протоколами (тема 18);
61. Принципы диспансеризации кардиохирургических больных (пороки сердца, ИБС, аритмии) до и после кардиохирургического вмешательства (тема 18)
62. Профилактика рецидивов ЖДА. (тема 22)
63. Тактика ведения больных при мегалобластных анемиях (тема 22).
64. Лечение гемолитической и гипопластической анемии (тема 22)
65. Показания к госпитализации. Показания к гемотрансфузии (тема 22)
66. Миеломная болезнь. Этиология и патогенез. Клиника, диагностика, критерии. Этапы лечения, принципы (тема 23).
67. Полицитемия. Этиология и патогенез. Клиника, диагностика, критерии. Этапы лечения, принципы (тема 23).
68. Современные лекарственные средства, контроль эффективности (тема 23).
69. Показания к госпитализации. Показания к гемотрансфузии (тема 23).
70. Причины развития гепатомегалии и гепатолиенального синдрома: хронические гепатиты и циррозы печени. Критерии верификации диагноза (тема 24),
71. Особенности течения различных форм хронических воспалительных заболеваний печени. Стадии развития процесса (тема 24).
72. Диагностика заболеваний, сопровождающихся гепатомегалией и гепатолиенальным синдромом (лабораторные, инструментальные, морфологические методы исследования) (тема 24)
73. Клиническая картина хронических гепатитов, цирроза печени (тема 24)
74. Дифференцированное лечение кислотозависимых заболеваний верхних отделов ЖКТ в период обострения и ремиссии (тема 25)
75. Особенности течения различных форм хронических воспалительных заболеваний печени. Стадии развития процесса (тема 26).
76. Диагностика заболеваний, сопровождающихся гепатомегалией и гепатолиенальным синдромом (тема 26)
77. Клиническая картина хронических гепатитов, цирроза печени (тема 24)
78. Пожилые пациенты с ОА: вопросы коморбидности в выборе средств лечения (тема 27)
79. Тактика ведения больного с остеопорозом при оказании первичной медико-санитарной помощи в соответствии со стандартами и протоколами (тема 28).
80. Хронический пиелонефрит: протоколы и стандарты диагностики и лечения при оказании первичной медико-санитарной помощи, диспансерное наблюдение, реабилитация (тема 20).
81. Хроническая болезнь почек. Вопросы ранней диагностики и лечения, прогноз (тема 20).
82. Хроническая почечная недостаточность. Вопросы ранней диагностики и лечения, прогноз (тема 20)
83. Современные методы диагностики и лабораторных маркеров инсулинорезистентности (степень ожирения, ИМТ, ОТ/ОБ, и др.) (тема 19)
84. Современные методики лабораторной диагностики гормональной активности адипоцитов (лептин, резистин, адипонектин, висфатин, фактор некроза опухолей - α , ил-6 и др.) (тема 19)
85. Тактика ведения (обследование, лечение) пациентов с ожирением и СД типа 2, как составных составляющих МС. (тема 19)
86. Выбор современных патогенетических принципов лечения больных с МС (диетотерапия, физическая нагрузка, таблетированные сахароснижающие препараты, гиполипидемические и гипотензивные препараты, др.) (тема 19)
87. Тактика ведения коморбидного больного на амбулаторно-поликлиническом этапе (АГ+СД), при оказании первичной медико-санитарной помощи в соответствии со стандартами и протоколами (тема 30).
88. Тактика ведения коморбидного больного на амбулаторно-поликлиническом этапе (АГ+БА) при оказании первичной медико-санитарной помощи в соответствии со стандартами и протоколами (тема 30).
89. Тактика ведения коморбидного больного на амбулаторно-поликлиническом этапе (метаболический синдром + БА,) при оказании первичной медико-санитарной помощи в соответствии со стандартами и протоколами (тема 30).
90. Тактика ведения коморбидного больного на амбулаторно-поликлиническом этапе (ЯБ+ИБС и

др.) при оказании первичной медико-санитарной помощи в соответствии со стандартами и протоколами (тема 30).

91. Диагностика опухолей органов пищеварения (желудка; пищевода; прямой и ободочной кишки; предстательной железы) (тема 31).
92. Диагностика рака легкого (тема 31)..
93. Диагностика лимфом, лимфаденопатий и метастазов в периферические лимфатические узлы (тема 31)..
94. Деонтология в онкологии в условиях поликлиники (тема 31)..
95. Диспансеризация длительно иммобилизованных пациентов (тема 32).
96. Реабилитация ДИ пациентов (тема 32).
97. Соматическая патология, при беременности (тема 33).
98. Критические периоды беременности для обострения сердечно-сосудистых заболеваний (тема 33)..
99. Особенности ведения беременных с артериальной гипертензией в условиях поликлиники (тема 33).
100. Стационароразмещающие технологии в ведении больных терапевтического профиля. Виды. Организация на амбулаторно-поликлиническом этапе (тема 34).
101. Проблема госпитального ведения пациентов с АГ в России (тема 34).
102. История развития стационароразмещающих технологии в ведении больных терапевтического профиля (тема 34).

Темы докладов/устных реферативных сообщений могут быть предложены преподавателем из вышеперечисленного списка, а также обучающимся в порядке личной инициативы по согласованию с преподавателем

4.2 Решение ситуационных задач по темам:

Тема 1. Организация амбулаторно-поликлинической службы

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 1

Мужчина 54 лет впервые обратился к врачу общей практики с целью диспансеризации. Он отрицает наличие каких-либо хронических заболеваний и не принимает никаких лекарственных средств. Его отец умер в возрасте 74 лет от острого инфаркта миокарда. Его мать жива, ей в настоящее время 80 лет, получает лечение по поводу артериальной гипертензии. У него есть младшие родные брат и сестра, в отношении которых он утверждает, что они не страдают никакими хроническими заболеваниями. Пациент не курит, не употребляет алкоголь, никогда не применял наркотические средства. Он ведет малоподвижный образ жизни, работает финансовым советником, не занимается физическими упражнениями.

При объективном физикальном исследовании не отмечается отклонений от нормы по всем органам и системам. ЧСС – 80 ударов в минуту, АД – 127/82 мм.рт.ст., ЧДД 18 в минуту. Рост 170 см, масса тела 86 кг, индекс массы тела (ИМТ) 29,8 кг/м², окружность талии 98 см.

Вопросы:

1. Какие дополнительные исследования в рамках первого этапа диспансеризации следует провести данному пациенту (после опроса на выявление хронических неинфекционных заболеваний и факторов риска их развития, антропометрии и измерения АД)?
2. Какие исследования необходимо провести для выявления суммарного сердечно-сосудистого риска у данного пациента?
3. Какие исследования в рамках первого и второго этапов диспансеризации направлены на скрининг онкопатологии у данного пациента?
4. По результатам дополнительных исследований в рамках первого этапа диспансеризации у данного пациента уровень общего холестерина крови 3,4 ммоль/л, уровень глюкозы крови 4,1 ммоль/л, ЭКГ без отклонений от нормы. Оцените, каков суммарный сердечно-сосудистый риск для данного пациента (по SCORE)?
5. Какие рекомендации по изменению образа жизни Вы дадите пациенту?

ЭТАЛОН ОТВЕТА СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 1

1. Определение уровней общего холестерина в крови, глюкозы в крови, определение абсолютного суммарного сердечно-сосудистого риска, ЭКГ, флюорография легких, клинический

анализ крови, общий анализ мочи, исследование кала на скрытую кровь, измерение внутриглазного давления.

2. Измерение АД (скрининг артериальной гипертензии) и исследование липидов (холестерина) крови (скрининг дислипидемии).

3. В рамках первого этапа диспансеризации проводятся флюорография легких и исследования кала на скрытую кровь, в рамках второго этапа – эзофагогастродуоденоскопия, колоноскопия или ректороманоскопия, анализ крови на уровень содержания простатспецифического антигена (ПСА).

4. Суммарный сердечно-сосудистый риск умеренный ($\geq 1\%$ и $< 5\%$). Абсолютный сердечно-сосудистый риск по SCORE рассчитывается с учетом возраста пациента (54 года), пола (мужской), курения (нет), уровня систолического АД (127 мм рт. ст.) и уровня холестерина крови (4,1 ммоль/л), а также уровня холестерина липопротеидов высокой плотности (ЛПВП) (необязательный параметр). Для данного пациента абсолютный риск составляет выше 1%, но менее 2%, поскольку все модифицируемые факторы риска находятся ниже целевых значений, но базовый риск в данном возрасте для мужчин в Российской Федерации превышает 1%.

5. Пациенту следует рекомендовать занятия физическими упражнениями и соблюдение здоровой диеты. Физические упражнения значительно снижают риск сердечно-сосудистых заболеваний, сахарного диабета, ожирения и смертности в целом. Следует рекомендовать не менее 30 минут умеренной физической активности в день. Здоровая диета должна препятствовать возникновению и прогрессированию таких алиментарно-зависимых факторов риска, как избыточная масса тела (что имеется у данного пациента), дислипидемия, артериальная гипертензия.

Данному пациенту необходимо рекомендовать снижение массы тела для достижения целевого ИМТ ≤ 25 кг/м². Калорийность рациона должна не превышать 2100 ккал в сутки, при этом белками обеспечивается 10–15%, жирами – 20–30 %, а углеводами 55–70 % (не более 10 % простыми углеводами) калорийности. Потребление поваренной соли должно составлять < 6 грамм в сутки. Потребление фруктов и овощей должно быть не менее 500 г в сутки (≥ 5 порций), без учета картофеля.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 2

Основная часть

Мужчина 39 лет проходит профилактический медицинский осмотр в рамках диспансеризации. Жалобы на периодический кашель по утрам с небольшим количеством слизистой мокроты. В анамнезе – частые ОРВИ, бронхиты, хронические заболевания отрицает. Имеется длительный стаж курения (индекс курильщика - 21 пачка/лет).

При осмотре: состояние удовлетворительное, нормостенического телосложения. ИМТ – 24 кг/м². Кожные покровы чистые, обычной окраски. В лёгких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритмичные. ЧСС - 70 ударов в мин., АД - 120/80 мм рт. ст. Живот мягкий, при пальпации безболезненный во всех отделах. Печень и селезёнка не увеличены. Дизурии нет. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный. Отёков нет. В анализах: общий холестерин – 4,8 ммоль/л, глюкоза крови - 5,2 ммоль/л. ЭКГ – норма. Абсолютный сердечно-сосудистый риск (SCORE) = 1% (низкий).

Вопросы:

1. Определите группу здоровья пациента. Обоснуйте свой ответ.
2. Нуждается ли пациент в направлении на второй этап диспансеризации? Какое обследование необходимо провести? Обоснуйте свой ответ.
3. Перечислите спирометрические признаки бронхиальной обструкции. Опишите тактику врача при обнаружении нарушений функции лёгких по обструктивному типу.
4. Составьте план индивидуального профилактического консультирования.
5. Предложите пациенту способы отказа от курения.

ЭТАЛОН ОТВЕТА СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 2

1. Группа здоровья I, так как у пациента низкий суммарный сердечно-сосудистый риск и нет заболеваний, требующих диспансерного наблюдения участкового терапевта.
2. Пациента необходимо направить на второй этап диспансеризации для уточнения диагноза, поскольку у пациента имеются клинические симптомы (кашель с мокротой) и факторы риска развития ХОБЛ (курение). В рамках 2 этапа диспансеризации пациенту показано проведение спирометрии.
3. Спирометрические признаки бронхиальной обструкции: снижение ОФВ1 и ОФВ1/ФЖЕЛ $\leq 0,7$. Больному показано обследование за рамками диспансеризации для уточнения диагноза ХОБЛ:

клинический анализ крови, общий анализ мокроты с исследованием на микобактерии туберкулеза спирометрия с исследованием обратимости бронхиальной обструкции, тест с 6-минутной ходьбой, рентгенография органов грудной клетки, пульсоксиметрия. При подтверждении диагноза ХОБЛ для оценки выраженности симптомов необходимо провести тестирование по одному из опросников (mMRC, CAT, CCQ) и определить риск обострений.

4. Пациенту необходимо рекомендовать отказ от курения, так как курение – основной фактор риска развития ХОБЛ. Кроме того, необходимо проведение вакцинации против гриппа и профилактика ОРВИ, так как вирусные инфекции провоцируют обострение ХОБЛ. Методы профилактики ОРВИ – закаливание, рациональное питание, достаточный сон, соблюдение гигиены; возможно рассмотреть (убедительные доказательства эффективности отсутствуют) использование витаминотерапии, приём иммуномодуляторов (интерфероны, Циклоферон), использование противовирусных средств для постконтактной профилактики (в случае контакта с больными гриппом).

5. Никотинзамещающие препараты: никотиновая жевательная резинка, ингалятор, назальный спрей, накожный аппликатор, подъязычные таблетки или пастилки. Препараты, снижающие никотиновую зависимость: Варениклин, Бупропион. Психотерапевтические методы: рациональная психотерапия, аутотренинг, гипноз.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 3

На терапевтическом участке с численностью взрослого населения 1700 человек на конец календарного года на диспансеризацию пришли 395 человека. 2 пациента не заполнили анкету и 2 других пациента не были осмотрены врачом-терапевтом участковым. Объём выполненных исследований в рамках 1 этапа составил 86%, в рамках 2 этапа – 100%. Всем пациентам, осмотренным врачом-терапевтом участковым, проведено краткое профилактическое консультирование. Углублённое индивидуальное консультирование проведено 62% из направленных в кабинет медицинской профилактики. Углублённое групповое (в рамках школ) консультирование проведено 62% из направленных в кабинет медицинской профилактики. Все пациенты с впервые выявленными хроническими неинфекционными заболеваниями взяты под диспансерное наблюдение врачом-терапевтом участковым или врачами специалистами.

Вопросы:

1. Рассчитайте количество человек, прошедших диспансеризацию на данном участке. Обоснуйте Ваш ответ.
2. Рассчитайте показатель «Охват диспансеризацией» на данном участке и оцените его.
3. Оцените объём выполненных исследований в рамках 1 и 2 этапов, обоснуйте Ваш ответ.
4. Оцените охват пациентов углублённым профилактическим консультированием в рамках 2 этапа, обоснуйте Ваш ответ.
5. Рассчитайте показатель «Охват пациентов с впервые выявленными заболеваниями диспансерным наблюдением» и оцените его.

ЭТАЛОН ОТВЕТА СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 3

1. Диспансеризацию прошли 391 пациент (2 пациентов, которые не заполнили анкету и 2 других, которые не явились на осмотр врачом-терапевтом участковым, не включают в число, прошедших диспансеризацию, так как заполнение анкеты и осмотр врачом-терапевтом участковым являются обязательными для каждого пациента).

2. Показатель «Охват диспансеризацией» на терапевтическом участке рассчитывается как отношение количества пациентов, прошедших в данном календарном году диспансеризацию, к количеству взрослого населения, проживающего на этом участке. Диспансеризацию прошли 391 пациент. Охват диспансеризацией на данном участке составил 23%, что свидетельствует о недостаточном охвате (плановое значение – не менее 23%).

3. Диспансеризацию следует считать завершённой, так как объём выполненных исследований в рамках 1 этапа составил 86% (плановое значение – не менее 85%), в рамках 2 – 100% (плановое значение 100%).

4. Пациенты с высоким или очень высоким сердечно-сосудистом риском должны быть направлены в кабинет медицинской профилактики или центр здоровья для проведения углублённого индивидуального или группового профилактического консультирования. По итогам диспансеризации охват пациентов углублённым профилактическим консультированием составил 62%, то есть охват достаточный (плановое значение – не менее 60%).

5. Все пациенты с впервые выявленными заболеваниями, включёнными в список заболеваний, при которых устанавливается диспансерное наблюдение, должны быть взяты под диспансерное наблюдение. Показатель «Охват пациентов с впервые выявленными заболеваниями диспансерным наблюдением» рассчитывается как отношение числа пациентов, взятых под диспансерное наблюдение, к числу пациентов, нуждающихся в диспансерном наблюдении (в процентах). В данном случае все пациенты с впервые выявленными хроническими неинфекционными заболеваниями взяты под диспансерное наблюдение, то есть показатель «Охват пациентов с впервые выявленными заболеваниями диспансерным наблюдением» составил 100%. Это хороший показатель, так как целевой уровень этого показателя должен быть близок к 100%.

Тема №2: Особенности ведения больных на амбулаторно-поликлиническом этапе

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 1

Больная Р. 45 лет обратилась к врачу с жалобами на чувство тяжести, переполнения в животе, возникающее через 40-50 минут после еды, тошноту. В течение 20 лет страдает хроническим гастритом, обострения 1-2 раза в год. Во время обострений обычно принимает ингибиторы протонной помпы, антациды. Эрадикационную терапию не получала. Настоящее ухудшение – в течение 2 недель на фоне погрешностей в диете. Самостоятельно принимала альмагель при возникновении неприятных ощущений. При осмотре: состояние удовлетворительное. Рост 166 см, вес 64 кг. Кожные покровы чистые, обычной окраски. В лёгких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритмичные. ЧСС – 70 уд. в мин., АД – 120/70 мм рт.ст. Живот мягкий, болезненный в эпигастрии и пилоро-дуоденальной зоне. Симптомы холецистита отрицательные. Печень не изменена. Дизурии нет. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный. Стул 1 раз в день, оформленный, без патологических примесей.

На фиброгастроскопии: пищевод свободно проходим, слизистая его не изменена. Кардия смыкается полностью. Слизистая оболочка желудка гиперемирована, с участками атрофии в антральном отделе, складки сглажены, расправляется воздухом хорошо. Привратник проходим. Слизистая луковицы двенадцатиперстной кишки и залуковичный отдел не изменены. Взят биоптат из антрального отдела желудка: быстрый уреазный тест положительный. Результат гистологического исследования биоптата: слизистая желудка с атрофией и хронической полиморфноклеточной инфильтрацией.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте план дополнительного обследования пациента.
4. Назначьте медикаментозное лечение, обоснуйте свой выбор.
5. Разработайте план диспансерного наблюдения пациента.

ЭТАЛОН ОТВЕТА СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 1

1. Хронический атрофический гастрит, ассоциированный с *Helicobacter pylori*, обострение. Функциональная диспепсия: постпрандиальный дистресс-синдром.
2. Диагноз «хронический гастрит» поставлен на основании данных анамнеза (страдает хроническим гастритом в течение 20 лет), данных осмотра (болезненность в эпигастрии и пилоро-дуоденальной зоне при пальпации), данных фиброгастроскопии (гиперемия слизистой желудка), гистологического исследования (полиморфноклеточная инфильтрация слизистой). Атрофический гастрит ставится на основании данных эндоскопии, подтверждённых гистологическим исследованием биоптата слизистой. Связь с хеликобактерной инфекцией доказана положительным быстрым уреазным тестом. Функциональная диспепсия: постпрандиальный дистресс-синдром поставлен на основании жалоб пациента на тяжесть, чувство переполнения в животе после еды, тошноту.
3. Общий анализ крови, общий анализ мочи, биохимический анализ крови, анализ кала, рН-метрия желудка, УЗИ органов брюшной полости.
4. Прежде всего, необходимо назначение эрадикационной терапии. Рек-но применение терапии первой линии: ингибитор протонной помпы 2 раза в день (например, Рабепразол 20 мг 2 раза в день) вместе с Амоксициллином 1 г 2 раза в день и Кларитромицином 500 мг 2 раза в день продолжительностью 10-14 дней. Возможно добавление к этой схеме Висмута трикалия дицитрата 240 мг 2 раза в день и *Saccharomyces boulardii* (по 250 мг 2 раза в сутки) для повышения эффективности эрадикации. Для купирования симптомов постпрандиального дистресс-синдрома назначают прокинетики, например, Итоприд 50 мг 3 раза в день на 3 недели.

5. Пациенты с хроническим атрофическим гастритом находятся на диспансерном учёте у врача-терапевта участкового по месту жительства пожизненно. Рекомендуется осмотр 1 раз в год, с проведением общего анализа крови и фиброгастроскопии с биопсией. По возможности - анализ желудочного сока 1 раз в 5 лет. Рекомендуется соблюдение щадящей диеты, отказ от раздражающей пищи и напитков.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 2

Больной М. 72 лет, пенсионер, обратился к врачу-терапевту участковому с жалобами на головные боли, головокружение, шум в ушах, повышение АД до 210/120 мм рт. ст.

Анамнез заболевания: высокие цифры АД появились 2 года назад, принимал Метопролол, Гипотиазид, однако добиться существенного снижения АД не удавалось. В течение полугода отмечает усталость при ходьбе, боли в ногах, которые заставляют останавливаться (при прохождении менее 200 метров). Госпитализирован для уточнения причины и подбора лекарственной терапии.

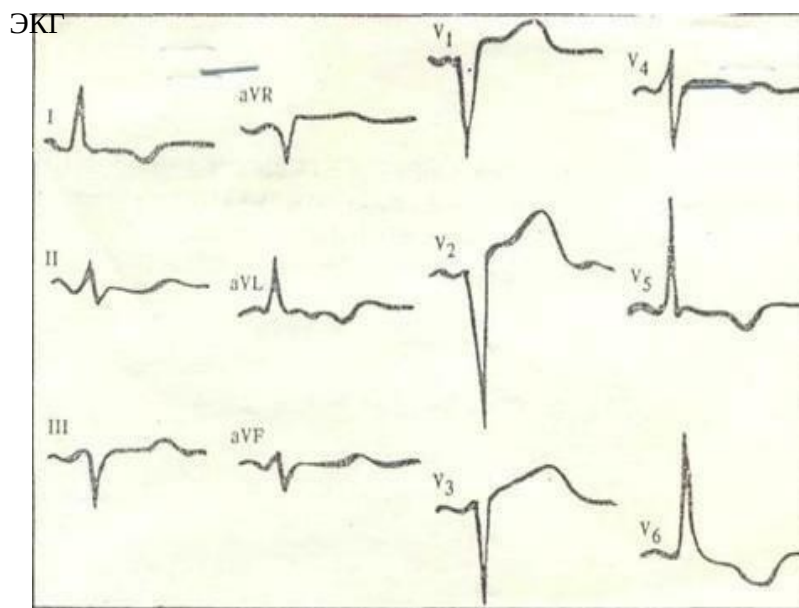
Объективно: состояние удовлетворительное. Отёков нет. Над всей поверхностью легких перкуторно - лёгочный звук, при аускультации - дыхание везикулярное, хрипов нет. Область сердца визуально не изменена. Границы сердца: правая - 1 см кнаружи от правого края грудины, верхняя - II ребро, левая - 1,5 см кнаружи от левой СКЛ в V межреберье. Верхушечный толчок в V межреберье, кнаружи от СКЛ, разлитой. Тоны сердца приглушены, ритмичные. Акцент II тона над аортой, систолический шум на аорте без проведения на сосуды шеи. Пульс - 76 ударов в минуту, ритмичный. Сосудистая стенка вне пульсовой волны плотная. АД - 195/115 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень по краю рёберной дуги. Над брюшной аортой выслушивается систолический шум. Симптом поколачивания отрицательный. Снижена пульсация на артериях тыла обеих стоп.

При лабораторных и инструментальных исследованиях получены следующие данные. Общий анализ крови: гемоглобин - 145 г/л, эритроциты - $4,5 \times 10^{12}/л$, лейкоциты - $7,9 \times 10^9/л$, СОЭ - 12 мм/час, цветовой показатель - 1,0. Общий анализ мочи: удельный вес - 1020, белок - 0033 г/л, лейкоциты - ед. в поле зрения, единичные гиалиновые цилиндры. Биохимический анализ крови: сахар - 5,2 ммоль/л (3,5-6,1), холестерин - 7,2 ммоль/л (4,0), мочевины - 9,0 ммоль/л (2,4-8,3), креатинин - 0,13 мкмоль/л (0,014-0,44), калий - 5,4 ммоль/л (3,4-5,3), натрий - 135 ммоль/л (130-156).

Изотопная ренография: умеренное снижение секреторной и экскреторной функции правой почки.

Осмотр глазного дна: ангиопатия сосудов сетчатки.

ЭХО-КГ: ПЖ - 2,1 см (норма - 2,3), МЖП - 1,25 см (норма - 1,0 см), ЗСЛЖ - 1,25 см (норма - 1,0 см), КДРЛЖ - 5,8 см (норма - 5,5), КСРЛЖ - 3,7 см (норма - 3,5). Фракция выброса - 54% (норма - 60-80%). Кальциноз митрального, аортального клапанов.



Вопросы:

1. Выделите ведущие синдромы (объясните патофизиологические механизмы их возникновения).
2. Составьте дифференциально-диагностический ряд.
3. Сформулируйте и обоснуйте диагноз.

4. Составьте план обследования для уточнения диагноза.
5. Составьте план лечения.

ЭТАЛОН ОТВЕТА СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 2

1. Синдром:

- артериальной гипертонии;
- синдром кардиомегалии, преимущественно левых отделов;
- синдром перемежающейся хромоты.

2. В план дифференциальной диагностики необходимо включить изолированную систолическую гипертонию (для лиц пожилого возраста), гипертоническую болезнь, вазоренальную гипертонию. Общим являются признаки артериальной гипертонии (повышение АД, шум в ушах, головокружение), повышенные цифры АД.

Однако, для изолированной систолической гипертонии цифры диастолического давления должны быть в пределах нормы. Повышение систолического АД в пожилом возрасте связано с повышением ОПСС (стенка сосудов становится «жесткой», снижена эластичность сосудистой стенки).

Для гипертонической болезни характерно более раннее начало (45-50 лет), длительный анамнез артериальной гипертонии. Для вазоренальной гипертонии - пожилой возраст, стойкое повышение АД, сосудистые шумы, повышен уровень холестерина плазмы крови.

3. Атеросклероз аорты, почечных сосудов. Вазоренальная гипертония. Перемежающаяся хромота, ишемия 2А степени.

Основные диагностические признаки: возраст больного (72 года), монотонно высокая гипертензия, наличие сосудистых шумов (признаки атеросклероза аорты: акцент II тона над аортой, систолический шум брюшной аорты, повышен уровень холестерина плазмы), боли, усталость в ногах при ходьбе до 200 метров, заставляющие больного останавливаться, снижение пульсации на артериях тыла стоп.

4. Дообследование:

По возможности определение ренина плазмы (из почечных вен);

Проба Реберга (определить функцию почек);

УЗИ почек;

Экскреторная урография (выявить запаздывание нефрографического эффекта);

Липидограмма;

Контрастная аортография с ангиографией почечных артерий (выявить наличие стеноза почечных артерий).

5. План лечения:

- диета с ограничением животных жиров, соли (стол № 10);
- статины (стабилизация атеросклеротических бляшек, гипохолестеримическое действие);
- Норваск 10 мг 1 раз в день утром (вазодилатация, нефропротективные свойства);
- малые дозы диуретиков: Индапамид 1,25 мг (тиазидоподобный диуретик с вазодилирующим действием);
- аспирин, профилактика тромбоза в сосудах.

Активное выявление признаков коронарного атеросклероза (коронарография) и атеросклероза БЦА (ЦДС). Консультация врача-сердечно-сосудистого хирурга для диагностики и определения показаний к хирургическому лечению (нефрэктомия, либо реконструктивная операция на почечных сосудах – удаление атеросклеротических бляшек из почечных артерий, либо ангиопластика).

Тема №3: Экспертиза временной нетрудоспособности **СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 1**

Больной 25 лет, водитель, обратился к участковому терапевту с жалобами на появление эпизодов удушья с затрудненным выдохом, кашель с трудно отделяемой мокротой практически ежедневно. Приступы удушья возникают 2-3 раза в неделю чаще ночью и проходят спонтанно через час с исчезновением всех симптомов. Незначительная одышка при физической нагрузке. Лекарства не принимал. Считает себя больным около 3 мес. За медицинской помощью обратился впервые. С детства частые бронхиты с обострениями в весенне-осенний периоды. Другие хронические заболевания отрицает. Операций, травм не было. Курит по 1,5 пачки в день 5 лет. У матери бронхиальная астма, у отца гипертоническая болезнь.

Аллергологический анамнез не отягощён. Профессиональных вредностей не имеет. При физикальном осмотре: состояние больного лёгкой степени тяжести. Температура тела 36,7°C. Кожные покровы чистые, влажные. Рост 175 см, вес 81 кг. Периферические л/узлы не увеличены. Щитовидная железа не увеличена. Грудная клетка нормостеническая. При пальпации грудная клетка безболезненна. ЧД – 18 в минуту. При перкуссии – ясный лёгочный звук. Границы относительной тупости сердца: в пределах нормы. При аускультации – дыхание везикулярное, проводится во все отделы, выслушивается небольшое количество сухих, рассеянных, высокодискантных хрипов. Тоны сердца ясные, ритмичные. Пульс 80 уд/мин удовлетворительного наполнения и напряжения. АД – 120/80 мм рт.ст. При пальпации живот мягкий, безболезненный. Размеры печени по Курлову: 10х9х7 см. Дизурических явлений нет.

Вопросы:

1. Предварительный диагноз.
2. Составьте план лабораторно-инструментального обследования.
3. План лечебных мероприятий.
4. Проведение врачебно-трудовой экспертизы (ВТЭ), противопоказанные виды труда.
5. Укажите показания к неотложной госпитализации у пациента

ЭТАЛОН ОТВЕТА СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 1

1. Неаллергическая бронхиальная астма, среднетяжёлое течение, впервые выявленная, неконтролируемая. Дыхательная недостаточность 1 степени.
2. План обследования: клинический анализ крови; ЭКГ, спирометрия; рентгенография органов грудной клетки в двух проекциях; общий анализ мокроты; консультация врача-пульмонолога.
3. План лечения: отказ от курения; с целью купирования приступа заболевания ингаляционно применять β2-адреномиметики короткого действия (Сальбутамол или Фенотерол). Для постоянного приёма - комбинация низких доз ингаляционных ГКС (Флутиказон 100-250 мкг/сут, Будесонид 200-400 мкг/сут или Беклометазон дипропионат 200-500 мкг/сут) с длительно действующими β2-агонистами (Салметерол 100 мкг/сут или Формотерол 9-18 мкг/сут). Обучение навыкам самоведения бронхиальной астмы.
4. Временно нетрудоспособен. Выдать ЛН на 3-4 дня. Нетрудоспособность при среднетяжёлом течении бронхиальной астмы продолжается до стабилизации процесса. Противопоказан тяжелый физический труд, контакт с токсическими веществами, работа в неблагоприятных метеорологических условиях, длительные командировки, работа в горячих цехах, длительная ходьба, профессиональная речевая нагрузка. Рациональное трудоустройство через ВК.
5. Неудовлетворительный ответ на лечение (ОФВ1<50% от должного после применения бронходилататоров). Симптомы обострения астмы нарастают, или отсутствует положительная динамика в течение 3 часов с момента начала неотложных лечебных мероприятий. Не наблюдается улучшения в течение 4-6 часов после начала лечения системными глюкокортикостероидами.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 2

Пациент С. 45 лет, инженер, жалоб на момент осмотра не имеет. Лечился в амбулаторных условиях по поводу язвенной болезни двенадцатиперстной кишки, впервые выявленной. По данным эзофагогастродуоденоскопии был дефект слизистой оболочки луковицы двенадцатиперстной кишки диаметром 0,4 см. Язва зарубцевалась. Общее состояние удовлетворительное. В лёгких дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧД – 16 в минуту. Тоны сердца ясные, чистые. ЧСС – 72 в минуту. АД – 120/80 мм рт.ст. Язык чистый, влажный. Печень и селезёнка не пальпируются. Анализ крови: гемоглобин – 140 г/л, лейкоциты – 6,6×10⁹ /л, нейтрофилы – 70%, лимфоциты – 25%, моноциты – 4%, СОЭ – 10 мм/час. Анализ мочи: удельный вес – 1018, белок (–), лейкоциты – 1-2 в поле зрения. Тест на Нр после эрадикационной терапии (–).

Вопросы:

1. Сформулируйте клинический диагноз.
2. Дайте подробные рекомендации по медикаментозной профилактике рецидивов. Обоснуйте Ваше решение.
3. Назовите показания к профилактике рецидивов «непрерывной» (в течение месяцев и даже лет) поддерживающей терапии.
4. Укажите длительность диспансерного наблюдения, составьте алгоритм (схему динамического наблюдения).

5. Проведите экспертизу трудоспособности, решите вопрос о санаторно-курортном лечении. Обоснуйте Ваше решение.

ЭТАЛОН ОТВЕТА СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 2

1. Язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки, лёгкое течение, фаза ремиссии.
2. Показана профилактика рецидивов «по требованию». Рекомендовано: при появлении первых симптомов обострения заболевания необходим приём препаратов протонной помпы в лечебной дозе (Омепразол по $0,02 \times 2$ раза в день, или Лансопразол по $0,03 \times 2$ раза в день, или Пантопразол по $0,04 \times 2$ раза в день, или Рабепразол по $0,02 \times 2$ раза в день, или Эзомепразол по $0,02 \times 2$ раза в день) в течение 2-3 дней, а затем в половинной дозе в течение 2 недель. Если в течение первых 2-3 дней лечения симптомы не исчезнут, необходимо явиться к врачу и сделать эзофагогастродуоденоскопию. Рекомендована медикаментозная профилактика рецидивов «по требованию», так как течение заболевания лёгкое и эрадикационная терапия была успешной (тест на Нр после лечения (-)). Данный вид медикаментозной профилактики рекомендуется при лёгкой и средней тяжести течения язвенной болезни и успешной эрадикационной терапии.
3. Показания для «непрерывной» (в течение месяцев и даже лет) поддерживающей терапии антисекреторным препаратом в половинной дозе (ежедневно вечером по 150 мг Ранитидина или по 20 мг Фамотидина): неэффективность проведённой эрадикационной терапии; осложнения (язвенное кровотечение или перфорация); наличие сопутствующих заболеваний, требующих применения нестероидных противовоспалительных препаратов; сопутствующий эрозивно-язвенный рефлюкс-эзофагит; больные старше 60 лет с ежегодно рецидивирующим течением болезни, несмотря на адекватную курсовую терапию; выраженная рубцовая деформация поражённого органа; язвенная болезнь у злостных курильщиков.
4. Пациент подлежит диспансерному наблюдению у врача-терапевта участкового в течение 5 лет после обострения. Кратность осмотра – 1 раз в год. Консультация врача-гастроэнтеролога – 1 раз в год. Эзофагогастродуоденоскопия и анализ кала на скрытую кровь – при обострении. Если в течение 5 лет не было рецидива заболевания с диспансерного учета можно снять.
5. В период ремиссии пациент трудоспособен, так как работа инженера связана с умеренным эмоциональным напряжением и не противопоказана пациенту. В период обострения больной временно нетрудоспособен. Ориентировочный срок временной нетрудоспособности – 14-16 дней. Санаторно-курортное лечение – в период ремиссии в санаторно-курортных организациях в климатической зоне проживания пациента. Курорты: бальнеологические с питьевыми минеральными водами, грязевые и климатические. В период обострения заболевания санаторно-курортное лечение противопоказано.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 3

Пациент С. 53 лет, водитель автобуса, выписан из стационара, где лечился в течение 28 дней по поводу инфаркта миокарда. Жалобы на боль за грудиной при ходьбе через 300 метров и при подъёме на второй этаж, исчезающую в покое или после приёма 1 таблетки Нитроглицерина, небольшую одышку при ходьбе.

Общее состояние сравнительно удовлетворительное. В лёгких дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧД – 20 в минуту. Границы сердца: правая – на 0,5 см от правого края грудины, верхняя – 3 ребро, левая – на 1 см кнутри от левой срединно-ключичной линии. Тоны сердца приглушены, ритм правильный. ЧСС – 64 удара в минуту, АД – 130/80 мм рт.ст. Печень и селезёнка не увеличены.

Анализ крови: Нв – 138 г/л, лейкоциты – $6,6 \times 10^9$ /л, нейтрофилы – 70%, лимфоциты – 25%, моноциты – 4%, СОЭ – 10 мм/час.

Анализ мочи: удельный вес – 1019, белок (-), лейкоциты – 1-2 в поле зрения.

Липиды крови: общий холестерин (ОХС) – 5,6 ммоль/л; триглицериды (ТГ) – 1,6 ммоль/л, холестерин липопротеинов высокой плотности (ХС ЛПВП) – 1,1 ммоль/л, холестерин липопротеинов низкой плотности (ХС ЛПНП) – 3,7 ммоль/л. Креатинин – 100 мкмоль/л; СКФ – 75 мл/мин.

ЭКГ: ритм синусовый правильный, ЧСС – 66 ударов в минуту, нормальное положение электрической оси сердца. В отведениях II, III, AVF патологический зубец Q, сегмент ST на изолинии, зубец T слабо отрицательный.

Эхо-КГ: толщина задней стенки левого желудочка (ТЗСЛЖ) – 1,1 см, толщина межжелудочковой перегородки (ТМЖП) – 1,1 см. Размер левого предсердия – 4,2 см. Конечный систолический размер левого желудочка (КСРЛЖ) – 2,4 см. Конечный диастолический размер левого желудочка (КДРЛЖ) – 5 см. Фракция выброса левого желудочка (ФВ) – 52 %. Гипокинез

нижней стенки левого желудочка. Трансмитральный диастолический поток с преобладанием предсердной систолы ($E/A=0,8$).

Вопросы:

1. Сформулируйте клинический диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Какие лекарственные препараты следует назначить пациенту? Назовите препараты, обоснуйте их назначение.
4. Показана ли пациенту консультация врача-кардиохирурга? Обоснуйте Ваш ответ.
5. Проведите экспертизу трудоспособности и решите вопрос санаторно-курортного лечения. Обоснуйте Ваш ответ.

ЭТАЛОН ОТВЕТА СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 2

1. ИБС. Стенокардия напряжения стабильная 3 ФК. Постинфарктный (дата) кардиосклероз. ХСН 1 стадия, 1 ФК.

2. Диагноз «ИБС. Стенокардия напряжения стабильная 3 ФК» установлен на основании жалоб больного (сжимающие боли за грудиной, возникающие при ходьбе через 300 метров при подъёме на второй этаж, исчезающие в покое или после приёма Нитроглицерина).

Диагноз «постинфарктный кардиосклероз» поставлен на основе данных анамнеза (лечился в стационаре по поводу инфаркта миокарда), данных ЭКГ (патологический зубец Q в отведениях II, III, AVF, сегмент ST на изолинии, зубец T слабо отрицательный свидетельствуют о старом инфаркте с зубцом Q нижней стенки левого желудочка), данных Эхо-КГ (гипокинез нижней стенки).

ХСН I стадия установлена на основании диастолической дисфункции миокарда левого желудочка по гипертрофическому типу (трансмитральный диастолический поток с преобладанием предсердной систолы: $E/A=0,8$) и дилатации левого предсердия. ХСН I ФК установлен по шкале оценки клинического состояния (ШОКС по Марееву) (1 балл, то есть менее 3,5 баллов).

3. Необходимо назначить статины (Аторвастатин 20-40 мг или Розувастатин 10-20 мг в сутки) (целевой уровень ХС ЛПНП – менее 1,8 ммоль/л), ингибиторы АПФ или сартаны (с целью замедления прогрессирования ХСН), два антиагреганта (Аспирин 75-100 мг/сут + Клопидогрель 75 мг/сут) на 1 год (через год продолжить приём Аспирина 75-100 мг/сут), бета-адреноблокаторы под контролем ЧСС (целевой уровень ЧСС – 60 ударов в минуту в покое и 110 ударов в минуту при физической нагрузке), так как эти группы препаратов снижают риск развития повторного инфаркта, замедляют прогрессирование ХСН, снижают риск внезапной смерти и улучшают долгосрочный прогноз.

Для уменьшения частоты приступов стенокардии и улучшения переносимости физических нагрузок необходимо назначить к бета-блокатору 1-2 препарата из группы антиангинальных лекарственных средств таких, как антагонисты кальция, пролонгированные нитраты, Триметазидин, Ранолазин.

Для купирования приступов стенокардии необходимо назначить Нитроглицерин в таблетках или спрее.

4. Учитывая наличие стенокардии 3 ФК, при отсутствии эффекта от антиангинальных препаратов, при согласии пациента на хирургическое вмешательство показаны консультация врача-сердечно-сосудистого хирурга и коронароангиография.

5. Больной временно нетрудоспособен. Ориентировочный срок временной нетрудоспособности – до 4 месяцев (необходимо продление листка нетрудоспособности врачебной комиссией с периодичностью 15 дней). После окончания срока временной нетрудоспособности необходимо направить пациента на МСЭ. Работа водителя автобуса связана со значительным эмоциональным напряжением и большим риском для жизни других людей при внезапном её прекращении и поэтому противопоказана для данного пациента с постинфарктным кардиосклерозом. Пациент может выполнять работу с умеренным эмоциональным или незначительным физическим напряжением. Пациент ограниченно трудоспособен (ограничение

трудоспособности 1 степени, ограничение способности к передвижению 1 степени), необходимо направить на МСЭ (2 группа инвалидности).

Санаторно-курортное лечение противопоказано, так как постинфарктный кардиосклероз в сочетании со стенокардией 3 ФК является противопоказанием к санаторно-курортному лечению.

Тема №4: Экспертиза стойкой нетрудоспособности СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 1

Больной К. 53 лет, водитель автобуса, жалуется на общую слабость, быструю утомляемость, снижение аппетита, периодически тошноту, тяжесть в правом подреберье, увеличение живота, склонность к запорам. Считает себя больным в течение года, когда стал отмечать общую слабость, тяжесть в правом подреберье, снижение аппетита. Похудел на 7 кг за последние 6 месяцев. В течение последних 2 месяцев появилось увеличение живота. Злоупотребляет алкоголем в течение 20 лет. Общее состояние средней степени тяжести. Питание умеренное. Кожа бледновато-серого цвета, небольшая желтушность. Единичные сосудистые звёздочки на груди. В лёгких дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧД – 18 в минуту. Тоны сердца приглушены, ритм правильный, ЧСС – 76 в минуту. АД – 120/80 мм рт.ст. Живот несколько увеличен в объёме, мягкий, умеренно болезненный в правом подреберье. Печень +3 см из-под края рёберной дуги, поверхность гладкая, край закруглён, плотный, умеренно болезненный при пальпации. Размеры печени по Курлову – 15×12×10 см. Размеры селезёнки – 12×8 см. В боковых отделах живота перкуторно определяется наличие свободной жидкости. Анализ крови: гемоглобин – 130 г/л; лейкоциты – 4,5×10⁹/л, эозинофилы – 1%, нейтрофилы – 77%, лимфоциты – 26%. СОЭ – 33 мм/час. Анализ мочи: удельный вес – 1019, белок (–), лейкоциты – 1-2 в поле зрения. Биохимические анализы крови: АСТ – 52 ЕД/л, АЛТ – 48 ЕД/л, тимоловая проба – 12 ЕД, общий холестерин – 4,0 ммоль/л, билирубин общий – 36 ммоль/л, прямой – 27 ммоль/л, не прямой – 9 ммоль/л, общий белок – 64 г/л, альбумины – 45% (29 г/л), глобулины: альфа-1 – 6%, альфа-2 – 16%, бета – 14 %, гамма – 26%. Протромбиновый индекс – 70%. Анализ крови на маркеры вирусов: Нbs антиген, Нbe антиген, антитела к Нbc антигену вируса В, антитела к вирусу С не обнаружены. ЭФГДС: пищевод свободно проходим, расширение вен нижней трети пищевода до 4 мм в диаметре, слизистая желудка бледноватая, рельеф несколько сглажен, двенадцатиперстная кишка без особенностей. Заключение: варикозное расширение вен нижней трети пищевода. УЗИ органов брюшной полости: диффузные изменения печени, гепато- и спленомегалия, расширение портальной вены, наличие свободной жидкости.

Вопросы:

1. Сформулируйте клинический диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Где может лечиться пациент (в поликлинике или стационаре)? Обоснуйте ответ. Назовите показания к госпитализации в стационар.
4. Дайте рекомендации по лечению пациента, обоснуйте выбор препаратов.
5. Проведите экспертизу трудоспособности, решите вопрос о санаторно-курортном лечении. Обоснуйте Ваше решение.

ЭТАЛОН ОТВЕТА СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 1

1. Цирроз печени алкогольный, быстро прогрессирующее течение, активность 2 степени, субкомпенсированный (класс В по Чайлд-Пью): печёчно-клеточная недостаточность 2 степени, портальная гипертензия 2 стадии (умеренное расширение варикозных вен пищевода, асцит, спленомегалия).
2. Диагноз «цирроз печени алкогольный» поставлен на основании жалоб (общая слабость, быстрая утомляемость, снижение аппетита, периодически тошнота, тяжесть в правом подреберье, увеличение живота), анамнеза (злоупотребляет алкоголем) и отсутствия маркеров вирусного поражения печени. Быстро прогрессирующее течение – на основании похудения и быстрого нарастания симптомов. Активность 2 степень – на основании лабораторных синдромов цитолиза (повышены АСТ и АЛТ до 1 степени активности, билирубин – до 2) и иммунного воспаления (повышены тимоловая проба и гамма-глобулины – до 2 степени активности). Индекс тяжести по Чайлду-Пью класс В – по сумме баллов (характеризующих уровень билирубина, протромбинового индекса, альбумина, наличия энцефалопатии и асцита). Сумма баллов составила 8. (Класс А – 5-6 баллов; класс В – 7-9 баллов; класс С – 10 и более). Печёчно-клеточная недостаточность 2 степени – на основании снижения уровня альбуминов, холестерина и протромбинового индекса. Портальная гипертензия 2 стадии – на

основании наличия асцита и спленомегалии (по данным осмотра и УЗИ), варикозных вен пищевода (по данным ЭФГДС).

3. Показана госпитализация больного в стационар, так как активность 2 степени, появился асцит. Показаниями к госпитализации являются: класс тяжести по Чайлд-Пью В и С; подозрение на кровотечение из варикозных вен пищевода; гепаторенальный синдром; асцит, осложнённый нарушением дыхания; энцефалопатия III и IV стадии, а также II стадии при невозможности адекватно осуществлять лечение и наблюдение в амбулаторных условиях.

4. В первую очередь необходим отказ от алкоголя, так как этиологическое лечение является приоритетным. Необходимо назначение гепатопротекторов, предпочтительно Гептрала, так как эффект этого препарата при алкогольном циррозе доказан. Лечение асцита должно включать ограничение поваренной соли до 2 г в сутки, диуретики (Верошпирон или Эплеренон по 100 мг/сутки, Торасемид 5-20 мг/сутки) под контролем ежедневной оценки массы тела (критерием эффективности и безопасности диуретической терапии является снижение массы тела на 500-600 г в сутки). По мере уменьшения асцита дозу диуретиков необходимо снижать до поддерживающей. Учитывая склонность к запорам, необходимо назначить Лактулозу (в среднем 30-60 мл/сутки) с индивидуальным подбором дозы (до частоты стула 2-3 раза в сутки). Для уменьшения диспепсических проявлений – ферментные препараты (Панкреатин, Креон, Мезим) во время приёма пищи. При появлении симптомов энцефалопатии – ограничение белка в рационе питания до 1 г/кг массы тела

5. Учитывая медицинские критерии (активность цирроза, наличие печёчно-клеточной недостаточности 2 степени, портальной гипертензии 2 стадии) и социальные критерии (работа водителя автобуса противопоказана, так как связана с вибрацией и значительным эмоциональным напряжением) больной временно нетрудоспособен (ориентировочный срок временной нетрудоспособности 30-45 дней). После окончания временной нетрудоспособности (но не позднее чем через 4 месяца) необходимо направить больного на медико-социальную экспертизу (больной ограничено трудоспособен, снижение способности к трудовой деятельности 1 степени) для определения 3 группы инвалидности. Санаторно-курортное лечение противопоказано, так как есть активность процесса, печёчно-клеточная недостаточность и портальная гипертензия.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 2

Женщина 35 лет, бухгалтер, обратилась к врачу-терапевту участковому с жалобами на общее недомогание, слабость, похудание на 5 кг за 3 месяца, мигрирующие боли в межфаланговых суставах кистей и голеностопных суставах, красные пятна неправильной формы на лице, субфебрильную температуру тела. Считает себя больной около 6 месяцев. Начало заболевания постепенное. Появились боли в межфаланговых суставах, их припухлость и гиперемия, поочерёдно на правой и левой кисти. Постепенно присоединились слабость, недомогание. За медицинской помощью не обращалась. 2 месяца назад (июль) - отдых в Таиланде. После возвращения отметила ухудшение самочувствия: усилилась слабость, присоединились боли в голеностопных суставах, стала худеть без видимой причины, повысилась температура тела до 37,5°C, без ознобов. Отметила наличие красных пятен на лице, долгое время считала их последствиями загара. Во время очередного планового медосмотра выявлены анемия и изменения в моче, в связи с чем обратилась к врачу-терапевту участковому.

При осмотре: кожные покровы и видимые слизистые бледные, «сосудистая бабочка» в области переносицы и щек неправильной формы, волосы тусклые, ломкие, имеются участки облысения. Подкожно-жировая клетчатка практически отсутствует. Отеков нет. Пальпируются подчелюстные, подмышечные, паховые лимфоузлы 0,5-1 см в диаметре, мягкой консистенции, безболезненные при пальпации. Тонус и сила мышц в норме, одинаковые с обеих сторон. Части скелета пропорциональны, кости при пальпации и поколачивании безболезненны. Отмечается припухлость проксимальных и дистальных межфаланговых суставов кистей и голеностопных суставов, болезненность при движениях в них, местная гиперемия.

Грудная клетка нормостеничная, симметричная, равномерно участвует в дыхании. Перкуторно над лёгкими ясный лёгочный звук. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Пульс ритмичный, 78 в минуту, АД - 120/80 мм рт. ст. Верхушечный толчок визуально и пальпаторно не определяется. Границы относительной сердечной тупости: правая - на 0,5 см от правого края грудины, верхняя - нижний край III ребра, левая - на 1 см кнутри от среднеключичной линии. Аускультативно: тоны глухие, ритмичные, ЧСС - 78 в минуту. Отёчность и гиперемия красной каймы губ.

Живот симметричный, мягкий, безболезненный во всех отделах при поверхностной и глубокой пальпации. Печень не увеличена. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон, почки не пальпируются, пальпация в их проекции безболезненна.

Лабораторно. Общий анализ крови: гемоглобин - 100 г/л, эритроциты - $2,9 \times 10^{12}$ /л, цветовой показатель - 0,9; лейкоциты - $2,7 \times 10^9$ л, эозинофилы - 4%, палочкоядерные нейтрофилы - 3%, сегментоядерные - 52%, лимфоциты - 35%, моноциты - 6%; СОЭ - 30 мм/ч, тромбоциты - 98×10^9 .

Общий анализ мочи: светло-жёлтая, прозрачная, pH кислая, удельный вес - 1,016; белок - 0,3 г/л, сахар - нет, лейкоциты - 1-2 в поле зрения, эпителий почечный - 2-4 в поле зрения, эритроциты - 3-4 в поле зрения, цилиндры гиалиновые - 5-8 в поле зрения, цилиндры восковидные - 2-3 в поле зрения, соли - нет.

Биохимическое исследование крови: билирубин общий - 38,8 мкмоль/л, прямой - 8,2, непрямой - 30,6 мкмоль/л, креатинин - 0,09% ммоль/л, глюкоза - 4,3 ммоль/л, АСТ - 10,0 ммоль/л, АЛТ - 19,0 ммоль/л, холестерин - 4,0 ммоль/л, калий - 3,9 ммоль/л, общий белок - 86 г/л, альбумины - 45%, α_1 - 3,5%, α_2 - 10,5%, β - 13,6%, γ - 27,4%, фибриноген - 6,2 г/л, СРБ - + + +, серомукоид - 0,32 г/л.

Обнаружены антитела к ДНК, антинуклеарный фактор, 6 LE-клеток на 1000 лейкоцитов.

ЭКГ: ритм синусовый, ЧСС - 64 удара в минуту. Электрическая ось отклонена влево. Диффузные дистрофические изменения миокарда левого желудочка. Рентгенография органов грудной клетки: без патологии. Рентгенография суставов кистей и голеностопных суставов: патологических изменений не выявлено.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
4. Составьте план лечения данного пациента. Обоснуйте свой выбор.
5. Определите прогноз и трудоспособность пациента.

ЭТАЛОН ОТВЕТА СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 2

1. СКВ, подострое течение, активность III ст. Артрит пястнофаланговых и межфаланговых суставов кистей. Анемия лёгкой степени тяжести, нормохромная.

2. Диагноз поставлен на основании выделенных синдромов: кожный, суставной, лихорадочный, лимфоаденопатии, анемический, мочевоый.

3. Пациенту рекомендовано: ЭхоКГ (выявление поражения сердца), определение СКФ расчётным методом (определение ХПН и ХБП), биопсия почки (золотой стандарт диагностики). Иммуноблоттинг на системные иммунные маркеры, Sm антиген, антифосфолипидные антитела.

4. Госпитализация в профильное отделение. Диета с высоким содержанием полиненасыщенных жирных кислот, кальция, вит. Д. Цитотоксические препараты (Циклофосфамид 1 г/м² болюсом ежемесячно не менее 6 мес. или Метотрексат 15 мг/нед. подкожно), ГК (высокие дозы, пульс-терапия), НПВП, плазмаферез, генно-инженерные биологические препараты (Ритуксимаб или Оренсия).

5. Прогноз относительно благоприятный: возможно достижение стойкой клинико-лабораторной ремиссии при пожизненной поддерживающей терапии. Необходимо определение группы инвалидности (II)

Тема №5: Респираторные инфекции в амбулаторной практике

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 1

Больной Т. 21 года обратился в поликлинику на 5 день болезни с жалобами на головную боль в лобной области, небольшое головокружение, светобоязнь, озноб, заложенность носа с обильными слизисто-серозными выделениями из носовых ходов. Заболевание началось остро: температура тела поднялась до 38 °С, появились умеренная головная боль, боли в глазных яблоках, светобоязнь, слезотечение, жжение в глазах, сильный насморк, боли в горле при глотании. На следующий день и все последующие дни температура тела до 40 °С. Заболевание связывает с переохлаждением.

При осмотре больного температура тела 38 °С, вялый. Общее состояние средней тяжести. Носовое дыхание затруднено, обильные серозно-слизистые выделения из носовых ходов. Веки отёчны. Конъюнктивы обоих глаз резко гиперемированы. Выявлены умеренная гиперемия дужек, язычка, миндалин и умеренная гиперемия и зернистость задней стенки глотки. Миндалины не увеличены. Пальпируются мягкие, безболезненные подчелюстные, шейные и подмышечные лимфатические узлы. В лёгких при аускультации жёсткое дыхание, хрипы не выслушиваются. Пульс – 102 удара в минуту, ритмичный, удовлетворительного наполнения. Тоны сердца отчётливые. Язык чистый, влажный. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезёнка не пальпируются. Менингеальных симптомов нет.

Лабораторная диагностика. Кровь: эритроциты – 3,541012/л, Нв – 116 г/л, лейкоциты – 7,84109/л, эозинофилы – 1%, палочкоядерные – 8%, сегментоядерные – 53%, лимфоциты – 36%, моноциты – 2%. Моча: без патологии. Рентгенография грудной клетки – без патологии.

Вопросы:

1. Сформулируйте и обоснуйте предварительный диагноз.
2. Назовите заболевания, с которыми необходимо провести дифференциальную диагностику.
3. Составьте план обследования.
4. Составьте план лечения.
5. Какова тактика врача-терапевта участкового?

ЭТАЛОН ОТВЕТА СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 1

1. Аденовирусная инфекция, фарингоконъюнктивальная лихорадка, среднетяжёлое течение.

Диагноз установлен на основании жалоб на лихорадку 40°C, умеренную головную боль, боли в глазных яблоках, светобоязнь, слезотечение, жжение в глазах, сильный насморк, боли в горле при глотании; данных объективного осмотра: лихорадку 40°C, носовое дыхание затруднено, обильные серозно-слизистые выделения из носовых ходов, конъюнктивы обоих глаз резко гиперемированы, умеренная гиперемия дужек, язычка, миндалин и умеренная гиперемия и зернистость задней стенки глотки, пальпируются мягкие, безболезненные подчелюстные, шейные и подмышечные лимфатические узлы.

2. Дифференциальную диагностику проводят с ОРВИ другой этиологии, дифтерией ротоглотки, дифтерией глаза, ангиной, инфекционным мононуклеозом.

3. Методы экспресс-диагностики представлены РИФ, ПЦР, ИФА. Также применяют серологические методы: РТГА и РСК.

4. Лечение симптоматическое (жаропонижающие, витаминные препараты, десенсибилизирующая терапия). При конъюнктивите - 30 Сульфацил-натрия.

5. Необходимости госпитализации данного пациента нет (госпитализируют лиц, живущих в общежитиях, домах престарелых, детских домах, а также лиц с тяжёлым течением болезни и тяжёлыми осложнениями). Посылка экстренного извещения в ГЦСЭН. В очаге проводят текущую дезинфекцию, больных - изолируют. Детей разобщают в коллективах не менее 10 дней.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 2

Больной Д. 34 лет вызвал врача-терапевта участкового на дом. Беспокоит повышение температуры до 39 °С, выраженная слабость, головная боль, боли в мышцах, чувство ссадения за грудиной. Заболел вчера вечером. Работает инженером в конструкторском бюро. Месяц назад на работе проходила вакцинация от гриппа, от прививки отказался. Вместе с пациентом проживает беременная жена (срок беременности 24 недели) и дочь 5 лет. При осмотре: температура 38,5 °С, лицо гиперемировано, инъекция склер и мягкого нёба. В лёгких дыхание везикулярное. Тоны сердца громкие, ритмичные. Пульс - 86 ударов в минуту. АД - 110/70 мм рт. ст. Живот безболезненный.

Вопросы:

1. Сформулируйте клинический диагноз.
2. Назначьте план обследования в условиях поликлиники.
3. Составьте программу лечения.
4. Проведите экспертизу утраты трудоспособности
5. Каковы диспансерное наблюдение и профилактика при данной патологии?

ЭТАЛОН ОТВЕТА СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 2

1. Диагноз «грипп, средней степени тяжести».

2. Учитывая то, что специфических изменений в лабораторных показателях при гриппе, как правило, не наблюдается, общеклиническое обследование не назначается. Вирусологическое обследование по распоряжению Роспотребнадзора.

3. Программа лечения: режим домашний с ограничением физической нагрузки. Обильное тёплое питьё. Влажные обтирания с гигиенической целью. После нормализации температуры гигиенический душ. Питание легкоусвояемыми продуктами. Исключить алкоголь, курение, горячее, холодное, острое, газированные напитки; медикаментозная терапия. По рекомендации экспертов ВОЗ как можно раньше, без лабораторного подтверждения этиологии заболевания, показана противовирусная терапия, что позволит сократить сроки заболевания, предотвратить развитие осложнений; препараты выбора - ингибиторы нейраминидазы озельтамивир - Тамифлю (75 мг 1 раз в сутки) или занамивир (Реленза по

2 ингаляции 1 блистер по 5 мг на ингаляцию в общей дозе 10 мг дважды в день), имидазолилэтанамид пентационон-овой кислоты (Ингавирин 90 мг в сутки). Препараты адамантанового ряда (Ремантадин) не показаны из-за нечувствительности к ним основных штаммов вируса гриппа. При температуре тела более 38,5°C – Парацетамол 0,5 г (до 2 г в сутки). При появлении симптомов ринита – топические деконгестанты не более 5 дней (Ксилотетезолин, Оксиметазолин, Нафазолин).

4. Больной нетрудоспособен, так как является источником вирусной инфекции и по состоянию здоровья не может выполнять профессиональные обязанности. Выдается листок нетрудоспособности на 5 дней с последующими осмотрами и решением вопроса о восстановлении трудоспособности.

5. Пациенты, перенёвшие грипп, при отсутствии осложнений диспансерному наблюдению не подлежат.

Тема №6: Бронхообструктивный синдром в практике врача-терапевта

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 1

Женщина 34 лет страдающая бронхиальной астмой, пришла на очередной диспансерный осмотр к участковому терапевту. В течение последних 4 месяцев состояние больной стабильное, получает базисную терапию: низкие дозы ингаляционных ГКС и длительно действующий β₂-агонист (флутиказона пропионат 100 мкг + сальметерол 50 мкг (в виде комбинированного ингалятора) 2 раза в день), по потребности сальбутамол 1 раз в 2-3 недели. Жалоб не предъявляет, приступы астмы редкие (1 раз в 2-3 недели), ночных приступов нет, ограничения физической активности не отмечает. При осмотре: состояние удовлетворительное, телосложение нормостеническое. ИМТ – 22 кг/м². Кожные покровы чистые, обычной окраски. В лёгких – дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД – 16 в минуту. Тоны сердца ясные, ритмичные. ЧСС – 72 в минуту, АД – 120/80 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезёнка не увеличены. Дизурии нет. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный. Периферических отёков нет. Общий анализ крови – без патологии. При спирометрии – ОФВ₁=85%.

Вопросы:

1. Сформулируйте диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Определите тактику ведения пациентки. Обоснуйте свой ответ.
4. Составьте план диспансерного наблюдения.
5. Показано ли пациентке направление в бюро медико-социальной экспертизы?

ЭТАЛОН ОТВЕТА СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 1

1. Бронхиальная астма, среднетяжёлое течение, контролируемая.
2. Диагноз «бронхиальная астма» у больной установлен по анамнезу (она состоит на диспансерном учёте по этому заболеванию, принимает контролирующую терапию). Степень тяжести установлена на основании того, что у пациентки астма контролируется на фоне терапии в объёме 3-й ступени (низкие дозы ингаляционных глюкокортикоидов в комбинации с длительно действующими β₂-агонистами). Можно отметить, что в последних международных рекомендациях определение степени тяжести на фоне терапии не рассматривается. Уровень контроля определён на основании следующих критериев: симптомы астмы возникают менее 2 раз в неделю, ночных симптомов нет, использование препаратов для неотложной помощи (Сальбутамол) менее 2 раз в неделю, активность не нарушена.
3. Больной рекомендовано уменьшить объём контролирующей терапии, перейти на 2-ю ступень в связи с тем, что контроль над астмой сохраняется в течение более 3 месяцев. Предпочтительным является уменьшение кратности приема Флутиказона и Сальметерола до 1 раза в сутки, полная отмена длительно действующих β₂-агонистов сопряжена с более высоким риском декомпенсации бронхиальной астмы. Контрольный осмотр после изменения терапии через 1 месяц.
4. Пациенту с бронхиальной астмой средней степени тяжести показан осмотр врачом-терапевтом участковым 1 раз в 3 месяца, врачами пульмонологом и аллергологом 1 раз в 6 месяцев, другими специалистами (врачи оториноларинголог, стоматолог, психотерапевт) по показаниям. Рекомендовано проведение следующих диагностических исследований: антропометрия, клинический анализ крови, крупнокадровая флюорография, глюкоза крови, иммуноглобулин Е общий сыворотки крови, общий анализ мокроты с исследованием на микобактерии туберкулеза, спирометрия. Возможными (не обязательными) являются исследование оксида азота в выдыхаемом воздухе и бактериологическое исследование мокроты с определением чувствительности к антибиотикам (при наличии).
5. Направление в бюро медико-социальной экспертизы пациентке не показано, т. к. у неё отсутствуют признаки стойкой утраты трудоспособности: нет нарушений основных функций организма, в

частности нет признаков дыхательной недостаточности, сохранена способность к основным категориям жизнедеятельности человека (активность больной не ограничена из-за астмы).

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 2

Пациент 57 лет жалуется на кашель с выделением небольшого количества слизистой мокроты, одышку при незначительной физической нагрузке (подъем на 1 этаж, ходьба в умеренном темпе), сердцебиение, слабость, утомляемость. Выраженность симптомов по «Оценочному тесту по ХОБЛ» (САТ) 28 баллов. Курит по 1 пачке сигарет в день в течение 37 лет, индекс курильщика=37. Кашель в течение многих лет с мокротой по утрам. Часто отмечал субфебрильную температуру. 3 года назад появилась постепенно усиливающая одышка, отеки на голенях. При усилении одышки применяет беродуал. В последние годы участились обострения в связи с простудой до 2-3 раз в год. В прошлом году один раз был госпитализирован в стационар с обострением.

Объективно: гиперстенического телосложения, повышенного питания. ИМТ – 29 кг/м². Выраженный диффузный цианоз. Грудная клетка обычной конфигурации. При перкуссии лёгочный звук, в нижних отделах с коробочным оттенком. Дыхание жёсткое, с удлинённым выдохом, рассеянные сухие свистящие хрипы. ЧД – 24 в минуту. Границы сердца расширены вправо, акцент 2 тона над лёгочной артерией. ЧСС – 86 ударов в минуту. АД 130/80 мм рт.ст. Шейные вены в положении лёжа набухают. Печень на 2 см ниже края реберной дуги. На ногах отеки. Общий анализ крови: эритроциты – $4,8 \cdot 10^9$ /л, Hb – 168 г/л, лейкоциты – $6,1 \cdot 10^9$ /л (лейкоцитарная формула – без особенностей), СОЭ – 15 мм/ч. Спирометрия: ОФВ1=30,0% от должного, ОФВ1/ФЖЕЛ=0,6. Пульсоксиметрия: SaO₂=87%. ЭКГ – признаки гипертрофии правого желудочка и правого предсердия. Рентгенография органов грудной клетки: лёгочный рисунок усилен, деформирован. Корни деформированы, уплотнены.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Назначьте медикаментозную терапию. Обоснуйте свой ответ.
4. Составьте план диспансерного наблюдения.
5. Проведите экспертизу нетрудоспособности.

ЭТАЛОН ОТВЕТА СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 1

1. ХОБЛ, бронхитический тип, крайне тяжёлая бронхиальная обструкция (GOLD 4), с выраженными симптомами (САТ – 28), высокий риск обострений, (группа D). Хроническое лёгочное сердце. ДН 3 ст. ХСН IIБ, ФК III (NYHA).

2. Диагноз «ХОБЛ» установлен на основании жалоб на кашель с выделением мокроты и одышку, наличии в анамнезе фактора риска (курение), наличии признаков бронхиальной обструкции (сухие свистящие хрипы, снижение ОФВ1/ФЖЕЛ <0.7 и снижение ОФВ1), рентгенологических данных. Степень тяжести бронхиальной обструкции установлена на основании данных спирометрии (ОФВ1=30% от должных значений), риск обострений установлен данных спирометрии (ОФВ1=30% от должных значений) и анамнеза предшествующих обострений (1 госпитализация по поводу обострения в прошлом году). Совокупность этих признаков соответствует клинической группе D (выраженные симптомы, высокий риск). Бронхитический тип установлен на основании жалоб и данных рентгенографии органов грудной клетки, характерных для хронического бронхита. Диагноз «лёгочное сердце» поставлен на основании данных ЭКГ и клинических признаков правожелудочковой недостаточности (увеличение печени, отеки нижних конечностей, набухание шейных вен), стадия сердечной недостаточности – на основании симптомов (отёки на ногах, увеличение печени, набухание шейных вен), ЭКГ. Степень дыхательной недостаточности определена на основании выраженности одышки (при незначительной физической нагрузке) и данных пульсоксиметрии.

3. Поскольку пациент относится к группе D, ему предпочтительно показан один из вариантов лечения:

- 1) комбинированная терапия ингаляционными глюкокортикоидами и длительно -действующими бета-агонистами (например, Флютиказон 500 мкг + Сальметерол 50 мкг или Будесонид 320 мкг + Формотерол 9 мкг – по 2 ингаляции в сутки);
- 2) длительно-действующие антихолинергические препараты (например, Тиотропия бромид 18 мкг 1 ингаляция в сутки), либо
- 3) их комбинация. Альтернативной терапией является комбинация ингаляционного глюкокортикоида + длительно-действующего бета-агониста с ингибитором фосфодиэстеразы-4

(Рофлумиласт таблетки 0,5 мг 1 раз в день), либо комбинация длительно-действующего антихолинергического препарата с ингибитором фосфодиэстеразы-4, либо комбинация длительно-действующего антихолинергического препарата с длительно-действующим бета-агонистом. Возможно назначение короткодействующих бронхолитиков бета-агонистов (например, Формотерол) или антихолинергических средств (например, Ипратропия бромид) по требованию. Для лечения ХСН следует назначить ингибитор АПФ (например, Лизиноприл 5 мг/сут) или блокатор рецепторов ангиотензина (например, Кандесартан 8 мг/сут), бета-блокатор (один из 4 возможных препаратов – Метопролола сукцинат, Бисопролол, Карведилол или Небиволол в очень низких дозах, например, Бисопролол 1,25 мг/сут) и диуретики (Торасемид 2,5-5 мг/сут).

4. Пациенту с ХОБЛ крайне тяжёлого течения показан осмотр участковым терапевтом 1 раз в 3 месяца, пульмонологом 1 раз в 6 месяцев, другими специалистами (оториноларинголог, стоматолог, психотерапевт) по показаниям.

Рекомендовано проведение следующих диагностических исследований: антропометрии, крупнокадровая флюорографии, ЭКГ, клинического анализа крови, общего анализа мокроты с исследованием на микобактерии туберкулеза, посева мокроты на флору и чувствительность к антибиотикам, спирометрии с исследованием обратимости бронхиальной обструкции, пульсоксиметрии, теста с 6-минутной ходьбой. Дополнительно (необязательные исследования) показано исследование углекислого газа в выдыхаемом воздухе, исследование оксида азота в выдыхаемом воздухе.

5. Пациенту показано направление в бюро медико-социальной экспертизы, так как у него имеются признаки стойкой утраты трудоспособности: выраженные нарушения функции дыхания (ДН 3 ст.) и функции кровообращения (ХСН IIБ ст.), а также нарушение способностей к передвижению и самообслуживанию 1 степени.

Тема №7: Внебольничные пневмонии в амбулаторной практике

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 1

Мужчина 44 лет с жалобами на повышение температуры тела, ознобы, кашель с небольшим количеством мокроты. Считал себя полностью здоровым до последней недели, когда появилась заложенность носа, насморк и небольшая боль в горле. К врачу не обращался, лечился самостоятельно противостудными безрецептурными препаратами («Фервекс»). Прошлой ночью отметил внезапное повышение температуры тела до 39°C, озноб, выраженную общую слабость и появился кашель, вначале сухой, затем – с небольшим количеством светлой мокроты, а также боли в правой половине грудной клетки. Наличие хронических заболеваний отрицает. Курит по 1 пачке сигарет в течение 15 лет, аллергические реакции отрицает.

Объективно: температура тела 37,8°C, кожные покровы чистые. Перкуторный звук укорочен справа в нижних отделах, дыхание справа ниже угла лопатки бронхиальное, мелкопузырчатые хрипы в конце вдоха в этой области, а также усиление голосового дрожания и бронхофонии, частота дыхания 22 в минуту, сатурация периферической крови кислородом 99%. Сердечно-сосудистая система без отклонений от нормы, ЧСС – 80 уд. в минуту, АД – 120/72 мм.рт.ст. Живот мягкий, безболезненный, периферических отёков нет.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Какие исследования требуются для подтверждения диагноза?
3. Проведите оценку прогноза и осуществите выбор места лечения пациента.
4. Сформулируйте план лечения.
5. Опишите методы профилактики данного заболевания.

ЭТАЛОН ОТВЕТА СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 1

1. Внебольничная правосторонняя нижнедолевая пневмония, нетяжёлая.
2. Критериями диагноза «пневмония» являются рентгенологически подтвержденная очаговая инфильтрация легочной ткани плюс по меньшей мере, два клинических признака из числа следующих: острая лихорадка в начале заболевания (температура тела >38,0°C); кашель с мокротой; физикальные признаки уплотнения легочной ткани (фокус крепитации и/или мелкопузырчатые хрипы, бронхиальное дыхание, укорочение перкуторного звука); лейкоцитоз >10×10⁹/л и/или палочкоядерный сдвиг (>10%). Таким образом, для подтверждения диагноза «пневмония» у данного пациента требуется выполнение рентгенографии легких в передне-задней и правой боковой проекциях. Также

возможно выполнение общего анализа крови для идентификации лейкоцитоза и/или палочкоядерного сдвига.

3. Прогноз летального исхода внебольничной пневмонии следует определять с использованием прогностических шкал PORT PSI, CURB-65 или CRB-65. В Российской Федерации в амбулаторных условиях рекомендована шкала CRB-65: спутанность сознания (+1), частота дыхательных движений ≥ 30 в минуту (+1), САД < 90 мм.рт. ст. или ДАД ≤ 60 мм рт. ст. (+1), возраст ≥ 65 лет (+1). Таким образом, по CRB-65 пациент набирает 0 баллов, что соответствует риску летального исхода менее 1,2%. Пациенту показано амбулаторное лечение.

4. Пациенту показано амбулаторное антибактериальное лечение. Пациент относится к первой клинико-эпидемиологической группе: внебольничная пневмония нетяжелого течения у лиц без сопутствующих заболеваний, не принимавших в последние 3 месяца antimicrobных препаратов. Для лечения этой группы препаратами выбора являются амоксициллин внутрь или макролиды с улучшенными фармакокинетическими свойствами (Азитромицин, Кларитромицин) или благоприятным профилем безопасности и минимальной частотой лекарственных взаимодействий (Джозамицин, Спирамицин). Первоначальная оценка эффективности терапии должна проводиться через 48-72 часов после начала лечения. Основными критериями эффективности в эти сроки являются снижение температуры, уменьшение симптомов интоксикации, уменьшение одышки и других проявлений дыхательной недостаточности. Если у пациента сохраняется высокая лихорадка и интоксикация или симптоматика прогрессирует, то лечение следует признать неэффективным. В этом случае необходимо пересмотреть тактику антибактериальной терапии и повторно оценить целесообразность госпитализации пациента. Антибактериальная терапия может быть завершена при стойкой нормализации температуры тела на протяжении 3-4 дней, при таком подходе длительность лечения составляет 7-10 дней.

5. Для профилактики пневмонии используются пневмококковая вакцина, которая вводится однократно, и гриппозная вакцина, которая вводится ежегодно, оптимальное время для проведения вакцинации - октябрь-первая половина ноября. В РФ используется 23-валентная неконъюгированная вакцина, содержащая очищенные капсулярные полисахаридные антигены 23 серотипов *S.pneumoniae* и 13-валентная пневмококковая конъюгированная вакцина. Вакцинация пневмококковой вакциной рекомендуется группам лиц с высоким риском развития инвазивных пневмококковых инфекций. Введение гриппозной вакцины с целью профилактики внебольничной пневмонии, рекомендуется при наличии высокого риска осложненного течения гриппа. При наличии показаний обе вакцины (пневмококковая и гриппозная) могут вводиться одновременно.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 2

Мужчина 51 года, инженер, обратился к врачу-терапевту участковому с жалобами на слабость, кашель с выделением небольшого количества слизисто-гнойной мокроты, повышение температуры до 38,5 °С. Заболел 2 дня назад, когда после переохлаждения появилась слабость, сухой кашель, повысилась температура до 38 °С.

В анамнезе с 48 лет сахарный диабет 2 типа, контролируется только диетой. Другие хронические заболевания отрицает. Контакт с больными туберкулезом не было. Курит до 1 пачки сигарет в день

около 30 лет.

При осмотре: состояние относительно удовлетворительное. ИМТ - 28 кг/м². Кожные покровы обычной окраски, влажные. Температура 38,5 °С. Периферические лимфоузлы не увеличены. ЧД - 18 в минуту. В лёгких перкуторно справа ниже угла лопатки незначительное укорочение звука. Аускультативно везикулярное дыхание, справа ниже угла лопатки дыхание ослабленное, там же выслушивается звучная крепитация. Пульс - 95 в минуту, ритмичный. АД - 120/80 мм рт. ст. Тоны сердца ритмичные, приглушены. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезёнка не увеличены. Дизурии нет. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный. Периферических отёков нет.

Общий анализ крови: эритроциты - $5,4 \times 10^{12}/л$, лейкоциты - $10,2 \times 10^9 /л$, эозинофилы - 2%, палочкоядерные нейтрофилы - 2%, сегментоядерные нейтрофилы - 71%, лимфоциты - 22%, моноциты - 3%. СОЭ - 28 мм/час.

Общий анализ мочи: без патологии.

Анализ мокроты: слизисто-гнойная, без запаха, лейкоциты - 30-40 в поле зрения, эритроциты - не обнаружены, эпителий плоский - 10-25 в поле зрения, эластических волокон нет, ВК не обнаружено. Рентгенография органов грудной клетки: справа в нижнем лёгочном поле (S9) участок

инфильтрации лёгочной ткани неоднородной структуры, с нечёткими контурами. Сердце без патологии.

Врач-терапевт участковый поставил диагноз «пневмония». Назначил лечение в амбулаторных условиях: Азитромицин 500 мг 1 раз в день – 3 дня, Ацетилцистеин 600 мг 1 раз в день, Парацетамол 500 мг 3 раза в день.

Вопросы:

1. Правильно ли врач-терапевт участковый поставил и сформулировал диагноз? Обоснуйте свой ответ.
2. Правильно ли врач-терапевт участковый выбрал место лечения пациента? Обоснуйте свой ответ, используя шкалу CRB-65.
3. Правильно ли врач-терапевт участковый выбрал антибактериальный препарат для лечения пневмонии? Обоснуйте свой ответ.
4. Проведите экспертизу временной нетрудоспособности.
5. Показано ли пациенту после выздоровления диспансерное наблюдение? Обоснуйте свой ответ.

ЭТАЛОН ОТВЕТА СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 2

1. Врач-терапевт участковый правильно установил нозологию: о наличии пневмонии свидетельствуют характерные симптомы (кашель, лихорадка), признаки синдрома уплотнения лёгочной ткани (локальное притупление лёгочного звука, ослабленное дыхание, крепитация; рентгенологические данные), но формулировка диагноза неполная: не указаны локализация пневмонии, степень тяжести и условия развития, а также сопутствующие заболевания.

Тяжесть пневмонии оценивается по витальным показателям, которые у данного пациента в пределах нормы (ЧДД 18 в минуту, АД 120/80 мм рт. ст., ЧСС 95 в минуту), следовательно, пневмония имеет нетяжёлое течение. Следует указать сахарный диабет 2 типа, для пациента в возрасте 40–65 лет без тяжёлых макрососудистых осложнений и с низким риском гипогликемии, целевой уровень гликированного гемоглобина (HbA1c) < 7%. Правильная формулировка диагноза «внебольничная пневмония в нижней доле правого лёгкого (S9), нетяжёлого течения. Сахарный диабет 2 типа, целевой уровень HbA1c < 7%».

2. Выбор врача-терапевта участкового правильный, пациенту показано лечение в амбулаторных условиях, так как по шкале CRB-65 он набирает 0 баллов: пациент в сознании, ЧД и АД в норме, возраст - 51 год.

3. Препарат выбран неверно, так как пациент имеет сопутствующее заболевание (сахарный диабет), поэтому относится ко 2 группе пациентов, которые могут лечиться в амбулаторных условиях. Наиболее вероятными возбудителями пневмонии у этих пациентов являются пневмококк, гемофильная палочка, хламидия, золотистый стафилококк, энтеробактерии. Пациентам 2 группы рекомендовано назначение

ингибиторо-защищённых аминопенициллинов (Амоксициллин + Клавулонат или Амоксициллин + Сульбактам) ± макролид (в том числе Азитромицин), либо респираторных фторхинолонов (Левифлоксацин, Моксифлоксацин).

4. Пациент временно нетрудоспособен. Ориентировочные сроки временной нетрудоспособности (ВН) при нетяжёлой пневмонии 20–21 день.

5. После перенесённой пневмонии пациент находится под диспансерным наблюдением в течение 6 месяцев, осмотр терапевта проводится 1 раз в 3 месяца. Диспансерное наблюдение необходимо, поскольку острые болезни органов дыхания (БОД) даже у ранее здоровых пациентов являются фактором риска развития хронических БОД. Острые БОД часто развиваются у больных с хроническими БОД, которые могут быть выявлены при дополнительном обследовании пациента в восстановительном периоде после острого процесса.

Тема №8: Синдром лихорадки в амбулаторной практике

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 1

Больной Р. 30 лет длительно проживавший в Юго-Восточной Азии, обратился с жалобами на постоянную боль в животе, обильный кашицеобразный стул с примесью слизи и крови. При осмотре: состояние больного средней тяжести. температура 37,3 °С. Пульс - 74 в минуту. Дыхание везикулярное. Язык влажный, обложен серым налётом. Живот несколько вздут, при пальпации болезненный по ходу толстой кишки, отмечается отчётливая болезненность и инфильтрация сигмовидной кишки. Стул калового характера с примесью слизи и крови.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план обследования больного с целью подтверждения диагноза.
4. Какие препараты Вы бы назначили пациенту в составе комбинированной этиотропной терапии? Обоснуйте свой выбор.
5. Перечислите опасные осложнения данного заболевания.

ЭТАЛОН ОТВЕТА СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 1

1. Острый кишечный амёбиаз, средней степени тяжести.
2. Пребывание в эндемичной местности, отсутствие интоксикации, синдром колита (болезненность по ходу толстой кишки, болезненность и инфильтрация сигмовидной кишки) стул калового характера с примесью слизи и крови позволяют заподозрить кишечный амёбиаз.
3. Гемограмма: анемия, лейкоцитоз, эозифилия, моноцитоз и лимфоцитоз, ускоренное СОЭ. Паразитологическое исследование: мазки кала *ex tempore* на наличие простейших - у больных кишечным амёбиазом выявляются трофозоиты *Entamoeba histolytica*.
4. Метронидазол (Трихопол, Тинидазол): с целью эрадикации инвазивных форм дизентерийных амёб. Этофамид: с целью эрадикации просветных форм дизентерийных амёб.
5. Осложнения:
 - o Кишечное кровотечение.
 - o Перфорация стенки кишки.
 - o Абсцессы печени и других органов.
 - o Кишечная непроходимость.
 - o Амебома.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 2

Мужчина 32 лет, рабочий мясокомбината, обратился с жалобами на упорные боли в пояснице, длительное повышение температуры. Считает себя больным в течение года. При первичном обращении к врачу-терапевту участковому был поставлен диагноз «грипп».

При обследовании отмечается выраженная болезненность по ходу седалищного нерва, в подкожной клетчатке пояснично-крестцовой области пальпируются плотные болезненные образования вытянутой формы, положительный симптом Лассега, увеличены печень и селезёнка.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
4. Какие методы реабилитации Вы рекомендуете пациенту? Обоснуйте свой выбор.
5. Какое этиотропное лечение должен был получить данный пациент при правильной постановке диагноза при первичном обращении за медицинской помощью?

ЭТАЛОН ОТВЕТА СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 2

1. Вторично-хронический бруцеллёз, обострение. Пояснично-крестцовый радикулит.
2. Диагноз установлен на основании данных эпидемиологического анамнеза (работник мясокомбината) и анамнеза заболевания (болен более года, а вначале заболевания был острый период с симптомами лихорадки и, вероятно, с миалгиями и артралгиями, что позволило ошибочно заподозрить грипп) и с учётом данных настоящего времени: симптомы пояснично-крестцового радикулита (имеется симптом Лассега), наличия фиброзитов в поясничной области и гепатолиенального синдрома.
3. Необходимо назначить анализы крови на реакции Райта и Хеддельсона и провести кожно-аллергическую пробу Бюрне. Дополнительно назначить рентгенографию позвоночника для выявления возможных поражений тел позвонков и межпозвонковых дисков.
4. После стихания обострения (больной должен получить терапию антибиотиками, противовоспалительными средствами, физиотерапию) через 6 месяцев пациента можно

направить на санаторно-курортное лечение. Показаны грязевые и бальнеологические курорты для лечения больных с патологией опорно-двигательного аппарата и периферической нервной системы.

5. Лечение остро-септической формы бруцеллёза проводится назначением длительных курсов антибиотикотерапии (не менее 4-6 недель). Препараты выбора фторхинолоны, тетрациклины, аминогликозиды,

Тема №10: Ведение больных с высоким риском сердечно-сосудистых заболеваний в амбулаторных условиях

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 1

Больной Л. 55 лет обратился в поликлинику с жалобами на частые головные боли, головокружения, неприятные ощущения в левой половине грудной клетки. Болен около 6 лет, периодически регистрировалось повышение АД до 180/100 мм рт. ст. Лечился эпизодически при повышении АД (Капотен, Фуросемид). Курит по пачке сигарет в день около 20 лет, отмечает частое злоупотребление алкоголем. Работа связана с частыми командировками. Наследственность: у матери гипертоническая болезнь, сахарный диабет типа.

Объективно: общее состояние удовлетворительное. Гиперстенического телосложения, ИМТ - 34 кг/м². Кожные покровы лица гиперемированы. Периферических отёков нет. В лёгких дыхание жёсткое, хрипов нет. ЧДД - 18 в минуту. Границы сердца: правая – у правого края грудины IV межреберье, верхняя – III ребро, левая - по левой срединно-ключичной линии в V межреберье. Тоны сердца приглушены, акцент 2 тона на аорте, ритм правильный. ЧСС - 88 ударов в мин. АД - 190/110 мм рт. ст. Печень не увеличена. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный.

Липиды крови: общий холестерин - 7,4 ммоль/л; триглицериды – 2,6 ммоль/л; холестерин липопротеидов низкой плотности – 5,2 ммоль/л.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Какие факторы риска сердечно-сосудистых заболеваний присутствуют у больного?
3. Составьте план дополнительного обследования больного.
4. Какие немедикаментозные рекомендации Вы сделаете в первую очередь?
5. Какие диуретики можно рекомендовать пациенту в составе комбинированной терапии?

ЭТАЛОН ОТВЕТА СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 1

1. Артериальная гипертензия 3 степени, 2 стадии, риск ССО 4. Гиперлипидемия. Ожирение 2 ст.
2. Отягощённая наследственность по материнской линии. Вредные привычки (курение, злоупотребление алкоголем), гиперлипидемия, ожирение, альбуминурия.
3. Суточное мониторирование АД для оценки суточного профиля АД; ЭКГ; ЭХО-КГ для оценки поражения органа-мишени (выявление гипертрофии левого желудочка, систолической и диастолической функции сердца); лабораторное обследование (общие анализы крови и мочи; анализ крови на содержание креатинина, глюкозы, калия, натрия); исследование сосудов глазного дна; УЗИ почек для оценки поражения органа-мишени; ЦДС сосудов головного мозга (для выявления поражений органа-мишени).
4. Диета с ограничением: а) соли до 4-6 г в сутки; б) насыщенных жиров; в) энергетической ценности рациона при ожирении; ограничение употребления алкоголя; регулярные физические упражнения; прекращение курения; снятие стресса (релаксация), модификация условий окружающей среды.
5. Хлорталидон, Индапамид или Торасемид (менее предпочтителен Гипотиазид в связи с его негативным влиянием на метаболизм углеводов и липидов)

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 2

На повторном приёме мужчина 47 лет. Две недели назад он перенёс респираторную вирусную инфекцию, по поводу которой обращался к врачу-терапевту участковому и во время осмотра у него было обнаружено повышенное АД до 164/98 мм рт. ст. Пациент вспоминает, что ранее ему говорили о «повышенном давлении», но значений АД он не помнит, со слов, лечения рекомендовано не было. В настоящее время пациент чувствует себя хорошо, жалоб не предъявляет.

Пациент не курит, алкогольные напитки употребляет «как все», то есть «по праздникам, и, может, пару бутылок пива по выходным». Регулярными физическими упражнениями не занимается, работа малоподвижная. Отец умер от инсульта в возрасте 69 лет, мать жива и, со слов пациента, здорова, в возрасте 72 лет. У него два старших брата, и он не осведомлен о наличии у них каких-либо хронических заболеваний. При осмотре: рост -177 см, масса тела -84 кг, окружность талии -103 см, температура тела 36,7 °С. Кожные покровы обычной окраски, дыхание везикулярное, хрипов нет, частота дыхания - 14 в минуту. Границы относительной сердечной тупости слева –на 1 см влево от левой срединно-ключичной линии, справа –по правому краю грудины, тоны сердца ритмичные, ясные, ЧСС -78 в минуту. АД -на левой руке 156/96 мм рт. ст., на правой руке –152/98 мм рт. ст. По остальным органам и системам без отклонений от нормы.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
4. Какие нефармакологические методы лечения следует рекомендовать пациенту?
5. Препараты каких групп антигипертензивных лекарственных средств возможно рекомендовать пациенту? Обоснуйте свой выбор.

ЭТАЛОН ОТВЕТА СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 2

1. Гипертоническая болезнь 1 стадии, артериальная гипертензия 1 степени, риск 2 (умеренный).

2. Под гипертонической болезнью принято понимать хронически протекающее заболевание, основным проявлением которого является артериальная гипертензия (АГ), не связанная с наличием патологических процессов, при которых повышение АД обусловлено известными, в современных условиях часто устраняемыми причинами (симптоматические АГ). У пациента дважды с интервалом две недели зарегистрировано АД, превышающее 140 мм рт.ст. для систолического и 90 мм рт.ст. для диастолического, кроме того имеются анамнестические указания на повышенное АД, что позволяет утверждать стойкий характер повышения АД. Очевидных признаков симптоматической (вторичной) артериальной гипертензии не имеется, что позволяет считать диагноз гипертонической болезни (эссенциальной гипертензии) правомерным. АГ классифицируется на степени в зависимости от уровня систолического (САД) и диастолического (ДАД) давления (мм рт.ст.): У пациента и САД и ДАД соответствуют степени АГ. У пациента имеются 2 установленных фактора риска – мужской пол и абдоминальное ожирение (окружность талии ≥ 102 см). Сочетание 2 факторов риска и 1 степени АГ соответствуют умеренному кардиоваскулярному риску. При обнаружении при обследовании дополнительных факторов риска и/или бессимптомного поражения органов-мишеней риск должен быть стратифицирован повторно и может быть оценён как «высокий».

3. После выявления АГ следует обследовать пациента на предмет исключения симптоматических АГ, определить степень и стадию АГ, а также кардиоваскулярный риск. При обследовании больного АГ необходимо идти от простых методов исследования к более сложным. На первом этапе выполняют рутинные исследования, обязательные у каждого больного для диагностики АГ. Если на этом этапе у врача отсутствуют основания подозревать вторичный характер АГ и полученных данных достаточно для чёткого определения группы риска пациента и, соответственно, тактики лечения, то на этом обследовании может быть закончено. На втором этапе рекомендуются дополнительные исследования для уточнения формы вторичной АГ, оценки факторов риска, поражения органов-мишеней и ассоциированных клинических состояний. Обязательные исследования: общий анализ крови и мочи; определение микроальбуминурии (при отсутствии протеинурии); содержание в плазме крови глюкозы (натощак); содержание в сыворотке крови общего холестерина, холестерина ЛПВП и ЛПНП, триглицеридов (липидный профиль), креатинина, расчёт скорости клубочковой фильтрации СКФ; содержание в сыворотке крови мочевой кислоты, калия и натрия; ЭКГ в 12 отведениях. Исследования, рекомендуемые дополнительно, в зависимости от анамнестических данных, находок при физикальном обследовании и результатов обязательных исследований: гликированный гемоглобин (HbA1c) при уровне глюкозы в плазме крови $>5,6$ ммоль/л или сахарном диабете в анамнезе; количественная оценка протеинурии (если тест-полоски дают положительный результат) в пересчёте на креатинин мочи, концентрация калия и натрия в моче и их отношение; домашнее и суточное амбулаторное мониторирование АД; ЭхоКГ; нагрузочные пробы (стресс-тесты) в случае выявления признаков стабильной ишемической болезни сердца; холтеровское мониторирование в случае обнаружения нарушений ритма сердца; исследование глазного дна; УЗИ почек и надпочечников; УЗИ брахиоцефальных и почечных артерий; определение лодыжечно-

плечевого индекса;-определение скорости пульсовой волны (показатель ригидности магистральных артерий).

4. Немедикаментозные методы, которые следует рекомендовать пациенту:

нормализация массы тела для достижения ИМТ <25 кг/м², следует рекомендовать снижение массы тела на 6 кг и уменьшение объема талии до менее 102 см; ограничение потребления алкогольных напитков менее 20–30 г/сут. в пересчете на чистый алкоголь;увеличение физической нагрузки –регулярная аэробная (динамическая) физическая нагрузка по 30–40 мин. 5–7 раз в неделю; снижение потребления поваренной соли до 5–6 г/сут.;изменение режима питания с увеличением потребления растительной пищи, молочных продуктов низкой жирности, увеличением в рационе калия, кальция (содержатся в овощах, фруктах, зерновых) и магния (содержится в молочных продуктах), а также уменьшением потребления животных жиров.

6. В настоящее время для лечения АГ рекомендованы 5 основных классов препаратов: ингибиторы ангиотензин-превращающего фермента, блокаторы рецепторов ангиотензина, блокаторы медленных кальциевых каналов (антагонисты кальция), β-адреноблокаторы, диуретики (тиазидные, Хлорталидон и Индапамид). На выбор препарата могут повлиять многие факторы, наиболее важными из которых являются: наличие у больного определенных факторов риска, поражение органов-мишеней, сахарный диабет, хроническая болезнь почек, сопутствующие заболевания, при которых необходимо назначение или ограничение применения различных классов препаратов, предыдущие индивидуальные реакции больного на препараты различных классов, вероятность взаимодействия с лекарствами, которые пациенту назначены по другим поводам, социально-экономические факторы, включая стоимость лечения. Результатами многоцентровых рандомизированных исследований доказано, что ни один из основных классов препаратов не имеет существенного преимущества, как в плане снижения АД, так и эффективности снижения кардиоваскулярного риска и смерти. Уменьшение риска больше зависит от величины, на которую снижается АД, чем от используемого класса препарата, и невозможно точно предсказать, какой препарат будет максимально эффективен у конкретного пациента. Поскольку у данного пациента не выявлены перечисленные важные факторы выбора определённого класса препаратов, то ему возможно назначение любого из 5 основных классов препаратов и выбор любого следует признать правильным

Тема №10: Кардиалгия в практике врача-терапевта

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 1

Пациент Р. 55 лет, слесарь, обратился к терапевту с жалобами на сжимающие боли за грудиной с иррадиацией в межлопаточное пространство, преимущественно возникающие при быстрой ходьбе или при подъёме по лестнице более чем на один пролет в обычном темпе, купирующиеся приёмом 1 таблетки нитроглицерина сублингвально. Из анамнеза известно, что впервые загрудинные боли возникли около двух лет назад, с тех пор выраженного прогрессирования заболевания не отмечал.

Вредные привычки: курит в течение длительного времени по 2 пачки в сутки; злоупотребляет алкоголем. Объективно: состояние относительно удовлетворительное. Температура тела 36,6°C. Рост – 162 см, вес – 95 кг. ИМТ – 36,2 кг/м². Гиперстеническое телосложение.

Кожные покровы и видимые слизистые физиологической окраски и обычной влажности.

Периферических отёков нет. В лёгких дыхание жёсткое, проводится во все отделы, хрипов нет.

ЧДД 18 в мин. При перкуссии определяется смещение левой границы относительной тупости сердца влево на 0,5 см. Тоны сердца приглушены, ритм правильный. АД – 130/80 мм рт.ст. ЧСС – 87 уд/мин. Живот мягкий, при пальпации безболезненный во всех отделах, увеличен в объеме за счёт подкожно-жирового слоя. Печень не выступает из-под края рёберной дуги. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный. Физиологические отправления в норме. В анализах: общий холестерин – 6,2 ммоль/л, ТГ – 2,5 ммоль/л, ХС-ЛПВП – 0,8 ммоль/л, ХС-ЛПНП - 4,2 ммоль/л. На ЭКГ: ритм синусовый, правильный с ЧСС – 76 уд/мин. Отклонение ЭОС влево. Гипертрофия левого желудочка.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
4. Назначьте лечение и обоснуйте.
5. При проведении стресс-эхокардиографии выявлено ухудшение локальной

сократимости миокарда в 4 сегментах. Ваша тактика ведения?

ЭТАЛОН ОТВЕТА СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 4

1. ИБС: стенокардия напряжения ФКЗ. Ожирение 2 степени. Дислипидемия IIb типа.
2. Диагноз «ИБС: стенокардии напряжения» установлен на основании типичного болевого синдрома (сжимающие боли за грудиной с иррадиацией в межлопаточное пространство), связь боли с физической нагрузкой (возникают во время быстрой ходьбы или при подъёме по лестнице на 2 пролёта в обычном темпе), исчезновение боли после приёма нитратов (купируются приёмом 1 таблетки Нитроглицерина сублингвально). Принимая во внимание данные анамнеза, что приступы стенокардии с течением времени не прогрессируют, также служит доказательством того, что у пациента стенокардия напряжения. Диагноз «дислипидемии 2b типа» установлен на основании повышения концентраций ЛПНП и триглицеридов в липидном спектре крови. На основании результатов ИМТ, равному 36,2 кг/м², установлен диагноз ожирения 2 степени.
3. Пациенту рекомендовано проведение трансторакальной ЭХО-КГ, суточное мониторирование ЭКГ.
 - 1) Бета-адреноблокаторы - за счёт блокады бета1-адренорецепторов в сердце предотвращают кардиотоксическое действие катехоламинов, снижают ЧСС, сократимость и АД, что приводит к уменьшению потребности миокарда в кислороде. Улучшение перфузии ишемизированных отделов миокарда при их назначении также обусловлено удлинением диастолы и «обратным коронарным обкрадыванием» вследствие увеличения сосудистого сопротивления в неишемизированных областях миокарда - например, Бисопролол в стартовой дозе 2,5-5 мг в день.
 - 2) Блокаторы медленных кальциевых каналов - воздействие на гладкомышечные клетки сосудов приводит к расширению сосудов и уменьшению ОПСС, что обеспечивает снижение АД; расширение коронарных артерий обуславливает антиангинальное действие БКК; вызывают дозозависимое снижение сократимости миокарда (отрицательный инотропный эффект), что сопровождается антигипертензивным и антиангинальным действием (снижение потребности миокарда в кислороде) - например, Верапамил в стартовой дозе 40 мг 3 раза в день или Амлодипин в стартовой дозе 5 мг в день.
 - 3) Пролонгированные нитраты - проникая в гладкомышечные клетки, служат источником оксида азота, который способствует расслаблению гладкомышечных клеток сосудов независимо от способности клеток эндотелия вырабатывать эндогенный оксид азота. Нитраты способствуют расширению коронарных артерий и артериол, что приводит к улучшению кровоснабжения субэндокардиальных слоёв миокарда и увеличению коллатерального кровотока; воздействуют на сосуды большого круга кровообращения, вызывая расширение как периферических венозных сосудов, депонирующих кровь, так и артериол, соответственно уменьшаются преднагрузка, постнагрузка и напряжение стенок желудочков сердца, что приводит к снижению потребности миокарда в кислороде) - например, изосорбида мононитрат в стартовой дозе 10 мг 2 раза в день.
 - 3) Антиагреганты - препятствуют тромбообразованию за счёт угнетения функциональной активности тромбоцитов, например, ацетилсалициловая кислота 75 мг в день;
 - 4) Статины - снижение активности фермента 3-гидрокси-3- метилглутарил-коэнзим А-редуктазы сопровождается уменьшением внутриклеточного содержания холестерина (ХС) в печеночных клетках с увеличением количества рецепторов к ЛПНП на их поверхности, которые распознают, связывают и выводят из кровотока ХС ЛПНП, например, аторвастатин в стартовой дозе 10 мг в сутки.
5. Коронароангиография с решением вопроса о возможности проведения чрескожного коронарного вмешательства, т. к. нарушение локальной сократимости миокарда при проведении стресс-эхокардиографии указывает на нарушение перфузии миокарда.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 2

Мужчина 40 лет обратился к врачу-терапевту участковому в поликлинику с жалобами на эпизодически возникающие давящие боли за грудиной, длительностью 5-10 минут без иррадиации, не снимающиеся приёмом Нитроглицерина, появляющиеся как в покое, так и при нагрузке, головокружение, периодические обмороки. Из анамнеза: указанные симптомы беспокоят около года. Наследственный анамнез: брат и отец умерли в молодом возрасте от заболевания сердца. При осмотре: общее состояние удовлетворительное. Рост - 170 см, масса тела - 70 кг. Кожные покровы обычной окраски. В лёгких дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД - 18 в минуту. Сердце расширено влево на 2 см, верхушечный толчок усилен. Тоны сердца приглушены, на верхушке и у левого края грудины довольно грубый систолический шум, уменьшается к основанию, на сосуды шеи не проводится. АД -

130/90 мм рт. ст. ЧСС - 80 удара в минуту. Живот мягкий, безболезненный. Отеков нет. ЭКГ: ритм синусовый 80 в минуту, признаки выраженной гипертрофии и перегрузки левого желудочка, инверсия зубца Т.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте план обследования на амбулаторном этапе.
4. Составьте план лечения в условиях поликлиники.
5. Объясните, почему Нитроглицерин неэффективен и плохо переносится пациентом?

ЭТАЛОН ОТВЕТА СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 2

1. Гипертрофическая обструктивная кардиомиопатия. ХСН-0.
2. Диагноз «гипертрофическая обструктивная кардиомиопатия» установлен на основании наличия у пациента нетипичных ангинозных болей, головокружения, синкопальных состояний, отягощённого наследственного анамнеза, типичных изменений гемодинамики, признаков гипертрофии левого желудочка по данным объективного обследования и ЭКГ.
3. Анализ крови общий. Анализ мочи общий. Биохимический анализ крови (глюкоза, липидограмма, АСТ, АЛТ, общий белок, белковые фракции, калий, натрий, креатинин). Электрокардиография. Эхокардиография. Рентгенография органов грудной клетки. Консультация врача-кардиолога.
4. При подтверждении диагноза: - ограничение значительных физических нагрузок; - В-адреноблокаторы (Метопролол, Бисопролол) с подбором эффективных и переносимых доз, при недостаточном эффекте - недигидропиридиновые антагонисты кальция (Верапамил); - для определения показаний к хирургическому лечению необходима консультация врача-кардиолога (врача-сердечно-сосудистого хирурга).
5. Нитроглицерин является периферическим вазодилататором, уменьшает наполнение левого желудочка в диастолу, ухудшает коронарное и мозговое кровообращение.

Тема №12: «Недостаточность кровообращения в амбулаторной практике»

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 1

Больной К. 48 лет, экономист, обратился к врачу-терапевту участковому с жалобами на сжимающие боли за грудиной и в области сердца, иррадиирующие в левое плечо, возникающие при ходьбе через 100 метров, иногда в покое, купирующиеся приёмом 1-2 таблетками Нитроглицерина через 2-3 минуты, одышку, сердцебиение при незначительной физической нагрузке. Боли в сердце впервые появились около 5 лет назад. Принимает Нитроглицерин для купирования болей, Кардикет 20 мг 2 раза в день – для профилактики болей в сердце, Аспирин 100 мг на ночь. Принимал статины около двух лет, последние два года не принимает. За последние полгода снизилась переносимость физической нагрузки. Больной курит около 20 лет, по 1 пачке в день. Наследственность: отец умер в возрасте 62 лет от инфаркта миокарда.

Общее состояние удовлетворительное. Нормостенической конституции. Периферических отеков нет. ЧДД - 18 в минуту, лёгких дыхание везикулярное, хрипов нет. Границы сердца при перкуссии: правая - правый край грудины IV межреберье, верхняя – III межреберье, левая – на 1,0 см кнутри от левой среднеключичной линии V межреберье. Тоны сердца приглушены, ритм правильный, акцент II тона над аортой. ЧСС – 82 удара в минуту. АД - 135/80 мм рт. ст. Печень и селезёнка не пальпируются. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный.

Липиды крови: общий холестерин - 6,8 ммоль/л; триглицериды – 1,7 ммоль/л; холестерин липопротеинов высокой плотности – 0,9 ммоль /л.

ЭКГ в покое: ритм - синусовый, ЧСС – 80 ударов в минуту. ЭОС не отклонена. Единичная желудочковая экстрасистола.

Эхо-КГ: уплотнение стенок аорты. Толщина задней стенки левого желудочка (ТЗСЛЖ) – 1,0 см; толщина межжелудочковой перегородки (ТМЖП) - 1,0 см. Камеры сердца не расширены. Фракция выброса левого желудочка (ФВ) - 57%. Нарушения локальной и глобальной сократимости левого желудочка не выявлено.

ВЭМ-проба: при выполнении первой ступени нагрузки появилась сжимающая боль за грудиной, сопровождающаяся появлением депрессии сегмента ST до 3 мм в I, II, V2-V6, исчезнувших в восстановительном периоде.

Коронароангиография: стеноз в/3 левой коронарной артерии - 80%, с/3 огибающей артерии - 80%.

Вопросы:

1. Сформулируйте клинический диагноз.
2. Проведите обоснование клинического диагноза.
3. Назовите основные факторы риска атеросклероза.
4. Назначьте немедикаментозное и медикаментозное лечение.
5. Есть ли показания к хирургическому лечению в данном случае?

ЭТАЛОН ОТВЕТА СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 1

1. ИБС: Стенокардия напряжения III ФК. ХСН I ст. II ФК.

2. Диагноз «ИБС: Стенокардия напряжения III ФК» поставлен на основании: характера боли – сжимающая, локализации боли – за грудиной, иррадиации – в левое плечо, условий возникновения боли – связь с физической нагрузкой (боли возникают при ходьбе до 500 м, иногда в покое – это характерно для III ФК стенокардии), купирование болей Нитроглицерином – в течение 2-3 минут. Боли в сердце отмечает в течение 5 лет, последние полгода - снижение переносимости физической нагрузки, следовательно, стенокардия стабильная. Диагноз «ХСН I ст. II ФК» поставлен на основании того, что симптомы ХСН (одышка, сердцебиение) появляются при умеренной физической нагрузке; покое гемодинамика не нарушена.

3. Возраст: мужчины старше 45 лет, женщины старше 55 лет или с ранней менопаузой; курение; артериальная гипертензия: АД >140/90 мм рт. ст. или постоянный прием антигипертензивных препаратов; сахарный диабет II типа: глюкоза крови натощак более 6,0 ммоль/л; абдоминальное ожирение: окружность талии у мужчин >94 см, у женщин >80 см; семейная гиперлипидемия по данным анамнеза: IIa, IIб, или III тип; хроническое заболевание почек: ХПН со снижением СКФ < 60 мл/мин или гломерулонефрит, тубулоинтерстициальный нефрит, пиелонефрит.

4. Немедикаментозное лечение ИБС: воздействие на факторы риска - гипохолестериновая диета, прекращение курения, достаточная физическая активность. Фармакотерапия: Нитроглицерин – для купирования приступа стенокардии + 1) препараты, улучшающие качество жизни: антиангинальная терапия: а) препараты первой линии: β-адреноблокаторы, блокаторы медленных кальциевых каналов; б) препараты второй линии: нитраты пролонгированного действия (Кардикет 20 мг 2 раза в день, Моночиннквертард 50 мг 1 раз в день), блокаторы I_f каналов (Кораксан 5 мг 2 раза в день), активаторы калиевых каналов (Никорандил 10-20 мг 3 раза в день), цитопротекторы (Триметазидин 7 мг 2 раза в день), блокаторы медленного натриевого тока (Ранолазин 5000 мг 2 раза в день); 2) препараты, улучшающие прогноз заболевания: антиагреганты (Ацетилсалициловая кислота 75-100 мг в сутки), гиполипидемические препараты (Розувастатин 10 мг 1 раз в день или Аторвастатин 20 мг 1 раз в день), и-АПФ (Периндоприл - 8 мг 1 раз в день).

Показания к хирургическому лечению у данного больного имеются. Об этом свидетельствуют данные коронарографии: стеноз в/3 левой коронарной артерии - 80%, с/3 огибающей артерии - 80%. При одно- и двухсосудистом поражении с нормальной фракцией выброса левого желудочка показаны чрезкожная транслюминальная коронарная ангиопластика и стентирование

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 2

Больная Б. 38 лет предъявляет жалобы на одышку при незначительной физической нагрузке, быструю утомляемость, слабость, эпизоды удушья, возникающие в горизонтальном положении, отеки голеней и стоп. В возрасте 17 лет был выявлен ревматический порок сердца - недостаточность митрального клапана. При осмотре: состояние тяжелое. Акроцианоз. Отеки голеней и стоп. ЧДД - 24 в минуту. При сравнительной перкуссии лёгких справа ниже угла лопатки отмечается притупление перкуторного звука. При аускультации ослабленное везикулярное дыхание, в нижних отделах -

небольшое количество влажных мелкопузырчатых хрипов. Левая граница сердца - на 3 см снаружи от среднеключичной линии в VI межреберье. Аускультативная картина соответствует имеющемуся пороку. Ритм сердечных сокращений неправильный, ЧСС - 103 удара в минуту. АД - 110/65 мм рт. ст. Живот увеличен в объёме за счёт ненапряжённого асцита, мягкий, безболезненный. Размеры печени по Курлову - 13×12×10 см. Печень выступает из-под края рёберной дуги на 3 см, край её закруглён, слегка болезненный. На ЭКГ ритм неправильный, зубцы Р отсутствуют.

Вопросы:

1. Выделите ведущий синдром.
2. Установите предварительный диагноз.
3. Наметьте план обследования пациента на первом этапе.
4. Определите тактику лечения.
5. К какому специалисту необходимо направить пациентку и с какой целью?

ЭТАЛОН ОТВЕТА СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 2

1. Синдром хронической сердечной недостаточности по большому и малому кругам кровообращения.
2. Хроническая ревматическая болезнь сердца: ревматический порок сердца - недостаточность митрального клапана. Фибрилляция предсердий, постоянная форма. ХСН II Б стадия, ФК IV.
3. Пациенту рекомендовано: общий анализ крови, общий анализ мочи, ЭКГ, Эхокардиография, рентгенография органов грудной клетки.
4. Ингибиторы АПФ, Дигоксин, бета-адреноблокаторы, диуретики.
5. Необходимо направить больную на консультацию к врачу-сердечно-сосудистому хирургу для обсуждения хирургической коррекции порока.

Тема №13: «Нарушения ритма в амбулаторной практике»

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 1

Больной 75 лет на приёме у врача-терапевта участкового предъявляет жалобы на приступы головокружения, иногда с кратковременной потерей сознания, участвовавшие в течение последнего месяца. Кроме этого, имеется одышка при незначительной физической нагрузке и отёки на ногах, которые появились также около месяца назад и в последующем усиливались. Анамнез: больным себя считает около 10 лет, когда впервые появились сжимающая боль в области сердца и одышка при ходьбе до 200 м, боль эффективно купируется Нитроглицерином. Год назад впервые возник приступ потери сознания в течение нескольких минут, сопровождавшийся непроизвольным мочеиспусканием. В последний месяц аналогичные приступы участились, появилось повышение АД. Объективно: сознание ясное. Выраженный цианоз губ, граница относительной сердечной тупости сердца смещена влево на 2 см. Тоны сердца глухие, ритмичные. Временами выслушивается громкий (пушечный) I тон. ЧСС - 34 удара в минуту. АД - 180/100 мм рт. ст. В лёгких жёсткое дыхание, хрипов нет. Печень выступает из-под рёберной дуги на 5 см, край её плотный, чувствительный при пальпации. Симметричные отёки на ногах до верхней трети голени. Представлена ЭКГ (скорость 25 мм/с):



Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Назовите отклонения от нормы, видимые на представленной ЭКГ, и сформулируйте ЭКГ-заключение. 3. Какой синдром является ведущим в клинической картине данного заболевания?
3. Среди каких сходных состояний требуется провести дифференциальную диагностику?
2. Какой метод купирования данного неотложного состояния, проявляющегося обмороками, является наиболее эффективным?

ЭТАЛОН ОТВЕТА СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 1

1. ИБС. Стенокардия напряжения, функциональный класс II. Полная атриовентрикулярная блокада. Приступы Морганьи-Адамса-Стокса. НИП, функциональный класс IV. Симптоматическая артериальная гипертензия III степени, риск 4.
2. Полная атриовентрикулярная блокада, замещающий ритм АВ-соединения. Заключение: полная атриовентрикулярная блокада (III степени).

3. Нарушение проводимости: полная атриовентрикулярная блокада с приступами Морганьи-Адамса-Стокса.
4. Обмороки при синдроме слабости синусового узла, при пароксизмальных тахикардиях, при транзиторных ишемических атаках, при эпилепсии.
5. Временная электрокардиостимуляция с трансвенозной (допускается формулировка «эндокардиальной») установкой электрода

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 2

Больной Ф. 78 лет вызвал врача-терапевта участкового на дом с жалобами на приступы сердцебиения, перебои в работе сердца, которые сопровождаются слабостью, одышкой. Приступы аритмии стали беспокоить последние шесть месяцев, продолжительностью несколько минут, проходят самостоятельно при перемене положения тела.

Из анамнеза известно, что последние несколько лет стала снижаться память, редко отмечает повышение АД до 160/90 мм рт. ст. Перенесённые заболевания: язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки, очаговая пневмония. В настоящее время – пенсионер, работал преподавателем в вузе. Вредных привычек не имеет.

При осмотре состояние больного средней тяжести. Телосложение правильное, рост – 168 см, вес – 70 кг.

Форма грудной клетки коническая, дыхание свободное через нос. Заметна пульсация шейных вен. ЧД – 17 ударов в минуту. При перкуссии звук ясный, лёгочный, границы лёгких в пределах нормы. При аускультации дыхание жёсткое, хрипов нет. Система кровообращения. Границы относительной сердечной тупости: правая – правый край грудины, левая – на 1 см кнутри от левой среднеключичной линии, верхняя - верхний край III ребра. При аускультации тоны сердца приглушены, ритмичные. ЧСС – 112 ударов в минуту, дефицит пульса. АД – 130/80 мм рт. ст.

Живот мягкий, безболезненный во всех отделах. Печень не пальпируется, размеры по Курлову – 94847 см.

Общий анализ крови и мочи без патологии. В биохимическом анализе крови определяется высокий уровень холестерина. Записана ЭКГ: зубцы Р во всех отведениях отсутствуют. Между комплексами QRS, мелкие волны «f», частота желудочков 110-150 в минуту.

Вопросы:

1. Какое нарушение ритма у больного?
2. С какими наджелудочковыми аритмиями необходимо провести дифференциальный диагноз?
3. Какие дополнительные методы обследования вы назначите больному? Обоснуйте ответ.
4. На основании каких параметров оценивается риск развития инсульта и системных тромбоэмболий (ТЭО) у данного больного? Является ли необходимым назначение антикоагулянтов у данного больного?
5. Перечислите, что относится к сердечно-сосудистым и другим состояниям, ассоциирующимся с фибрилляцией предсердий. Назовите, какие состояния ассоциируются с развитием фибрилляции предсердий у данного больного.

ЭТАЛОН ОТВЕТА СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 2

1. На основании ЭКГ, зарегистрированной во время приступа аритмии, у больного пароксизмальная форма фибрилляции предсердий, тахисистолический вариант.
2. Предсердная тахикардия, трепетание предсердий, частая предсердная экстрасистолия, двойное антероградное проведение через атрио-вентрикулярный узел. Могут характеризоваться частыми нерегулярными интервалами RR и имитировать фибрилляцию предсердий.
3. Суточное мониторирование ЭКГ для выявления формы нарушения ритма сердца.
4. Определение риска развития инсульта и системных тромбоэмболий проводится согласно шкале CHA2DS2-VASc. С учётом возраста пациента, наличия АГ риск ТЭО по шкале CHA2DS2-VASc > 2 баллов (3 балла), что является основанием для назначений антикоагулянтной терапии.
5. С фибрилляцией предсердий ассоциируются: структурное заболевание сердца, возраст, артериальная гипертензия, клинически выраженная сердечная недостаточность, тахиаритмическая 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. Из известных на момент осмотра больного состояний, ассоциирующихся с фибрилляцией предсердий, являются возраст и артериальная гипертензия.

Тема №14: «Артериальные гипертензии в амбулаторной практике»

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 1

Пациент А.Т. 49 лет, инженер, обратился к участковому терапевту с жалобами на эпизодическое повышение АД до 150/90-160/95 мм рт. ст., сопровождающееся головными болями в затылочной области. По совету своих знакомых при плохом самочувствии, связанном с высоким АД, принимает эналаприл по 10 мг. Кроме того, в последние 2-3 мес. стал отмечать появление ноющих болей в области икроножных мышц при ходьбе на расстоянии 250-300 метров, купирующихся в покое. Считает себя больным около 2-х лет, когда впервые появились вышеуказанные жалобы. Ранее не обследовался. Систематической терапии не получает. Максимальные цифры АД – 170/100 мм рт. ст. Около 10 лет назад была выявлена язвенная болезнь 12-перстной кишки, после курса консервативной терапии обострений больше не было. Другие хронические заболевания отрицает. Курит около ½ пачки в день – 30 лет. Алкоголь употребляет умеренно. Семейный анамнез: мать страдает ИБС, ГБ; отец умер в возрасте 62 лет от инфаркта миокарда. Операций, травм не было. При физикальном осмотре состояние удовлетворительное. Кожные покровы и видимые слизистые не изменены. Рост 172 см, вес 80 кг, ИМТ – 27 кг/м² Периферические л/узлы не увеличены. Щитовидная железа б/о. При сравнительной перкуссии в симметричных участках грудной клетки звук ясный лёгочный. Топографическая перкуссия – границы лёгких в пределах нормы. ЧДД – 18 в минуту. При аускультации лёгких везикулярное дыхание, хрипов нет. Границы сердца не изменены. Тоны сердца ясные, акцент 2-го тона над аортой. Ритм сердца правильный, прерываемый единичными экстрасистолами. ЧСС – 70 уд/мин, АД – 150/90 мм рт.ст. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Печень не пальпируется. Поколачивание области почек безболезненное с обеих сторон. Дизурических явлений нет.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
4. Препараты каких группы антигипертензивных лекарственных средств Вы бы рекомендовали пациенту в составе комбинированной терапии? Обоснуйте свой выбор.
5. Какие комбинации групп гипотензивных препаратов противопоказаны данному пациенту?

ЭТАЛОН ОТВЕТА СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 1

1. Гипертоническая болезнь II стадии. Степень АГ 2. Риск 3 (высокий). ХСН 0 ст., ФК 0. Атеросклероз артерий нижних конечностей.
2. Диагноз «гипертоническая болезнь» установлен на основании жалоб больного на эпизодическое повышение АД до 150/90-160/95 мм рт. ст., сопровождающееся головными болями в затылочной области. Облитерирующий атеросклероз артерий нижних конечностей установлен на основании данных анамнеза (в последние 2-3 месяца стал отмечать появление ноющих болей в области икроножных мышц при ходьбе на расстоянии 250-300 метров, купирующиеся в покое); установление степени АГ основано на цифрах АД, измеренных во время приёма. Стадия АГ установлена на основании наличия поражения органов-мишеней - системный атеросклероз.
3. Общий анализ крови, общий анализ мочи, биохимический анализ крови (ОХС, ХС ЛПНП, ХС ЛПВП, ТГ, калий, натрий, креатинин с расчётом СКФ, мочевины, мочевая кислота, АЛТ, АСТ), глюкоза плазмы натощак, ЭКГ, ЭхоКГ, исследование глазного дна, СМАД, УЗИ сосудов нижних конечностей с последующей консультацией сосудистого врача-хирурга (при необходимости), консультация невролога.
4. Ингибиторы АПФ или антагонисты рецепторов к ангиотензину II. Гипотензивная терапия (возможно назначение ИАПФ, БРА, АК, диуретиков). Например, Периндоприл 2,5 мг 1 раз в день, Амлодипин 5 мг 1 раз в день, после достижения целевых цифр АД - дезагреганты (Аспирин 75 мг/сут).
5. Противопоказаны комбинации БАБ и АК (недигидропиридинового ряда).

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 2

Мужчина 37 лет обратился к врачу-терапевту участковому с жалобами на головные боли. Из анамнеза известно, что головные боли появились два года назад. Появление головных болей связывает с перенесением ангины. Тогда же, примерно через неделю после ангины, отметил появление мочи цвета «мясных помоев», при этом мочеиспускание было безболезненным, болей в поясничной области не было. Моча цвета «мясных помоев» регистрировалась в течение 2 дней, затем приобрела обычный желтый цвет. К врачам не обращался. Эпизод мочи цвета «мясных помоев» в течение суток повторился спустя год во время ОРВИ. Обследование также не проводилось. Семейный анамнез: мать – 60 лет, часто болеет ангинами, в течение 2 лет – гипертоническая болезнь. Отец умер в возрасте 55 лет от онкологической патологии.

При осмотре: состояние удовлетворительное. ИМТ – 24,2 кг/м². Кожные покровы чистые, обычной окраски. Отёков нет. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, ритмичные. ЧСС – 70 удара в минуту, АД – 160/100 мм рт. ст. Живот мягкий, при пальпации безболезненный во всех отделах. Печень и селезёнка не увеличены. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный.

В анализах крови: эритроциты - $4,57 \times 10^{12}/л$, гемоглобин - 137 г/л, лейкоциты - $5,51 \times 10^9/л$, лейкоцитарная формула не изменена; тромбоциты - $254 \times 10^9/л$, СОЭ - 26 мм/час. Общий холестерин – 4,9 ммоль/л, ТГ – 1,7 ммоль/л, ХС-ЛПВП – 1,2 ммоль/л, ХС-ЛПНП - 2,8 ммоль/л; глюкоза натощак – 4,2 ммоль/л, креатинин – 135 мкмоль/л, СКФ (по формуле СКД-ЕП) - 58 мл/мин, мочевины – 9,4 ммоль/л, мочевая кислота – 0,40 ммоль/л, общий билирубин - 7,4 мкмоль/л (непрямой), АЛТ - 39 МЕ/л, АСТ - 28 МЕ/л, общий белок - 70 г/л, альбумины - 36 г/л. В анализах мочи: относительная плотность - 1014, цвет желтый, реакция кислая, белок - 0,88 г/л, эритроциты - 10-15 в поле зрения, лейкоциты - 3-4 в поле зрения, эпителий плоский – единичные клетки в поле зрения, бактерии отсутствуют, слизи нет, ураты +. Суточная протеинурия - 500 мг. УЗИ почек: положение почек обычное, размеры - 11×5,6 см, паренхима - 1,7 см. Чашечно-лоханочный комплекс не изменён. Дополнительных образований и конкрементов не выявлено.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
4. Препарат какой группы антигипертензивных лекарственных средств Вы бы рекомендовали пациенту в составе комбинированной терапии? Обоснуйте свой выбор.
6. Обоснуйте длительность терапии у данного пациента.

ЭТАЛОН ОТВЕТА СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 2

1. Хронический гломерулонефрит, симптоматическая артериальная гипертония или гипертонический вариант. Хроническая болезнь почек IIIa стадии, альбуминурия 2 ст. (A2, высокая).

2. Диагноз «гломерулонефрит» установлен на основании данных анамнеза о появлении артериальной гипертензии и макрогематурии через неделю после ангины (вероятный острый гломерулонефрит), о повторном эпизоде макрогематурии на фоне ОРВИ спустя 1 год, а также на основании обнаружения характерного мочевого синдрома:

протеинурии и эритроцитурии. Не обнаружено клинических симптомов и объективных данных, свидетельствующих об урологической патологии. Диагноз «симптоматическая артериальная гипертония» установлен на основании обнаружения стабильно повышенного АД с высоким диастолическим АД у больного с мочевым синдромом, характерным для гломерулонефрита. Диагноз «хроническая болезнь почек» установлен на основании симптоматики гломерулонефрита в течение более 3 месяцев. Диагноз «IIIa стадии хронической болезни почек» установлен на основании СКФ 58 мл/мин (в диапазоне 45-59 мл/мин). Градация альбуминурии A2 - на основании суточной протеинурии 500 мг (в диапазоне 150-500 мг, что соответствует высокой альбуминурии - 30-300 мг/л, или альбумин/креатинин мочи - 30-300 мг/г).

3. Пациенту рекомендованы консультации врача-нефролога для верификации диагноза «гломерулонефрит»; проведение ЭКГ; проведение ЭХО-КГ для оценки толщины стенок миокарда, диастолической и систолической функции; доплерУЗИ почек и почечных артерий для оценки состояния почечных артерий и сосудов почек; биохимический анализ

крови с определением уровня кальция, фосфора, калия, натрия для оценки состояния электролитного обмена и ранней диагностики нарушений фосфорно-кальциевого обмена; определение паратиреоидного гормона в крови для ранней диагностики вторичного гиперпаратиреоза.

4. Ингибиторы АПФ или антагонисты рецепторов к ангиотензину II. Выбор препарата из этих групп основан на их нефропротективных свойствах. Данные группы антигипертензивных препаратов являются «золотым» стандартом при лечении пациентов с ХБП-III стадии. Наиболее доказанными нефропротективными свойствами из группы ингибиторов АПФ обладает Рамиприл, из группы антагонистов рецепторов к ангиотензину II – Ирбесартан.

5. Оставить антигипертензивную и нефропротективную терапию без изменений, продолжить динамическое наблюдение. Усилить терапию нецелесообразно, так как за короткий промежуток времени (1 месяц) достигнут целевой уровень АД, существенно снизилась альбуминурия. Уменьшать медикаментозное лечение также нецелесообразно, так как применение препаратов в установленных дозах безопасно: не привело к существенному нарастанию креатинина крови, но альбуминурия остается по-прежнему высокой. Необходим контроль СКФ, альбуминурии и коррекция терапии через 3 месяца.

Тема №15: «Острый коронарный синдром в практике врача-терапевта»

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 1

Мужчина 57 лет вызвал врача-терапевта участкового на дом. Предъявляет жалобы на интенсивные давящие загрудинные боли с иррадиацией в левую руку, левую лопатку. Вышеописанная симптоматика появилась около 2 часов назад после интенсивной физической нагрузки. Самостоятельно принял 2 таблетки Нитроглицерина – без эффекта. Ранее боли подобного характера никогда не беспокоили. В анамнезе артериальная гипертензия в течение последних 10 лет с максимальными цифрами артериального давления 200/100 мм рт. ст. Регулярно лекарственные препараты не принимал. Курит по 1 пачке сигарет в день в течение 30 лет. Газоэлектросварщик. Аллергические реакции отрицает. При объективном обследовании: кожные покровы влажные. В лёгких перкуторный звук лёгочный, дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ослаблены, ритм правильный, АД – 160/100 мм рт. ст., ЧСС – 88 в минуту. Живот мягкий, безболезненный. Физиологические отправления в норме. На ЭКГ зарегистрировано: синусовый ритм, подъем сегмента ST > 0,2 мВ в отведениях II, III, aVF. Транспортная доступность до стационара неотложной кардиологии, располагающего возможностью проведения первичного ЧКВ – 30 минут.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Какой должна быть тактика ведения пациента на догоспитальном этапе? Обоснуйте свой выбор.
4. Какой объём медикаментозной помощи должен быть оказан пациенту на догоспитальном этапе?
5. Достаточно ли данных для постановки диагноза? Обоснуйте свой ответ. При необходимости предложите дополнительные методы исследования.

ЭТАЛОН ОТВЕТА СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 1

1. Острый коронарный синдром с подъемом сегмента ST в нижней стенке левого желудочка. Артериальная гипертензия III стадии, III степени, риск 4.
2. Диагноз «ОКС» поставлен на основании жалоб пациента на типичные ангинозные боли, продолжающиеся около 2 часов, не купирующиеся приёмом Нитроглицерина; характерных изменений ЭКГ: подъем сегмента ST > 0,2 м в более чем в двух смежных отведениях для мужчины старше 40 лет. Диагноз «артериальная гипертензия» (АГ) установлен на основании данных анамнеза (повышение АД в последние 10 лет), стадия АГ установлена на основании наличия ОКС, свидетельствующего о заболевании сердца как ассоциированном клиническом состоянии. Постановка степени АГ основана на цифрах повышения АД в анамнезе и при объективном осмотре. Риск ССО определён в соответствии со степенью повышения АД и наличия ассоциированного клинического состояния.
3. Пациенту требуется экстренная госпитализация. Необходим вызов бригады скорой медицинской помощи - бригады интенсивной терапии. Учитывая то, что транспортная доступность до стационара неотложной кардиологии составляет менее 120 минут с момента первого медицинского контакта, наиболее целесообразной тактикой является выполнение первичного ЧКВ.
4. На догоспитальном этапе (на этапе поликлиники, на дому): повторно - Нитроглицерин, Аспирин 500 мг разжевать. На этапе скорой медицинской помощи: купирование болевого синдрома -

Нитроглицерин в/в, при неэффективности - Морфин в/в дробно. Антитромботическая терапия: Аспирин 250 мг разжевать, нагрузочная доза Клопидогрела - 300 мг внутрь, прямые антикоагулянты в/в болюсно - Гепарин. Кислородотерапия.

5. Данных недостаточно. «Золотым стандартом» диагностики инфаркта миокарда является обнаружение в крови кардиоспецифических ферментов. Диагноз может быть установлен на госпитальном этапе при обнаружении в крови наиболее специфических маркеров некроза миокарда - КФК-МВ, сердечных тропонинов.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 2

Больной 53 лет самостоятельно обратился в поликлинику к врачу-терапевту участковому с жалобами на интенсивную давящую боль за грудиной с иррадиацией в шею, левую руку. Из анамнеза: около 6 месяцев отмечает приступы давящих болей за грудиной, возникающих во время физической нагрузки, исчезающих в покое.

Объективно: состояние средней тяжести, бледность кожи, акроцианоз. Пальпация грудной клетки болезненности не вызывает. В лёгких дыхание везикулярное, хрипов нет. Границы сердца расширены влево до средино-ключичной линии. Тоны сердца глухие, ритм правильный. Пульс – 96 ударов в минуту, ритмичный. АД – 150/90 мм рт. ст.

ЭКГ: ритм синусовый, смещение сегмента ST в I и II отведениях ниже изолинии, сливается с зубцом T, в III отведении сегмент ST ниже изолинии, патологический зубец Q не выявляется. Пациент срочно госпитализирован.

Вопросы:

1. Поставьте наиболее вероятный диагноз.
2. Какие лечебные мероприятия необходимо провести такому больному на амбулаторном этапе?
3. Какие диагностические мероприятия необходимо провести такому больному на стационарном этапе?
4. С какими заболеваниями следует провести дифференциальный диагноз?
5. Какие симптомы являются обязательными для данного заболевания?

ЭТАЛОН ОТВЕТА. СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 2

1. Острый коронарный синдром без подъема сегмента ST.
2. Экстренная госпитализация. До приезда бригады скорой помощи уложить больного, обезболить (Нитроглицерин сублингвально или ненаркотические анальгетики), 125 мг Аспирина разжевать, 75 мг Клопидогрела.
3. Общий анализ крови; общий анализ мочи; биохимический анализ крови: тропонины T и I, миоглобин, КФК-МВ фракция, холестерин, триглицериды, глюкоза, белковые фракции, С-реактивный белок, АСТ, АЛТ, ЛДГ, амилаза; ЭХОКГ; коронарография.
4. Перикардит, пороки сердца, миокардит, кардиомиопатия, артериальная гипертензия
5. Характерна дестабилизация стенокардии (приступы ангинозных болей становятся более интенсивными, продолжительными, вызываются меньшей нагрузкой).

Тема №16: «ТЭЛА в амбулаторной практике»

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 1

Больная Т. 35 лет, офис-менеджер, доставлена бригадой скорой медицинской помощи в приёмное отделение городской больницы в связи с внезапно начавшимся приступом одышки смешанного характера, сердцебиением, колющей болью в прекардиальной области, головокружением и общей слабостью. В анамнезе отмечено, что за 5 суток до приступа одышки у больной появились мягкий отёк правой нижней конечности от стопы до паховой складки, незначительный цианоз и умеренная болезненность конечности. В последующем указанные симптомы сохранялись, пыталась лечиться самостоятельно, используя различные мази с антибиотиками и спиртовые компрессы. Настоящий приступ одышки возник впервые в конце продолжительного рабочего дня на фоне полного благополучия. Из анамнеза жизни известно, что пациентка работает в офисе и проводит большую часть времени в положении сидя, ведёт малоподвижный образ жизни, курит, применяет комбинированные оральные контрацептивы.

Объективно: состояние тяжёлое. Кожа и видимые слизистые бледные, чистые, видимая пульсация шейных вен. Отмечается отёк правой нижней конечности, мягкий и тёплый наощупь,

распространяющийся от уровня стопы до верхней трети бедра со слабо выраженным цианозом, умеренной болезненностью при пальпации и сохранённой пульсацией на артериях стопы, подколенной и общей бедренной артериях. Суставы без патологии. Грудная клетка правильной формы. Перкуторно над лёгкими ясный лёгочный звук. Дыхание везикулярное, хрипов нет, частота дыхания - 25 в минуту. Пульс одинаковый на обеих лучевых артериях, слабого наполнения, 110 в минуту, АД - 90/65 мм рт. ст. Акцент II-тона в точке выслушивания клапана лёгочной артерии. Шумов нет. Живот симметричный, мягкий, безболезненный во всех отделах при поверхностной и глубокой пальпации. Печень выступает из-под рёберной дуги на 1 см. Симптом поколачивания отрицательный. Индекс массы тела более 31 кг/м². Субфебрилитет. При лабораторных и инструментальных исследованиях выявлены следующие данные.

Общий анализ крови: гемоглобин - 130 г/л, эритроциты - $4,1 \times 10^{12}$ /л, лейкоциты - $5,7 \times 10^9$ /л, эозинофилы - 1%, палочкоядерные нейтрофилы - 10%, сегментоядерные нейтрофилы - 50%, лимфоциты - 35%, моноциты - 4%; СОЭ - 24 мм/ч.

Общий анализ мочи: соломенно-жёлтая, прозрачная, рН кислая, удельный вес - 1010, эпителий - 2-4 в поле зрения, эритроциты, цилиндры, соли не определяются.

Биохимическое исследование крови: билирубин общий - 12,8 мкмоль/л, креатинин 0,093 ммоль/л, глюкоза - 6,9 ммоль/л, холестерин - 6,2 ммоль/л, калий - 3,7 ммоль/л, общий белок - 75 г/л, фибриноген - 8,2 г/л, СРБ - 25 мг/л.

ЭКГ



Рентгенография ОГК



Вопросы:

1. Выделите синдромы, определите ведущий.
2. Интерпретируйте представленную электрокардиограмму.
3. Сформулируйте диагноз.

4. Составьте план дополнительных обследований.
5. Назначьте лечение.

ЭТАЛОН ОТВЕТА СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 1

1. Синдром дыхательной недостаточности, синдром острого лёгочного сердца, болевой синдром в грудной клетке, синдром венозной недостаточности, интоксикационный синдром. Ведущий – синдром острого лёгочного сердца.
2. Ритм синусовый, тахикардия, острая перегрузка правых отделов сердца, симптом SI-QIII-TIII, неполная блокада правой ножки пучка Гиса.
3. Острый тромбоз общей бедренной вены справа. Массивная тромбоэмболия лёгочной артерии. Острое лёгочное сердце.
4. Рентгенография органов грудной клетки. Дополнительные обследования
 - D-димер.
 - Тропонины T и I.
 - Эхо-кардиография.
 - ЦДС вен нижних конечностей и таза.
 - Компьютерная томография органов грудной клетки.
 - Коронароангиография.
5. Проведение системного лекарственного тромболизиса (Стрептокиназа 250 000 МЕ в качестве нагрузочной дозы за 30 минут, далее 100 000 МЕ/ч в течение 12-24 часов, либо Альтеплаза 100 мг в/в в течение 2 часов), антикоагулянтная терапия (Нефракционированный гепарин - 5000-10000 ЕД в/в струйно, затем постоянная инфузия 10-15 Ед/кг/мин – 5-7 дней либо низкомолекулярный Гепарин – фраксипарин 0,1 мл на 10 кг массы в течение 10 дней; Варфарин – за 5 дней до отмены Гепарина под контролем МНО, в течение 6-12 месяцев). Альтернативой комбинации парентеральных антикоагулянтов с Варфарином являются: Ривароксабан 15 мг 2 раза в день – 3 недели, затем 20 мг/сут или Апиксабан 10 мг 2 раза в день – 7 дней, затем 5 мг 2 раза в день. Инотропы (Добутамин 5-20 мкг/кг/мин или Допамин 5-30 мкг/кг/мин в/в инфузия), ингаляция кислородом (6-8 литров/мин), эластическая компрессия нижних конечностей, в подостром периоде физиопроцедуры, назначение НПВС, флеботоников. При наличии флотирующего тромба в просвете вены – установка съёмного каво-фильтра.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 2

Больной 52 лет 3 день после операции аппендэктомии. При попытке подняться с постели внезапно появилась одышка, сухой кашель, давящая боль по всей передней поверхности грудной клетки, резкая общая слабость, через сутки присоединилось кровохаркание.

Объективно: состояние средней тяжести, цианоз, набухание шейных вен. В лёгких дыхание везикулярное, хрипов нет. Частота дыхательных движений (ЧДД) – 36 в минуту. Тоны сердца приглушены, ритм правильный, акцент 2 тона на лёгочной артерии. ЭКГ: правограмма, глубокий зубец S в I отведении, зубец Q в III отведении, глубиной $\frac{1}{2}$ зубца R и продолжительностью 0,02 секунды. Депрессия сегмента ST и отрицательный зубец T в V1–V3 отведениях, высокие зубцы R в стандартных отведениях.

Вопросы:

1. Поставьте наиболее вероятный диагноз.
2. Какие методы исследования необходимы в данном случае?
3. Какое лечение следует назначить данному больному?
4. С какими заболеваниями следует провести дифференциальный диагноз?
5. Какие симптомы являются обязательными для данного заболевания?

ЭТАЛОН ОТВЕТА СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 2

1. Постоперационная ТЭЛА.
2. Общий анализ крови; мочи; биохимический анализ крови: общий белок, белковые фракции, билирубин, аминотрансферазы, ЛДГ общая и по фракциям, серомукоид, фибрин; ЭКГ в динамике; рентгенологическое исследование легких; вентиляционно-перфузионное сканирование

легких, исследование коагулограммы и D-димера в плазме крови; ЭХОКГ; селективная ангиопульмонография, инструментальная диагностика флеботромбозов нижних конечностей.

3. Тромболитическая терапия: рекомбинантный тканевой активатор плазминогена, гепаринотерапия до 30 000 ЕД в сутки, постоянная оксигенотерапия через носовой катетер (в ряде случаев искусственная вентиляция легких), за 3-5 дней до отмены Гепарина назначают Варфарин, Синкумар, при шоке – Добутамин, при инфаркт-пневмонии – антибиотики (нежелателен Пенициллин), облегчение боли. Катетерные и хирургические эмболэктомии. Установка кава-фильтров. Антиагреганты.

4. Инфаркт миокарда, расслаивающаяся аневризма аорты, долевая пневмония, пневмоторакс, острый перикардит.

5. Внезапное начало, боль за грудиной разнообразного характера, одышка, кашель, кровохарканье, синдром острого легочного сердца, клиника инфарктной пневмонии.

Тема №17: «Реабилитация больных после перенесенного инфаркта миокарда, инсульта»

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 1

Мужчина 52 лет обратился к врачу-терапевту участковому в поликлинике. Работает электриком в организации в течение 25 лет.

Жалобы на приступообразные боли в области сердца давящего характера, одышку при ходьбе и подъеме по лестнице на 3 этаж, периодические головные боли.

Из анамнеза известно, что пациент 2 года назад перенес мелкоочаговый инфаркт миокарда. Около 10 лет страдает артериальной гипертензией (АГ), однако несмотря на рекомендации врачей постоянной антигипертензивной терапии не получал. Во время последнего визита к врачу-терапевту участковому отмечалось АД – 160/100 мм рт. ст.; в биохимическом анализе крови гиперлипидемия. На ЭКГ в покое: синусовый ритм с ЧСС – 88 в минуту. Горизонтальная электрическая позиция сердца. Признаки гипертрофии левого желудочка. В V 4,5 - снижение сегмента ST и отрицательный зубец T. Рентгеноскопия сердца: сердце увеличено влево (граница сердца смещена влево и кзади за счет левого желудочка). Дуга аорты уплотнена и развёрнута.

Данные объективного осмотра: состояние удовлетворительное. ИМТ - 31 кг/м². Кожные покровы обычной окраски. В легких везикулярное дыхание. Тоны сердца приглушены, над верхушкой систолический шум, акцент 2 тона над аортой. Пульс – 78 ударов в минуту, ритмичный. АД – 170/100 мм рт. ст. Живот мягкий, печень не пальпируется. Дизурии нет. Отеков нет.

Анализ крови и мочи без патологии, общий холестерин – 6,2 ммоль/л, ТГ – 2,5 ммоль/л, креатинин – 101 мкмоль/л. ЭКГ: синусовый ритм. Горизонтальная электрическая позиция сердца. Признаки гипертрофии левого желудочка. В V 4,5 - снижение сегмента ST и отрицательный зубец T. Единичная желудочковая экстрасистола.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
4. Составьте план терапевтического лечения. Препараты каких групп антигипертензивных лекарственных средств Вы бы рекомендовали пациенту в составе комбинированной терапии? Обоснуйте свой выбор.
5. Определите трудовой, жизненный прогнозы, принципы диспансерного наблюдения.

ЭТАЛОН ОТВЕТА СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 1

1. Ишемическая болезнь сердца (ИБС). Стенокардия напряжения стабильная, функциональный класс (ФК) II. Постинфарктный кардиосклероз (дата). Артериальная гипертензия III стадии, II степени, ОВР (очень высокий риск). Хроническая сердечная недостаточность (ХСН) IIА стадии, ФК II. Ожирение 2 степени. Гиперлипидемия.
2. Диагноз «ИБС и стабильной стенокардии напряжения» установлен на основании жалоб больного на боль в области грудины давящего характера (возможно наличие иррадиации в левую руку, спину или нижнюю челюсть, длительность 2-5 мин, эквивалентами боли бывают одышка, ощущение «тяжести», «жжения», боль возникает во время физической нагрузки; вышеописанная боль быстро исчезает после прекращения физической нагрузки либо после приема Нитроглицерина); данных анамнеза (пациент 2 года назад перенес мелкоочаговый инфаркт миокарда). Установление II ФК стенокардии напряжения основано на жалобах

(имеется небольшое ограничение повседневной жизни, приступ стенокардии возникает при ходьбе по ровной местности на расстояние более двух кварталов (более 200 м) или подъёме на 1 этаж стандартной лестницы в обычном темпе.

Диагноз «артериальная гипертензия (АГ)» установлен на основании жалоб больного на повышение АД, данных анамнеза (пациент отмечает повышение АД в течение 10 лет); установление степени АГ основано на цифрах АД, измеренных во время приёма. Стадия АГ установлена на основании наличия поражения органов-мишеней (сердца). 4 степень риска (ОВР) поставлена на основании наличия метаболических нарушений (ожирение, дислипидемия), ИБС, ХСН.

Стадия ХСН установлена на основании наличия нарушения гемодинамики преимущественно в одном (малом) круге кровообращения, установление ФК обусловлено наличием умеренного ограничения физической активности (обычная физическая нагрузка вызывает слабость, утомляемость, сердцебиение, одышку и др. симптомы).

3. Пациенту рекомендовано проведение общего анализа крови, биохимического анализа крови, который должен включать определение креатинина, глюкозы, липидного спектра (общий холестерин, ХС-ЛВП, ХС-ЛНП, триглицериды), печеночных тестов (АЛТ, АСТ), показателей свертывающей системы крови (МНО, АЧТВ, ПВ, фибриноген). Проведение суточного мониторирования АД для оценки стабильности повышения АД, суточного профиля АД; проведение ЭКГ в покое; суточного мониторирования ЭКГ (формы нарушения сердечного ритма), ЭХОКГ для оценки толщины стенок миокарда, диастолической и систолической функции; рентгенографии грудной клетки.

Консультация врача-офтальмолога и проведение офтальмоскопии для оценки наличия гипертонической офтальмопатии; УЗ-исследование почек для оценки поражения органа-мишени почек.

В связи с тем, что почечная функция оказывает влияние на прогноз необходимо определение скорости клубочковой фильтрации (СКФ) по формуле СКД-ЕРІ.

4. Медикаментозное лечение должно проводиться с учётом сочетания АГ и ИБС. Рекомендуется диета (гипохолестериновая, потребление пищевой соли не должно превышать 5 г в сутки, овощей и фруктов не менее 400 г в сутки, включение в рацион рыбы). Контроль массы тела. Рекомендуются целевые уровни САД/ДАД в диапазоне 130-139/80-85 мм рт. ст. Наряду с использованием короткодействующих нитратов (Нитроглицерин 5 мг) или Изосорбида динитрат 10 мг сублингвально или в виде аэрозоля, ингибиторов АПФ, β-адреноблокаторов, гиполипидемических средств (статины), антиагрегантов (Аспирин ежедневно в низкой дозе, при непереносимости Клопидогрел) для лечения АГ, в составе комбинированной терапии наиболее обоснованно назначение антигипертензивных препаратов из групп ингибиторов АПФ или антагонистов рецепторов ангиотензину II (БРА), а также блокаторов кальциевых каналов.
5. Прогноз для жизни при соблюдении рекомендаций врача относительно благоприятный, для трудовой деятельности - неблагоприятный. Больной является инвалидом III группы (необходимо рациональное трудоустройство). Санаторно-курортное лечение с выездом в другие регионы нежелательно, возможно лечение только в местных санаториях кардиологического профиля или больнице восстановительного лечения.

Диспансерное наблюдение в течение первого года после мелкоочагового инфаркта миокарда проводит врач-терапевт участковый и врач-кардиолог поликлиники 2-4 раза в год, с контролем общего анализа крови, общего анализа мочи, ЭКГ, липидного профиля, показателей свертывающей системы крови (МНО, АЧТВ, ПВ, фибриноген), суточного мониторирования ЭКГ, эхокардиографии. В дальнейшем больной должен наблюдаться у врача-терапевта участкового с периодическими консультациями врача-кардиолога.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 2

Мужчина 65 лет обратился к врачу-терапевту участковому с жалобами на перебои в работе сердца, сердцебиение, боли в области сердца сжимающего характера и одышку при обычной физической нагрузке, общую слабость, быструю утомляемость, отеки ног. Из анамнеза известно, что больной 4 года назад перенес Q-инфаркт миокарда. Год назад появились периодически возникающие приступы фибрилляции предсердий длительностью до 7 суток, по поводу которых больной

неоднократно госпитализировался в кардиологическое отделение. Длительное время принимает Соталол 40 мг 2 раза в день, периодически - Аспирин и Нитроглицерин. При осмотре: состояние относительно удовлетворительное. ИМТ - 28 кг/м². Кожные покровы чистые, обычной окраски. Отмечается пастозность голеней. В лёгких дыхание везикулярное, в нижних отделах единичные незвучные влажные хрипы. Тоны сердца приглушены, аритмичные, мягкий систолический шум на верхушке. ЧСС - 84 удара в минуту. АД - 130/80 мм рт. ст. Живот мягкий, при пальпации безболезненный во всех отделах. Печень и селезёнка не увеличены. Дизурий нет. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный. В анализах: общий холестерин - 6,3 ммоль/л, ТГ - 2,7 ммоль/л, ХС-ЛПВП - 0,9 ммоль/л, глюкоза натощак - 5,9 ммоль/л, через 2 часа после приема 75 г глюкозы - 6,5 ммоль/л, креатинин - 92 мкмоль/л.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
4. С учётом шкалы CHA₂DS₂-VASc риск развития инсульта и системных тромбоэмболий у пациента составляет 3 балла. С учётом шкалы HAS-BLED риск кровотечений равен 1 баллу. Какой непрямой антикоагулянт Вы бы рекомендовали пациенту в составе комбинированной терапии? Обоснуйте свой выбор.
5. Назначьте полностью лечение в соответствии с диагнозом.

ЭТАЛОН ОТВЕТА СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 2

1. ИБС: стабильная стенокардия напряжения II ФК. Кардиосклероз постинфарктный (Q-инфаркт миокарда в 2012 году). Пароксизмальная форма фибрилляции предсердий. Дислипидемия. НК IIБ. ФК III.
2. Диагноз «ИБС» установлен на основании жалоб больного на боли в сердце сжимающего характера, данных анамнеза (Q-инфаркт миокарда 4 года назад). Пароксизмальная форма ФП установлена с учётом длительности пароксизма менее 7 суток. Стадия НК - с учётом характерных жалоб и недостаточности по двум кругам кровообращения, дислипидемия (повышения уровня ТГ и снижения уровня ЛПВП).
3. Общий анализ крови, общий анализ мочи, МНО, коагулограмма, АСАТ, АЛАТ, общий белок, проведение ЭКГ, проведение ЭХО-КГ для оценки толщины стенок миокарда, диастолической и систолической функции.
4. Риск развития системный тромбоэмболий у пациента высокий, риск развития кровотечения низкий, следовательно, можно назначить Варфарин под контролем МНО (2,5 мг 1 раз вечером) или новый непрямой антикоагулянт (Дабигатран по 150 мг 2 раза в день или Ривароксабан 20 мг 1 раз в день).
5. Варфарин по 2,5 мг 1 раз в день вечером (целевой уровень МНО от 2 до 3), Соталол по 80 мг 2 раза в день, низкие дозы ИАПФ, например, Периндоприл по 2,5 мг 1 раз в день, Нитроглицерин при болях в сердце, статины, например, Аторвастатин по 20 мг 1 раз вечером, Триметазидин по 35 мг 2 раза в день 3 месяца.

Тема №18: «Реабилитация кардиохирургических больных»

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 1

Мужчина 59 лет находился на стационарном лечении в кардиологическом диспансере с 01.09.2016 г. по 14.09.2016 г. по поводу переднего Q-образующего инфаркта миокарда от 01.09.2016 г. Поступал с жалобами на интенсивные давящие загрудинные боли с иррадиацией в область левой лопатки, одышку, возникшие после стрессовой ситуации. Из анамнеза известно, что в последние 2 года периодически повышалось АД до максимальных цифр 160/90 мм рт.ст. Постоянно лекарственную терапию не получал, эпизодически принимал каптоприл 25 мг. При физической нагрузке периодически возникал дискомфорт в области сердца, одышка. За медицинской помощью не обращался. Курит более 30 лет по ½ пачке сигарет в день. Семейный анамнез: отец умер от инфаркта миокарда в возрасте 60 лет. Работает машинистом башенного крана. При поступлении проведена коронароангиография, обнаружена окклюзия передней межжелудочковой артерии, выполнены ЧТКА и эндопротезирование передней межжелудочковой артерии. В анализах: общий холестерин - 6,36 ммоль/л, ЛПНП - 3,69 ммоль/л, ЛПВП - 1,25 ммоль/л, ТГ - 2,26 ммоль/л, глюкоза натощак - 4,5.

ЭХО-КГ: гипертрофия левого желудочка, увеличение полости левого предсердий.

Локальная гипокинезия боковой стенки левого желудочка. Митральная регургитация 2 ст., трикуспидальная регургитация 1 ст. Нарушение диастолической функции левого желудочка ($VE/VA < 1,0$). ФВ – 48%.

Период стационарного лечения протекал без особенностей, после выписки пациент направлен в специализированный кардиореабилитационный стационар, где находился до 30.09.2016 г.

Результаты велоэргометрии: субмаксимальная ЧСС 137 уд/мин достигнута при нагрузке 100 Вт. Результаты теста с 6-минутной ходьбой: за 6 мин пройдено 412 метров. 30.09.2016 г. явился на приём в поликлинику по месту жительства. Боли в сердце не беспокоят, при быстрой ходьбе появляется одышка. Постоянно принимает аспирин 100 мг/сут, клопидогрел 75 мг/сут, аторвастатин 40 мг/сут, бисопролол 2,5 мг/сут, лизиноприл 5 мг 2 раза в сутки.

При осмотре: состояние удовлетворительное. ИМТ – 37 кг/м². Кожные покровы чистые, обычной окраски. В лёгких дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД 16 в мин. Тоны сердца ослаблены, ритм правильный. ЧСС – 70 уд. в мин., АД – 150/100 мм рт.ст. Живот мягкий, при пальпации безболезненный во всех отделах. Печень и селезёнка не увеличены. Отеков нет. Дизурических расстройств нет. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный с обеих сторон.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Разработайте программу реабилитации на поликлиническом этапе.
4. Оцените данные лабораторных анализов и объективного осмотра пациента, проведите коррекцию медикаментозной терапии.
5. Укажите сроки временной нетрудоспособности. Разработайте план диспансерного наблюдения.

ЭТАЛОН ОТВЕТА СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 1

1. ИБС: стенокардия напряжения II ФК. Постинфарктный кардиосклероз (01.09.2016 г.). ЧТКА и эндопротезирование передней межжелудочковой артерии (01.09.2016 г.). Артериальная гипертензия III стадии, II степени, риск 4. Ожирение 2 ст. Гиперлипидемия. Хроническая сердечная недостаточность IIА стадии, II ФК.

2. Диагноз «ИБС: стенокардия напряжения» поставлен на основании жалоб пациента на типичные ангинозные боли, данных анамнеза, наличия стенозирующего атеросклероза коронарных артерий (по данным коронароангиографии), перенесённого инфаркта миокарда. Постинфарктный кардиосклероз выставлен, поскольку с момента перенесённого инфаркта миокарда прошло более 28 суток. Функциональный класс стенокардии напряжения определён в соответствии с результатами велоэргометрии (нагрузка 100 Вт соответствует второму ФК). Диагноз гипертонической болезни (ГБ) установлен на основании данных анамнеза (повышение АД в последние 2 года), стадия ГБ установлена на основании наличия ИБС, постинфарктного кардиосклероза как ассоциированного клинического состояния. Постановка степени ГБ основана на цифрах повышения АД в анамнезе и при объективном осмотре. Риск ССО определён в соответствии со степенью повышения АД и наличия ассоциированного клинического состояния. Ожирение 2 ст. установлено на основании значения ИМТ. Гиперлипидемия установлена на основании повышения уровня общего холестерина, ЛПНП, ТГ. Диагноз «хроническая сердечная недостаточность» установлен на основании жалоб пациента на одышку при физической нагрузке, наличия диастолической дисфункции ЛЖ по данным ЭХО-КГ. Стадия ХСН определена в соответствии с классификацией Василенко-Стражеско по наличию умеренных признаков недостаточности кровообращения по малому кругу. ФК ХСН определён в соответствии с пройденной дистанцией теста с 6-минутной ходьбой.

3. После выписки больного из стационарного кардиореабилитационного отделения он направляется в поликлинику по месту жительства, в котором наблюдается в течение 1 года врачом-кардиологом. При отсутствии врача-кардиолога пациент наблюдается врачом-терапевтом участковым. Через год пациент переводится в группу наблюдения с другими формами ИБС. Программа кардиореабилитации на поликлиническом этапе включает в себя программы контролируемых физических тренировок (ФТ). Пациент должен выполнять аэробную ФТ средней интенсивности и длительностью по 30 мин ≥ 3 раза в неделю. ФТ осуществляются под контролем клинического состояния пациента, АД, ЧСС, ЭКГ. В первые недели занятий ЧСС на высоте ФТ и в первые 3 минуты после неё не должна превышать исходную более чем на 20 ударов в минуту, а дыхание - не более чем на 6 в минуту. Допускается повышение (от исходного) систолического АД на 20-40

мм и диастолического АД на 10-12 мм рт. ст. Данному пациенту в качестве физической нагрузки может быть назначена дозированная ходьба. Для дозированной ходьбы ЧСС остаётся основным методом контроля правильного дозирования нагрузки. Тренировочная ЧСС может быть рассчитана по формуле: ЧСС тренировочная = (ЧСС максимальная - ЧСС покоя) × 60% + ЧСС покоя. Период активного контроля за пациентом должен продолжаться от 3 до 6 месяцев. Далее больному назначаются неконтролируемые ФТ, легко и без всяких опасений выполняемые в домашних условиях под самоконтролем. Посещение образовательных программ «Школа для больных, перенёсших инфаркт миокарда». При необходимости - программы психологической реабилитации. Программы по модификации факторов риска - занятия с диетологом, специалистом по отказу от курения. Медикаментозная терапия: блокаторы P2Y12 рецепторов - в течение 1 года после перенесённого инфаркта миокарда; Аспирин, ингибиторы АПФ, бета-адреноблокаторы, статины - постоянно, в дозах, необходимых для поддержания целевых показателей АД, ЧСС, ЛПНП. Профессиональная реабилитация: работа по основной профессии невозможна (значительное физическое и эмоциональное напряжение, работа на высоте). Показано направление пациента на МСЭ для установления группы инвалидности на 1 год. Переобучение на профессию, не связанную с значительным физическим и эмоциональным напряжением.

4. В объективном осмотре обращают на себя внимания значения ЧСС и АД, которые выше целевых после перенесённого инфаркта миокарда, что требует коррекции медикаментозной терапии - увеличение дозы бета-адреноблокаторов и ингибиторов АПФ до достижения целевых значений ЧСС и АД. В лабораторных анализах обращает на себя внимание гиперхолестеринемия (увеличение уровня общего холестерина, ЛПНП, ТГ). Рекомендуются выполнить повторное исследование липидного спектра крови через 4-6 недель после инфаркта миокарда, при необходимости произвести коррекцию дозы статинов до достижения уровня ЛПНП менее 1,8 ммоль/л.

5. Срок временной нетрудоспособности для пациента с трансмуральным инфарктом миокарда передней стенки ЛЖ без существенных осложнений составляет 70-90 суток. Пациенту необходимо ежемесячное диспансерное наблюдение врача-кардиолога с выполнением ряда диагностических исследований с определённой периодичностью: ЭКГ в покое - не менее 1 раза в 2 месяца (кратность проведения зависит от наличия и частоты приступов стенокардии); суточное мониторирование ЭКГ по Холтеру - 1 раз в год; ЭХО-КГ - 1 раз в 6 месяцев; исследование липидного спектра крови - через 4-6 недель после инфаркта миокарда и через 3 месяца после начала медикаментозной терапии. При достижении целевого уровня общего холестерина и ЛПНП повторные измерения необходимо проводить 4 раза в первый год лечения и 2 раза в год в последующие годы. Проба с физической нагрузкой (не ранее 3-6 недель после инфаркта миокарда) данному пациенту выполнена в условиях реабилитационного центра.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 2

Больной 36 лет до последнего времени чувствовал себя удовлетворительно, работал. В течение года после значительной физической нагрузки отмечает сердцебиение, одышку. Дважды кратковременная потеря сознания. Обратился в поликлинику. Объективно при осмотре: состояние удовлетворительное. Кожные покровы бледные. Пульсация сосудов шеи. Перкуссия сердца - границы относительной сердечной тупости смещены влево. При аускультации сердца ритм правильный, грубый интенсивный систолический шум во II межреберье справа от грудины, в точке Боткина, проводится на сосуды шеи. АД - 110/95 мм рт. ст. По данным электрокардиограммы: высокий зубец R в I, aVL, V5, V6, переходная зона смещена к правым грудным отведениям (V2 - V3), QRS 0,12 секунд.

Вопросы:

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Определите объём обследования пациента в амбулаторных условиях с целью уточнения диагноза и дальнейшую тактику ведения.
3. Определите показания для направления на МСЭ после проведённого оперативного лечения.
4. Проведите экспертизу временной нетрудоспособности.
5. Решите вопрос о возможности санаторно-курортного лечения для данного пациента.

ЭТАЛОН ОТВЕТА СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 2

1. Стеноз аортального клапана.
2. Необходимо провести дообследование: ЭхоКГ, обзорную рентгенографию грудной клетки, клинический минимум. Направить к врачу-сердечно-сосудистому хирургу для решения вопроса о возможности хирургической коррекции данного порока.

3. При наличии протезированного сердечного клапана показанием для направления на МСЭ будет являться умеренная степень нарушения функции сердечно-сосудистой системы, обусловленная вышеуказанными заболеваниями, приводящими к ХСН IIА стадия, ФК II, III (40-50%, что соответствует третьей группе инвалидности).

4. Пациент нетрудоспособен на весь период уточнения диагноза, оперативного лечения и послеоперационного периода. При благоприятном прогнозе - изолированном пороке, небольшом объеме операции, выполненной до развития тяжелых органических изменений в сердце и легких, положительной динамике гемодинамических нарушений, отсутствии тяжелых осложнений - целесообразно лечение по временной нетрудоспособности в пределах 10 месяцев до полного или частичного восстановления трудоспособности. У больных с сомнительным и отягощенным прогнозом после эффективной операции и при неудовлетворительных результатах лечения длительность временной нетрудоспособности не должна превышать 4 месяца с последующим направлением на МСЭ.

5. Аортальный порок при ХСН IIА стадии (ФК II) без прогностически неблагоприятных нарушениях сердечного ритма, без признаков активности ревматического процесса, без приступов стенокардии - показание для лечения в местных кардиологических санаториях.

Тема №19: «Метаболический синдром в практике врача-терапевта»

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 1

Женщина 36 лет, продавец, обратилась с жалобами на «какую-то мочевую инфекцию, от которой никак не может избавиться». Пациентка считает, что страдает дрожжевой инфекцией мочеполовой системы, так отмечает постоянные белесые выделения из половых путей, зуд и жжение при мочеиспускании. Также она отмечает увеличение частоты мочеиспусканий, связывает это с инфекцией. Моча светлая, обильная, без патологических примесей. В течение последних лет отмечает постоянное увеличение массы тела, за последний год прибавка массы тела составила не менее 6 кг. Пациентка пробовала различные диеты для контроля массы тела, но безуспешно. В последние 3-4 месяца придерживается диеты с ограничением углеводов, но большим количеством белка и жиров. Со слов, хроническими заболеваниями не страдала. Во время единственной беременности в возрасте 30 лет отмечала избыточную прибавку массы тела и большую массу тела плода – при рождении вес составлял 5100 г, роды путем кесарева сечения. Семейный анамнез неизвестен. При физикальном обследовании рост 155 см, масса тела 86 кг. Кожа влажная, тургор несколько снижен, имеется гиперпигментация и утолщение кожи по задней поверхности шеи и в подмышечных областях, под молочными железами отмечается яркая гиперемия. Дыхание везикулярное, хрипов нет, частота дыхания 16 в минуту. Границы относительной сердечной тупости не изменены, при аускультации тоны сердца ритмичные, акцент 2 тона на аорте, АД – 138/88 мм.рт.ст., ЧСС – 72 удара в минуту. Живот мягкий, безболезненный. По результатам гинекологического обследования обнаружены обильные белые вагинальные выделения, соответствующие картине кандидозного кольпита, что подтверждено результатами микробиологического исследования. Результат исследования мочи с использованием тест-полоски показал отрицательные пробы на нитриты, лейкоцитарную эстеразу, белок и глюкозу. Глюкоза периферической капиллярной крови при исследовании портативным глюкометром – 12,5 ммоль/л.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Какие дополнительные лабораторные исследования необходимо выполнить этой пациентке?
4. Какие индивидуальные цели лечения (показатели углеводного обмена и липидов крови) следует установить данной пациентке?
5. Дайте диетические рекомендации пациентке.

ЭТАЛОН ОТВЕТА СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 1

1. Сахарный диабет 2 типа, впервые выявленный. Ожирение 2 степени.
2. Анамнестические и физикальные признаки, указывающие на возможный сахарный диабет: ожирение, полиурия, акантоз (гиперпигментация и утолщение кожи по задней поверхности шеи и в подмышечных областях), кандидозная инфекция половых путей и, возможно, кожи (под молочными железами), большая масса тела плода (>4500 г) при рождении. Диагноз «сахарный диабет» устанавливается, если гликемия в цельной капиллярной крови (глюкометром) натощак $\geq 6,1$ ммоль/л или при случайном определении $\geq 11,1$ ммоль/л. У данной пациентки – 12,5 ммоль/л при

случайном определении. Следует отметить, что диагноз сахарного диабета всегда следует подтверждать повторным определением гликемии в последующие дни (за исключением случаев несомненной гипергликемии с острой метаболической декомпенсацией или с очевидными симптомами), таким образом, однократное выявление гипергликемии недостаточно для установления диагноза. Сахарный диабет 2 типа – нарушение углеводного обмена, вызванное преимущественной инсулинорезистентностью и относительной инсулиновой недостаточностью или преимущественным нарушением секреции инсулина с инсулинорезистентностью или без нее, в то время как сахарный диабет 1 типа – деструкция β -клеток поджелудочной железы, обычно приводящая абсолютной инсулиновой недостаточности. У данной пациентки имеются указания на постепенное неуклонное нарастание массы тела, что обычно связано с инсулинорезистентностью и свидетельствует о 2 типе сахарного диабета. Ожирение устанавливается по ИМТ=35,8 кг/м²(значения ИМТ выше 30 – ожирение, от 35,0 до 39,9 – ожирение 2 степени).

3. Гликированный гемоглобин (HbA1c), общий анализ крови, общий анализ мочи, микроальбуминурия, белок крови, общий холестерин, холестерин ЛПВП, холестерин ЛПНП, триглицериды (липидный профиль), билирубин, АСТ, АЛТ («печеночные пробы»), мочевиная кислота, мочевиная, креатинин крови с расчетом СКФ, электролиты крови: калий и натрий.

4. Выбор индивидуальных целей лечения зависит от возраста пациента, ожидаемой продолжительности жизни, наличия тяжелых осложнений и риска тяжелой гипогликемии. У пациента молодого возраста без тяжелых макрососудистых осложнений и/или риска тяжелой гипогликемии целевое значение гликированного гемоглобина (Hb A1c) <6,5%. Целевые уровни показателей липидного обмена: общий холестерин <4,5 ммоль/л, холестерин ЛПНП < 2,5 ммоль/л, холестерин ЛПВП > 1,3 ммоль/л, триглицериды < 1,7 ммоль/л.

5. Ограничение калорийности рациона с целью снижения массы тела на 10-15%, рекомендуемый суточный калораж 1350 ккал (рекомендуется дефицит 500 -750 ккал/сут, исходя из основного обмена в 1300 ккал/сут для женщин и коэффициента физической активности 1,6 (работники, занятые легким трудом) бездефицитная калорийность рациона 2080 ккал/сут). Это обеспечивает положительный эффект в отношении гликемического контроля, липидов и артериального давления, особенно в ранний период заболевания. Достижение снижения массы тела наиболее эффективно при одновременном применении физических нагрузок и обучающих программ. Резкие, нефизиологические ограничения в питании и голодание противопоказаны. Идеального процентного соотношения калорий из белков, жиров и углеводов не существует. Как правило, полезным для снижения массы тела может быть максимальное ограничение жиров (прежде всего животного происхождения) и сахаров; умеренное ограничение (в размере половины привычной порции) продуктов, состоящих преимущественно из сложных углеводов (крахмалов) и белков; и неограниченное потребление продуктов с минимальной калорийностью (в основном богатых водой и клетчаткой овощей). Следует рекомендовать потребление углеводов в составе овощей, цельнозерновых, молочных продуктов, в противовес другим источникам углеводов, содержащих дополнительно насыщенные или транс-жиры, сахара или натрия. Важно также включать в рацион продукты, богатые моно- и полиненасыщенными жирными кислотами (рыба, растительные масла). Допустимо умеренное потребление некалорийных сахарозаменителей. Употребление алкогольных напитков возможно в количестве, содержащем не более 10 г чистого этанола в сутки (но не ежедневно).

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 2

Пациент С. 54 лет проходит первый этап диспансеризации. По данным анкеты курит по ½ пачки сигарет в сутки в течение 10 лет, тратит на ходьбу в умеренном темпе менее 30 минут в день, не употребляет ежедневно фрукты и овощи в количестве 400 г, употребляет более 6 чайных ложек сахара или варенья в день, не обращает внимания на содержание жира/холестерина в продуктах при покупке (на этикетках) или при приготовлении пищи. Жалоб нет. Общее состояние удовлетворительное. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧД – 16 в минуту. Тоны сердца ясные, чистые, ритм правильный. Частота сердечных сокращений – 72 в минуту. АД – 120/80 ммрт.ст. Язык чистый, влажный. Живот увеличен в объеме за счёт подкожной жировой клетчатки, мягкий при пальпации, безболезненный. Печень и селезенка не пальпируются. Индекс массы тела – 31 кг/м². Окружность талии – 108 см. Клинический анализ крови и мочи в норме. Общий холестерин (ОХС) сыворотки крови – 6,1 ммоль/л. Глюкоза крови – 4,8 ммоль/л. Флюорография без патологических изменений.

Вопросы:

1. Сформулируйте диагноз.

2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Нуждается ли больной в дополнительном обследовании в рамках 2 этапа диспансеризации? Обоснуйте Ваше решение и дайте рекомендации.
4. Какие рекомендации Вы дадите при проведении краткого профилактического консультирования в рамках 1 этапа диспансеризации?
5. Оцените показатели липидного спектра и сформулируйте окончательный диагноз. ОХС – 6,1 ммоль/л, ХС ЛПВП – 1,4 ммоль/л, ТГ – 2,4 ммоль/л, ХС ЛПНП – 3,6 ммоль/л.

ЭТАЛОН ОТВЕТА СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 2

1. Ожирение абдоминальное 1 степени. Гиперхолестеринемия тяжёлая.
2. Ожирение абдоминальное 1 степени поставлено на основании осмотра и данных антропометрии (увеличение живота, индекс массы тела более нормы (до 24,9 кг/м²), более чем избыточное питание (25-29,9 кг/м²), окружность талии – более 102 см). Гиперхолестеринемия тяжёлая выставлена на основании данных лабораторных исследований (ОХС более 5,9 ммоль/л – выраженное повышение).
3. Пациент нуждается в направлении на 2 этап диспансеризации. Учитывая наличие тяжёлой гиперхолестеринемии, необходимо назначить исследование крови на липидный спектр: определить холестерин липопротеинов высокой плотности (ХС ЛПВП), триглицериды (ТГ) и холестерин липопротеинов низкой плотности ХС ЛПНП). Провести краткое профилактическое консультирование.
4. Краткое профилактическое консультирование включает рекомендации по изменению образа жизни (отказаться от курения, снизить потребление легкоусвояемых углеводов и жиров, увеличить потребление фруктов и овощей до 400 г в сутки, увеличить физическую активность – ходьба на работу в обычном или ускоренном темпе не менее 30 минут в день).
5. ОХС повышен (норма – до 5 ммоль/л), ХС ЛПВП нормальный (для мужчин нижняя граница нормы – 1 ммоль/л), ТГ умеренно повышен (норма – менее 1,7 ммоль/л, умеренное повышение – 2,2-4,5 ммоль/л), ХС ЛПНП умеренно повышен (норма – менее 3 ммоль/л, умеренное повышение – 3-3,9 ммоль/л). Ожирение 1 степени абдоминальное. Гиперлипидемия IIб тип, умеренная.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 3

Мужчина 67 лет обратился к врачу-терапевту участковому с жалобами на головную боль, преимущественно в затылочной области, при повышении АД до 180/100 мм рт.ст.

Из анамнеза известно, что пациент страдает АГ около 10 лет, однако, несмотря на рекомендации врачей, постоянной антигипертензивной терапии не получал. Во время последнего визита к врачу-терапевту четыре месяца назад было зарегистрировано АД 170/100 мм рт.ст., в анализе мочи выявлялась альбуминурия 30 мг/сутки, в биохимическом анализе крови уровень общего холестерина – 5,7 ммоль/л.

Семейный анамнез: мать 88 лет страдает АГ, отец умер в 55 лет от ИМ.

При осмотре: состояние относительно удовлетворительное. ИМТ – 34 кг/м². Окружность талии – 104 см, окружность бёдер – 102 см. Кожные покровы чистые, обычной окраски. В лёгких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, ритмичные, акцент II тона над проекцией аорты. ЧСС – 74 удара в минуту, АД – 170/100 рт.ст. Живот мягкий, при пальпации безболезненный во всех отделах. Печень и селезёнка не увеличены. Дизурий нет. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный.

В анализах: общий холестерин – 6,7 ммоль/л, ТГ – 2,9 ммоль/л, ХС-ЛПВП – 0,9 ммоль/л, глюкоза натощак – 5,8 ммоль/л, через 2 часа после приёма 75 г глюкозы – 6,4 ммоль/л, креатинин – 101 мкмоль/л, СКФ (по формуле СКД-ЕП) = 70,8 мл/мин, альбуминурия – 100 мг/сутки.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
4. Препарат какой группы антигипертензивных лекарственных средств Вы бы рекомендовали пациенту в составе комбинированной терапии? Обоснуйте свой выбор.
5. Через 6 месяцев регулярной антигипертензивной терапии (комбинация Амлодипина в дозе 5 мг/сутки и препарата из группы антигипертензивных лекарственных средств, выбранной в прошлом вопросе), приёма Розувостатина 20 мг/сутки, соблюдения диеты АД колеблется в пределах 120-130/70-80 мм рт.ст., глюкоза натощак – 5,4 ммоль/л,

общий холестерин – 5,0 ммоль/л, ТГ – 1,5 ммоль/л, ХС-ЛПВП – 1,7 ммоль/л, креатинин – 108 мкмоль/л, СКФ (по формуле СКД-ЕРІ) = 65,3 мл/мин, альбуминурия – 10 мг/сутки.
Какова Ваша дальнейшая лечебная тактика? Обоснуйте Ваш выбор.

ЭТАЛОН ОТВЕТА СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА

1. Артериальная гипертензия II стадии, II степени, риск ССО 4. Ожирение 1 степени. Гиперлипидемия (метаболический синдром). Хроническая болезнь почек II стадии, альбуминурия 2А стадия.
2. Диагноз «артериальная гипертензия (АГ)» установлен на основании жалоб больного на повышение АД, данных анамнеза (пациент отмечает повышение АД в течение 6 лет). Установление степени АГ основано на цифрах АД, измеренных во время приёма. Стадия АГ установлена на основании наличия поражения органов-мишеней (почек). Степень риска ССО поставлена на основании наличия метаболического синдрома, ХБП.

Диагноз «хроническая болезнь почек (ХБП)» определён по наличию признаков поражения почек (альбуминурия) на протяжении 3 и более месяцев (анамнестические данные) и снижении СКФ.

Диагноз «метаболический синдром» установлен на основании наличия ожирения, АГ, дислипидемии (повышения уровня ТГ и снижения уровня ЛПВП), гипергликемии натощак.

3. Пациенту рекомендованы: проведение суточного мониторирования АД для оценки стабильности повышения АД, суточного профиля АД, проведение ЭКГ, проведение ЭХО-КГ для оценки толщины стенок миокарда, диастолической и систолической функции, консультация врача-офтальмолога и проведение офтальмоскопии для оценки наличия гипертонической офтальмопатии, УЗ-исследование почек для оценки поражения органа-мишени почек.
4. Ингибиторы АПФ или антагонисты рецепторов к ангиотензину II. Выбор препарата из этих групп основан на их нефропротективных свойствах. Данные группы антигипертензивных препаратов являются «золотым» стандартом при лечении пациентов ХБП I-III стадии. Наиболее доказанными нефропротективными свойствами из группы ингибиторов АПФ обладает Рамиприл, из группы антагонистов рецепторов к ангиотензину II – Лозартан.
5. Оставить антигипертензивную терапию без изменений, продолжить динамическое наблюдение. Необходимо уточнить рацион питания пациента и его физическую активность перед проведением анализа на креатинин. В настоящее время нельзя говорить о том, что снижение СКФ является негативным результатом, оно может быть связано в частности с тем, что клубочки почек стали работать без гиперфункции и данное значение СКФ является истинным для данного пациента. Контроль функции почек через 6 месяцев. Терапия остается без изменений при сохранении СКФ на тех же значениях, сохранении целевых цифр АД через 6 месяцев.

Тема №20: «Заболевания почек в амбулаторной практике»

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 1

Больной 23 лет обратился к врачу-терапевту учаковому с жалобами на отёки лица, век, туловища, конечностей, снижение количества выделяемой за сутки мочи, слабость, головную боль. Из анамнеза известно, что страдает хроническим тонзиллитом. Подобные симптомы впервые появились 2 года назад, длительно лечился в нефрологическом отделении, получал преднизолон с положительным эффектом, выписан из стационара в удовлетворительном состоянии. После выписки у врача не наблюдался, не лечился, хотя отмечал периодически отёки на лице. 2 недели назад переболел ангиной, после этого состояние резко ухудшилось, появились вышеуказанные жалобы. При осмотре АД – 150/95 мм рт. ст., ЧСС – 92 удара в минуту, ЧДД – 22 в мин. Данные обследования. Общий анализ крови: эритроциты - $3,4 \times 10^{12}/л$, гемоглобин - 124 г/л, цветовой показатель - 0,89, лейкоциты - $5,4 \times 10^9/л$, лейкоцитарная формула - в норме, СОЭ – 42 мм/ч. Биохимическое исследование: общий белок крови – 35,6 г/л, альбумины – 33%, холестерин крови – 9 ммоль/л. Общий анализ мочи: удельный вес – 1012, белок – 5,4 г/л, эритроциты выщелоченные – 20-25 в поле зрения, восковидные цилиндры – 9-10 в поле зрения.

Вопросы:

0. Укажите основной клинико-лабораторный синдром.
1. Сформулируйте предположительный диагноз.

2. Какие дополнительные исследования необходимы для уточнения диагноза?
3. Назначьте лечение в соответствии с клиническими рекомендациями по терапии больных с данной патологией.
4. Каковы ориентировочные сроки временной нетрудоспособности при данном заболевании? Как часто следует производить диспансерное наблюдение?

ЭТАЛОН ОТВЕТА СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 1

1. Нефротический синдром.
2. Хронический гломерулонефрит, нефротическая форма, стадия обострения.
3. Проведение УЗИ органов брюшной полости и почек, ЭКГ, ЭхоКГ, рентгенография органов грудной клетки, определение креатинина, мочевины, электролитов, тромбоцитов, коагулограмма, время свёртываемости крови, расчёт СКФ, определение суточной протеинурии, исследование глазного дна, пункционная биопсия почек.
4. Пациенту показана диета № 7. Основное лечение состоит из четырёхкомпонентной схемы, включающей в себя глюкокортикостероиды (Преднизолон в дозе 1 мг/кг/сут); цитостатики (Циклофосфан 100-200 мг/сут); антикоагулянты (Гепарин 10 тыс. ЕД/сут); антиагреганты (Курантил 300-400 мг/сут). Дополнительно: диуретики, ингибиторы АПФ / блокаторы рецепторов ангиотензина II, блокаторы кальцевых каналов, статины под контролем липидного спектра.
5. Временная нетрудоспособность – 60-75 дней. Диспансерный осмотр – не реже 1 раза в 3 месяца.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 2

Больная 18 лет обратилась к врачу-терапевту участковому с жалобами на боли в поясничной области, учащенное мочеиспускание, озноб. Из анамнеза известно, что часто болеет ОРВИ, периодически отмечает тупые боли внизу живота, на этом фоне бывает субфебрильная температура; иногда отмечается болезненное мочеиспускание.

При осмотре: кожные покровы обычной окраски, температура 37,8°C. В лёгких дыхание везикулярное, хрипов нет. Число дыхательных движений – 20 в минуту. Тоны сердца ясные, ритмичные. Частота сердечных сокращений – 96 в минуту. Симптом Пастернацкого положительный с обеих сторон. Мочеиспускание учащено и болезненно. Отеков нет. Общий анализ крови: гемоглобин – 114 г/л, эритроциты – $4,5 \times 10^{12}/л$, лейкоциты – $18,5 \times 10^9/л$, палочкоядерные нейтрофилы – 10%, сегментоядерные нейтрофилы – 70%, лимфоциты – 22%, моноциты – 9%, СОЭ – 28 мм/час.

Общий анализ мочи: реакция щелочная, белок - 0,06%, лейкоциты – сплошь на все поле зрения, эритроциты – 1-2 в поле зрения, бактерии – значительное количество. УЗИ почек: почки расположены правильно, размеры на верхней границе нормы. Чашечно-лоханочная система расширена с обеих сторон.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Укажите дополнительные методы исследования для уточнения диагноза.
4. Назовите исследование, необходимое для назначения адекватной терапии.
5. Назовите мероприятия диспансерного наблюдения за больной при достижении ремиссии.

ЭТАЛОН ОТВЕТА СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 2

1. Хронический двусторонний пиелонефрит, фаза обострения.
2. Хронический, так как в анамнезе – неоднократные подъёмы температуры, сочетающиеся с болями в животе и болезненным мочеиспусканием. По данным УЗИ выявлено расширение собирательных систем обеих почек. Фаза обострения, так как при поступлении имелись явления интоксикационного синдрома, положительный симптом Пастернацкого, выраженная лейкоцитурия и бактериурия, воспалительная реакция периферической крови.
3. Необходимо выполнить бактериологическое исследование мочи с целью типирования микрофлоры; исследование мочи по Зимницкому (для хронического пиелонефрита характерно умеренное снижение концентрационной способности почек); определение креатинина крови, при нормальных значениях показана внутривенная экскреторная урография (для оценки анатомического и функционального состояния мочевыводящих путей).
4. Определение чувствительности микрофлоры мочи к антибиотикам.
5. Наблюдение врача-нефролога, врача-терапевта участкового по месту жительства, санация хронических очагов инфекции. Контроль общего анализа мочи 1 раз в месяц, внеочередной контроль

общего анализа мочи при интеркуррентных заболеваниях. Противорецидивное лечение после обострения в течение 1 года с применением растительных уросептиков. Сцинтиграфия почек через 6 месяцев после купирования атаки пиелонефрита (наличие очагов сморщивания паренхимы почек у пациентки с хроническим воспалительным процессом). Мониторинг СКФ 1 раз в 6 месяцев

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 3

Больной М. 24 лет обратился к врачу-терапевту участковому с жалобами на головную боль, общую слабость и утомляемость, снижение аппетита. Из анамнеза известно, что в возрасте 14 лет после перенесенного ОРЗ у пациента появились отёки лица, сохранялась субфебрильная температура в течение 3-4 месяцев, были изменения в моче. Лечился у педиатра около года «от нефрита», получал Преднизолон. Последний год чувствовал себя хорошо, заметных отёков не было. Во время медосмотра выявлено повышение АД - 140/90 мм рт. ст. и пастозность лица. Было рекомендовано обратиться в поликлинику по месту жительства для обследования и верификации диагноза. При осмотре: нормального телосложения, ИМТ = 21 кг/м², кожа бледная, сухая, имеются следы расчесов на руках, пояснице, туловище, отёки лица и кистей рук. Язык сухой, с коричневатым налетом. В лёгких дыхание везикулярное, хрипов нет. Границы относительной сердечной тупости расширены влево на 1,5 см от срединно-ключичной линии. Пульс - 76 ударов в минуту, высокий. АД - 140/90 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный при пальпации во всех отделах. Печень и селезёнка не увеличены. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный. Отмечает уменьшение выделяемой мочи. Отёков на нижних конечностях нет.

Общий анализ крови: эритроциты - $3,2 \times 10^{12}/л$, гемоглобин - 105 г/л, лейкоциты - $5,2 \times 10^9/л$, палочкоядерные нейтрофилы - 4%, сегментоядерные нейтрофилы - 65%, эозинофилы - 3%, моноциты - 5%, лимфоциты - 23%, СОЭ - 12 мм/ч. Биохимические исследования крови: общий холестерин - 7 ммоль/л, креатинин крови - 170 мкмоль/л, мочевины крови - 11 ммоль/л. В анализах мочи: удельный вес - 1009, белок - 1,1%, лейкоциты - 2-4 в поле зрения, эритроциты - 7-10 в поле зрения, гиалиновые цилиндры - 2-3 в поле зрения. Альбуминурия - 250 мг/сут. СКФ (по формуле СКД-ЕРІ) - 55 мл/мин.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте предполагаемый диагноз.
3. Нужны ли дополнительные исследования для уточнения диагноза?
4. Какова дальнейшая тактика ведения пациента?
5. Препарат какой группы лекарственных средств Вы бы рекомендовали пациенту в качестве нефропротективной терапии? Обоснуйте свой выбор.

ЭТАЛОН ОТВЕТА СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 3

1. Хронический гломерулонефрит, латентная форма, ремиссия. ХБП 3а, А2 Симптоматическая артериальная гипертензия 1 ст., риск 3. Анемия 1 ст.
2. Диагноз «хронический гломерулонефрит» предположен на основании анамнестических данных (10 лет назад лечился по поводу гломерулонефрита), характерного мочевого синдрома у больного (протеинурия, эритроцитурия), отёчного и гипертонического синдрома. Диагноз «хроническая болезнь почек (ХБП)» определён по наличию признаков поражения почек (альбуминурия) на протяжении 3 и более месяцев (анамнестические данные) и снижения СКФ.
3. Целесообразно, помимо проведённых анализов, сделать УЗИ почек. Для установки диагноза «ХБП» необходимо наличие следующих критериев: выявление любых клинических маркеров повреждения почек, подтверждённых на протяжении периода длительностью не менее 3 месяцев; наличие маркеров необратимых структурных изменений органа, выявленных однократно при прижизненном морфологическом исследовании органа или при его визуализации; снижение скорости клубочковой фильтрации (СКФ) < 60 мл/мин/1,73 м², сохраняющееся в течение трёх и более месяцев, вне зависимости от наличия других признаков повреждения почек. В связи с этим для того, чтобы подтвердить диагноз «ХБП» необходимо провести повторно все обследования через 3 месяца (в условии задачи нет данных о наличии снижения СКФ и альбуминурии в течение 3 и более месяцев).
4. У больного выявлена сниженная скорость клубочковой фильтрации (СКФ) до 30-60 мл/мин впервые, поэтому следует оценить стабильность нарушения функции почек. Повторное обследование проводится через 2-4 недели и далее через 3-6 месяцев: измерение АД, осмотр глазного дна, СКФ

и креатинин крови, липидный профиль, глюкоза, общий анализ крови (гемоглобин), калий, натрий, кальций, фосфор, мочевиная кислота, общий анализ мочи, суточная альбуминурия (протеинурия), при стабильном течении (снижение СКФ менее 2 мл/мин за 6 мес.) – ежегодно. Консультация врача-нефролога проводится в следующих случаях: СКФ <30 мл/мин (ХБП 4–5 стадий). СКФ 30–60 мл/мин (ХБП 3 стадии) с быстрым снижением функции почек или с риском быстрого снижения функции почек: прогрессирующее снижение СКФ (более 15% за 3 месяца), протеинурия более 1 г/сут, выраженная и неконтролируемая артериальная гипертензия, анемия (гемоглобин менее 110 г/л).

5. Ингибиторы АПФ или антагонисты рецепторов к ангиотензину II. Данные группы антигипертензивных препаратов являются «золотым стандартом» при лечении пациентов с ХБП стадий С1-3. Наиболее доказанными нефропротективными свойствами из группы ингибиторов АПФ обладает рамиприл, из группы антагонистов рецепторов к ангиотензину II – лозартан.

Тема №22: «Анемический синдром в амбулаторной практике»

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 1

Женщина 28 лет обратилась к участковому терапевту с жалобами на слабость, утомляемость, сердцебиение, головокружение, головную боль, ухудшение памяти, боли в ногах, желание есть сухие макароны, гречневую крупу, першение в горле. Из анамнеза известно, что анемия обнаружена с 16 лет. Лечилась нерегулярно препаратами железа курсами по 2-3 недели с временным эффектом. Гинекологический анамнез: менструации с 14 лет, обильные, по 5-7 дней через 21 день. 2 беременности, 2 срочных физиологических родов в 23 и 27 лет.

При осмотре: состояние пациентки удовлетворительное. Рост – 162 см, масса тела – 65 кг. ИМТ – 24,08 кг/м². Кожные покровы и конъюнктивы бледны. Ногти тонкие, уплотнены, концы ногтей расслоены. В лёгких дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД – 18 в мин. Тоны сердца ослаблены, ритм правильный, при аускультации выслушивается систолический шум на верхушке сердца и по левому краю грудины, ЧСС – 110 уд. в мин., АД – 110/70 мм рт.ст. Живот мягкий, при пальпации безболезненный во всех отделах. Печень и селезёнка не увеличены. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный. Физиологические отправления в норме.

В анализах: общий анализ крови — эритроциты $3,6 \cdot 10^{12}/л$, анизоцитоз, микроцитоз, Нв-94 г/л, ЦП- 0,6, лейкоциты $5,2 \cdot 10^9/л$, эозинофилы – 1%, палочкоядерные – 3%, сегментоядерные – 57%, лимфоциты – 28%, моноциты – 9%, СОЭ - 25 мм/час. Биохимический анализ крови: общий белок- 77 г/л, общий билирубин - 15,3 мкмоль/л, непрямой билирубин - 12,1 мкмоль/л, железо сыворотки - 7,6 мкмоль/л, ферритин - 8,8 мкг/л. ЭКГ: синусовая тахикардия, ЧСС – 106 в минуту, снижение зубца Т в левых грудных V5, V6 отведениях.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
4. Какой препарат из группы железосодержащих лекарственных средств Вы бы рекомендовали пациентке? Обоснуйте свой выбор.
5. Через 2 месяца регулярной терапии препаратом из группы железосодержащих отмечается положительная динамика: уменьшились слабость и утомляемость, улучшилась память, сердцебиения не беспокоят, исчезло нарушение вкуса; в общем анализе крови-эритроциты $4,2 \cdot 10^{12}/л$, средний диаметр эритроцитов 7,5 мкм, Нв-122 г/л, ЦП- 0,84 лейкоциты $6,7 \cdot 10^9/л$, эозинофилы- 0%, палочкоядерные - 2%, сегментоядерные- 59%, лимфоциты -28%, моноциты- 9% , СОЭ-13 мм/час. Биохимический анализ крови: железо сыворотки - 14,7 мкмоль/л, ферритин - 9,8 мкг/л. Какова Ваша дальнейшая лечебная тактика? Обоснуйте Ваш выбор.

ЭТАЛОН ОТВЕТА СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 1

1. Полименоррагия. Хроническая постгеморрагическая железодефицитная анемия лёгкой степени.
2. Диагноз «хроническая постгеморрагическая анемия (ХПА)» установлен на основании жалоб больной на слабость, утомляемость, сердцебиения, головокружения, головную боль, ухудшение памяти, боли в ногах, желание есть сухие макароны, гречневую крупу, першение в горле; данных анамнеза (анемия обнаружена с 16 лет, лечилась нерегулярно препаратами железа (Фенюльсом по 1 таблетке 3 раза в день) курсами по 2 -3 недели с временным эффектом;

гинекологического анамнеза: менструации с 14 лет, обильные, по 5-7 дней через 21 день. Установление этиологии железодефицитной анемии основано на данных лабораторного обследования (общего анализа крови: снижение эритроцитов, снижение гемоглобина, гипохромия эритроцитов, снижение ЦП, анизоцитоз эритроцитов, пойкилоцитоз), данных биохимического анализа крови: снижение содержания свободного железа в сыворотке крови и ферритина крови; данных инструментального обследования: ЭКГ - синусовая тахикардия, ЧСС - 106 в минуту, снижение зубца Т в левых грудных V5, V6 отведениях; степень тяжести анемии обоснована в общем анализе крови (уровнем гемоглобина).

3. Пациентке рекомендовано: необходимо установить характер гипохромной анемии. Следует провести дифференциальную диагностику между анемиями с низким цветовым показателем, к которым относятся железодефицитная, сидероахрестическая, талассемия и анемия при хронических заболеваниях. Биохимический анализ крови: уровень свободного железа сыворотки, определение общей железосвязывающей способности сыворотки, насыщение трансферрина железом для подтверждения дефицита железа при железодефицитной анемии и повышение сывороточного железа при сидероахрестической анемии; биохимический анализ крови: общий билирубин, прямой и непрямой билирубин, общий анализ мочи - определение уробилина в моче для исключения талассемии; исследование гормонов крови: тиреотропный гормон, Т4 свободный для исключения гипотиреоза как причины железодефицитной анемии, ФГДС - для оценки состояния слизистой оболочки желудка и двенадцатиперстной кишки + диагностика Н. pylori; УЗИ органов малого таза, консультация врача-гинеколога для оценки наличия гинекологических заболеваний и их коррекции.

4. Препарат двухвалентного железа. Применение препаратов железа является патогенетическим методом лечения достоверно установленной железодефицитной анемии.

5. Все пероральные препараты железа (ПЖ) принципиально можно разделить на препараты двухвалентного и трёхвалентного железа, так как именно это в первую очередь определяет эффективность и безопасность терапии. Соли двухвалентного железа лучше всасываются в ЖКТ, чем соли трёхвалентного железа. Это связано с различиями в механизме всасывания. Доказано, что в кишечнике железо всасывается в двухвалентном состоянии. Биодоступность двухвалентных солей железа в несколько раз выше, чем трёхвалентных. Поэтому препараты, содержащие в составе двухвалентное железо, оказывают быстрый эффект и нормализуют уровень гемоглобина в среднем через 2 недели - 2 месяца, а нормализация депо железа происходит уже через 3-4 месяца от начала лечения. Всасывание железа из препаратов трёхвалентного железа более медленное, так как необходим активный (энергозависимый) транспорт с участием феррооксидаз. Поэтому препараты, содержащие железо в трёхвалентном состоянии требуют более длительного применения. Нормализация гемоглобина при лечении препаратами трёхвалентного железа наступит только спустя 2-4 месяца, а нормализация показателей депо железа через 5-7 месяцев от начала терапии.

6. Данной пациентке показано назначение препарата двухвалентного железа Сорбифер Дурулес 100 мг по 1 таблетке 2 раза в день после приема пищи на 2 месяца. Контроль общего анализа крови в динамике.

7. Назначить препарат двухвалентного железа Сорбифер Дурулес 100 мг 1 таблетка в день ещё на 3 месяца с последующей отменой препарата с целью восполнения запасов железа после достижения нормального уровня гемоглобина. После нормализации уровня гемоглобина и восполнения запасов железа с целью профилактики развития хронической постгеморрагической железодефицитной анемии показано назначение профилактической терапии препаратом железа Сорбифер Дурулес 100 мг 1 таблетка с день 7-10 дней после окончания менструаций в каждый менструальный цикл в течение 1 года.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 2

Больная Ш. 45 лет обратилась к терапевту поликлиники с жалобами на слабость, головокружение, выпадение волос, ломкость ногтей, сухость кожи.

Анамнез: считает себя больной в течение 3-х месяцев, когда впервые появились жалобы на слабость, головокружение. К врачу не обращалась. В дальнейшем симптомы стали нарастать, стали выпадать волосы, появилась ломкость ногтей, сухость кожи. Сопутствующие заболевания: страдает меноррагией – месячные обильные, затяжные, по 7-10 дней каждые 28 дней.

При осмотре: состояние больной средней тяжести. Кожные покровы и слизистые бледные, сухие, высыпаний нет. Ногти с выраженной продольной исчерченностью, «ложкообразные». Диффузная алопеция. Периферических отёков нет. Периферические лимфоузлы не увеличены. Дыхание в лёгких везикулярное, хрипов нет, ЧД – 21 в мин. Тоны сердца ритмичные, ослабление I и II тона сердца во всех точках аускультации. ЧСС=90 уд в минуту. АД=100/70 мм.рт. ст. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Печень и селезёнка не пальпируются. Стул оформленный. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
4. Через 2 дня пациентка пришла на повторный прием с результатами анализов: клинический анализ крови: гемоглобин - 95 г/л, эритроциты - $1,12 \times 10^{12}/л$. MCV 75 фл, MCH 22 пг, ретикулоциты - 0,9%, тромбоциты – $226 \times 10^9/л$, лейкоциты - $4,9 \times 10^9/л$, палочкоядерные - 4% , сегментоядерные - 51%, моноциты – $0,10 \times 10^9/л$, лимфоциты – $1,7 \times 10^9/л$, СОЭ - 36 мм/ч. Сывороточное железо 4,2 мкмоль/л, ОЖСС 82 мкмоль/л, коэффициент насыщения трансферрина 23,5%, АЧТВ 26 с, ПТВ 14 с, фибриноген 3,1 г/л. Консультация гинеколога назначена на следующий день. Назначьте лечение.
5. Через 2 месяца регулярной терапии железосодержащим препаратом пациентка сдала повторный анализ крови: клинический анализ крови: гемоглобин - 120 г/л, эритроциты - $4,2 \times 10^{12}/л$. MCV 82 фл, MCH 28 пг, ретикулоциты - 1,2%. тромбоциты – $260 \times 10^9/л$, лейкоциты - $5,2 \times 10^9/л$, палочкоядерные- 6% , сегментоядерные- 55%, моноциты – $0,10 \times 10^9/л$, лимфоциты – $1,4 \times 10^9/л$, СОЭ - 17 мм/ч. Пациентка также наблюдается у гинеколога, принимает терапию по поводу меноррагий, отмечает нормализацию месячных. Охарактеризуйте изменения в анализах. Ваши дальнейшие действия?

ЭТАЛОН ОТВЕТА СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 2

1. Железодефицитная анемия.
2. Диагноз «железодефицитная анемия» поставлен на основании:
 - жалоб (слабость, головокружение, что соответствует анемическому синдрому; выпадение волос, ломкость ногтей, сухость кожи - сидеропенический синдром);
 - анамнеза (постепенное развитие анемического и сидеропенического синдрома; наличие в анамнезе меноррагий, которые могут быть причиной повышенной потери железа);
 - данных объективного исследования (бледность и сухость кожи, диффузная алопеция, характерные изменения ногтей: продольная исчерченность, «ложкообразная» форма).
3. Пациенту рекомендованы общий анализ крови (для выявления анемии и определение её тяжести), исследование крови - сывороточное железо, ОЖСС, процент насыщения трансферрина железом (для подтверждения железодефицита), коагулограмма: АЧТВ, ПТВ, фибриноген (скрининг нарушений свёртывания крови), консультация врача-гинеколога (для выявления причины и подбора адекватной терапии меноррагий).
4. У пациентки - гипохромная микроцитарная анемия лёгкой степени (снижен гемоглобин, низкий MCV и MCH). Наблюдается железодефицит (снижено содержание сывороточного железа, коэффициента насыщения трансферрином, повышение ОЖСС). Показатели коагулограммы в пределах нормы. Терапия основывается на назначении железосодержащих препаратов, например, полимальтозный комплекс гидроокиси железа (III) (Мальтофер) 100 мг 2 раза в день внутрь. Необходимым условием терапии является воздействие на причину заболевания, пациентке рекомендовано обратиться к гинекологу.
5. Гемоглобин крови нормализовался, следует продолжить приём препарата железа в сниженной дозировке (100 мг 1 раз в день внутрь) в течение 2 месяцев для восполнения депо железа в организме. Сдать планово повторный анализ крови через 2 месяца. Наблюдение у гинеколога

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 3

Больной В. 65 лет обратился в поликлинику с жалобами на общую слабость, плохой аппетит, затруднение при глотании, одышку при минимальной физической нагрузке (вставание с кровати, одевание), отёки ног, постоянные, несколько увеличивающиеся к вечеру.

Анамнез заболевания: больным себя считает около полугода, когда стали появляться вышеописанные жалобы. Врач-терапевт участковый, обнаружив желтушность

бледность кожных покровов, увеличение печени, направил больного в инфекционное отделение больницы с подозрением на вирусный гепатит.

При осмотре: состояние больного тяжёлое, значительная бледность и умеренная иктеричность кожи и слизистых оболочек, выражены одутловатость лица, отёки голеней. Сознание ясное, речь замедлена. Лимфоузлы не увеличены. В нижних отделах лёгких небольшое количество влажных хрипов. Сердце увеличено на 2 см влево от левой среднеключичной линии. Тоны сердца приглушены, систолический негрубый шум над всеми точками. Пульс – 109 в 1 мин, ритмичный. АД – 90/60 мм рт. ст. Язык ярко-красный, гладкий, с трещинами. Печень выступает на 3-4 см из-под края рёберной дуги, чувствительная при пальпации. Пальпируется край селезёнки.

Неврологический статус: дистальные гиперестезии, повышение глубоких сухожильных рефлексов, снижена сила мышц нижних конечностей.

Данные ЭКГ: ритм синусовый, блокада правой ножки пучка Гиса.

Отрицательный зубец Т в V4-V6 отведениях.

Анализ крови: эритроциты - $1,0 \times 10^{12}/л$, гемоглобин - 40 г/л, МСМ - 110 fL, лейкоциты - $3,6 \times 10^9/л$, тромбоциты - $150 \times 10^9/л$, ретикулоциты - 0,1%, СОЭ – 23 мм/ч, палочкоядерные нейтрофилы – 15%, сегментоядерные нейтрофилы – 48%, лимфоциты – 31%, моноциты – 4%, эозинофилы – 2%, базофилы – 0%, анизоцитоз (макроцитоз), пойкилоцитоз, мегалоциты, тельца Жолли, кольца Кэбота.

Вопросы:

1. Выскажите предполагаемый предварительный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте план дополнительного обследования.
4. Проведите дифференциальный диагноз.

ЭТАЛОН ОТВЕТА СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 3

1. 1.В-12 дефицитная анемия, III степени. Фуникулярный миелоз. В-12 индуцированная миокардиодистрофия, гипертрофия левого желудочка, блокада правой ножки пучка Гиса, ХСН II Б - IIIА, ФК III-IV (по NYHA).

2. 2.Диагноз «В-12 дефицитная анемия, III степени. Фуникулярный миелоз» выставлен на основании жалоб (общая слабость, плохой аппетит, затруднение при глотании); наличия синдромов гепатоспленомегалии, желтухи, полинейропатии; данных объективного осмотра (ярко-красный, гладкий, с трещинами язык, гипотония (АД - 90/60), тахикардия (Ps - 109 в минуту)); лабораторных исследований (эритроциты - $1,0 \times 10^{12}/л$, гемоглобин - 40 г/л, МСМ – 110 fL, цветовой показатель - 1,2, СОЭ - 23 мм/ч, анизоцитоз (макроцитоз), пойкилоцитоз, мегалоциты, тельца Жолли, кольца Кэбота). Диагноз «В-12 индуцированная миокардиодистрофия, ХСН II Б - IIIА, ФК III-IV (по NYHA), гипертрофия левого желудочка, блокада правой ножки пучка Гиса» выставлен на основании жалоб (одышка при минимальной физической нагрузке (вставание с кровати, одевание), отёки ног, постоянные, несколько увеличивающиеся к вечеру); данных осмотра (сердце увеличено на 2 см влево от левой среднеключичной линии, тоны сердца приглушены, систолический негрубый шум над всеми точками); данных инструментальных исследований (ритм синусовый, блокада правой ножки пучка Гиса, отрицательный зубец Т в V4-V6 отведениях).

3. 3.Биохимический анализ крови с определением фракций В_i (тип желтухи), общего белка; ЭХО-кардиография (верификация диагноза ХСН); ФЭГДС (исключение патологии желудка и двенадцатиперстной кишки); кал на яйца глист (исключение дифиллоботриоза); исследования уровня витамина В₁₂ в сыворотке крови, уровней метилмалоновой кислоты (норма - 70-279 нмоль/л) и

гомоцистеина (норма - 5-15 ммоль/л) (их увеличение подтверждает диагноз «В12 дефицитная анемия»); биопсия костного мозга (исключение лейкоза).

4. Фолиевая дефицитная анемия - отсутствует фуникулярный миелоз.

5. Железодефицитная анемия - имеется микросфероцитоз, цветовой показатель <0,85, снижение сывороточного железа, повышение железосвязывающей способности, отсутствует фуникулярный миелоз, тельца Жоли, кольца Кебота, мегалоциты и пойкилоциты. Цианкобаламин 1000 мкг 1 раз в сут в/м ежедневно до нормализации гемоглобина, поддерживающая терапия Цианкобаламином 500 мкг 1 раз в месяц пожизненно. Рекомендовано: употребление в пищу продуктов животного происхождения (печень, почки, яйца, молоко). Исключение приёма алкоголя

Тема №23: «Гемобластозы в амбулаторной практике»

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 1

Мужчина 28 лет обратился к врачу-терапевту участковому с жалобами на повышение температуры тела до 39,2 °С с ознобами, кровоточивость дёсен, появление «синячков» на коже без видимых причин, общую слабость. Считает себя больным в течение 7 дней, когда появилось повышение температуры, принимал Парацетамол с кратковременным эффектом. Слабость стала прогрессивно нарастать, появилась кровоточивость.

Из анамнеза жизни: наличие хронических заболеваний отрицает. Родители здоровы. Имеет специальное среднее образование, работает технологом. Служил в армии на подводной лодке.

Объективно: состояние средней степени тяжести. Температура тела 37,5 °С. Кожные покровы бледные, обычной влажности. На коже нижних конечностей - экхимозы; петехии на коже плеч, предплечий; в ротовой полости – единичные петехиальные элементы. При аускультации дыхание везикулярное, ЧДД – 19 в минуту. Тоны сердца приглушены, ритм правильный. ЧСС – 92 удара в минуту. АД – 100/65 мм рт. ст. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Край печени пальпируется на 1 см ниже края рёберной дуги, размеры по Курлову – 16×10×9 см. Селезёнка пальпируется, эластичная, безболезненная, перкуторные размеры 10×8 см.

Общий анализ крови: эритроциты - $2,3 \times 10^{12}/л$, Нв - 78 г/л, тромбоциты - $30 \times 10^9/л$, лейкоциты – $28,9 \times 10^9/л$, бласты - 32%, миелоциты – 0%, юные нейтрофилы – 0%, палочкоядерные нейтрофилы – 5%, сегментоядерные нейтрофилы – 38%, лимфоциты – 25%, СОЭ – 30.

Вопросы:

1. Какой предварительный диагноз можно поставить?
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Какие обследования необходимо назначить для уточнения диагноза?
4. Выберите и обоснуйте тактику ведения больного.
5. Какие осложнения возможны при данном заболевании?

ЭТАЛОН ОТВЕТА СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 1

1. Острый лейкоз, дебют. Гепатоспленомегалия. Анемия средней степени тяжести. Тромбоцитопения. Геморрагический синдром.

2. Диагноз «острый лейкоз» поставлен на основании клинических данных: гепатоспленомегалии, геморрагического, анемического синдромов, интоксикации. Основными диагностическими критериями являются лабораторные данные: в общем анализе крови - лейкоцитоз (реже лейкопения), наличие бластных клеток, симптом лейкемического «провала», анемии (гемоглобин - 78 г/л соответствует средней степени тяжести) и тромбоцитопении.

3. Основными исследованиями для уточнения диагноза являются:

общий анализ крови (лейкоцитоз, наличие бластов, лейкемический «провал», анемия, тромбоцитопения);

стерильная пункция (20% и более бластных клеток в миелограмме);

цитохимическое исследование и иммунофенотипирование blasts (определение варианта лейкоза), цитогенетическое исследование костного мозга (определение прогностически благоприятных и/или неблагоприятных цитогенетических дефектов);

диагностическая люмбальная пункция (для исключения нейролейкемии);

УЗИ внутренних органов (с целью уточнения степени лейкозной инфильтрации печени и селезенки).

4. Для верификации диагноза и лечения показана госпитализация в гематологическое отделение. Лечение включает цитостатическую терапию: используется полихимиотерапия по стандартным программам в зависимости от варианта лейкоза. Этапы лечения включают: индукцию ремиссии, консолидацию, поддерживающую терапию, профилактику нейролейкемии. При остром лимфобластном лейкозе используется 8-недельная программа Хольцера, при остром миелобластном лейкозе – терапия по протоколу «7+3». Используются следующие препараты: Преднизолон, Винкристин, Рубомицин, Цитозар, Циклофосфан, 6-Меркаптопурин, Аспарагиназа, Этопозид. Сопроводительная терапия: для улучшения функции почек, уменьшения степени гиперурикемии – Аллопуринол, противорвотная терапия, гемостатическая терапия (трансфузии тромбоконцентратов), заместительные трансфузии эритроцитсодержащих сред. При плохом прогностическом индексе в фазе ремиссии заболевания показано проведение аллогенной трансплантации костного мозга.

5. К осложнениям острого лейкоза относятся кровотечения различной локализации; язвенно-некротические поражения слизистых желудочно-кишечного тракта; инфекционные поражения; поражение нервной системы (специфическая инфильтрация ЦНС, кровоизлияния). К побочным действиям цитостатических препаратов относят миелотоксический агранулоцитоз (с высоким риском инфекционных осложнений), диспепсические расстройства (тошнота, рвота), поражение эпителия слизистых оболочек (мукозит, энтеропатия), алопеция.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 2

На приеме у врача-терапевта участкового в поликлинике женщина 61 года предъявляет жалобы на наличие безболезненных опухолевидных эластичных образований по боковой поверхности шеи и в подмышечных областях, а также на тяжесть в левом подреберье при быстрой ходьбе, повышенную потливость. Вышеуказанные жалобы появились около года назад, постепенно нарастали.

Объективно: общее состояние удовлетворительное. Кожные покровы и видимые слизистые обычной окраски. Пальпируются конгломераты увеличенных подчелюстных, шейных, подмышечных, паховых лимфоузлов, при пальпации – эластичные, безболезненные, малоподвижные, кожа над ними не изменена, симметрично увеличены – шейные и подчелюстные до 2-3 см, подмышечные до 3-4 см, паховые до 4 см в диаметре.

В легких дыхание везикулярное, хрипов не слышно, ЧДД - 18 в минуту. Тоны сердца ясные, ЧСС – 78 ударов в минуту. АД - 120/80 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Край печени не выступает из-под края реберной дуги. Селезенка выступает на 2 см из-под края реберной дуги, край эластичный, безболезненный.

Общий анализ крови: эритроциты – $3,6 \times 10^{12}/л$, Нв – 129 г/л, тромбоциты – $200 \times 10^9/л$, лейкоциты – $39 \times 10^9/л$, палочкоядерные нейтрофилы – 2%, сегментоядерные нейтрофилы – 2%, лимфоциты – 92%, моноциты – 4%, СОЭ – 30 мм/ч, тени Боткина-Гумпрехта – 1-2 в поле зрения.

Вопросы:

1. Какой предварительный диагноз можно поставить?
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Какие обследования необходимо назначить для уточнения диагноза?
4. Выберите и обоснуйте тактику ведения больного.
5. Каков прогноз при данном заболевании, и какие возможны осложнения?

ЭТАЛОН ОТВЕТА СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 2

1. Хронический лимфолейкоз, II стадия по R2i.
2. Диагноз «хронический лейкоз» поставлен на основании клинических данных (пожилой возраст,

жалобы на повышенную утомляемость, потливость, увеличение лимфоузлов); объективных данных (симметричное увеличение лимфоузлов, при пальпации они безболезненные, тестоватой или эластичной консистенции, подвижные, кожа над ними не изменена, характерно наличие спленомегалии, в общем анализе крови - лейкоцитоз с абсолютным лимфоцитозом, тени Боткина-Гумпрехта). II стадия хронического лимфолейкоза диагностируется при увеличении селезёнки.

3. Биохимические анализы крови. Стернальная пункция (в пунктате костного мозга увеличение количества лимфоцитов более 30%), УЗИ органов брюшной полости (наличие спленомегалии, определить, есть ли увеличение внутрибрюшных и забрюшинных лимфоузлов). Рентген грудной клетки (определить, есть ли увеличение внутригрудных лимфоузлов). Трепанобиопсия, биопсия лимфоузла, иммунофенотипирование костного мозга (дифференциальный диагноз с неходжкинской лимфомой).
4. Для верификации диагноза и лечения показана госпитализация в гематологическое отделение. При II стадии заболевания показано назначение цитостатиков: Флюдарабин, Циклофосфан, 6 курсов с интервалом в 4 недели. Моноклональные антитела: Ритуксимаб.
5. Прогноз зависит от стадии заболевания и темпов развития болезни. Выздоровление невозможно, но ближайший прогноз при II стадии относительно благоприятный. Отдалённый прогноз неблагоприятный. Возможно развитие аутоиммунных осложнений (синдром аутоиммунной гемолитической анемии, синдром аутоиммунной тромбоцитопении), инфекционных осложнений, являющихся основной причиной смерти больных с хроническим лимфолейкозом.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 3

Больной П. 70 лет обратился в поликлинику с жалобами на повышенную утомляемость, немотивированную слабость, ощущение тяжести в левом подреберье, снижение массы тела на 8 кг за последний месяц. В анамнезе: артериальная гипертония, язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки. При осмотре обращает на себя внимание увеличение лимфатических узлов в области передней поверхности шеи, в надключичных и подмышечных впадинах. Лимфатические узлы безболезненные, ненапряженные, подвижные, имеют эластическую консистенцию. Селезёнка увеличена (+5 см). В анализах крови: гемоглобин - 98 г/л, лейкоциты - 30×10^9 /л, из них 50% лимфоциты, тромбоциты - 130×10^9 /л, СОЭ - 16 мм/ч. В мазке крови лимфоциты нормальных размеров, определяются «размазанные» клетки, тени Гумпрехта.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента. Какой метод обследования необходимо провести в первую очередь? Ответ обоснуйте.
3. Определите стадию заболевания у данного пациента. Ответ обоснуйте.
4. Назначение какого препарата является оптимальным в данном случае?
6. Назовите возможные причины смерти пациентов с данным заболеванием.

ЭТАЛОН ОТВЕТА СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 3

1. На основании жалоб больного (на повышенную утомляемость, немотивированную слабость, ощущение тяжести в левом подреберье, снижение массы тела на 8 кг за последний месяц), данных объективного обследования (увеличение лимфатических узлов в области передней поверхности шеи, в надключичных и подмышечных впадинах; лимфатические узлы безболезненные, не напряжённые, подвижные, имеют эластическую консистенцию, а также увеличение селезёнки (+5 см)); а также данных лабораторного обследования (Hb - 98 г/л, лейкоциты - 30×10^9 /л, из них 50% лимфоциты, тромбоциты - 130×10^9 /л, СОЭ - 16 мм/ч; в мазке крови лимфоциты нормальных размеров, определяются «размазанные» клетки, тени Гумпрехта), можно поставить предварительный диагноз «хронический лимфолейкоз».

2. Методы исследования для уточнения диагноза включают: иммунофенотипирование; стерильную пункцию, трепанобиопсию, биопсию лимфатического узла, КТ органов брюшной полости. В данном случае в первую очередь необходимо провести иммунофенотипирование для выявления характерных для хронического лимфолейкоза (ХЛЛ) лимфоцитарных антигенов (CD5, CD23). Проведение стерильной пункции или трепанобиопсии обычно проводят в сложных случаях, когда результаты клинической картины и иммунофенотипирования неоднозначны. В качестве первоочередной диагностической манипуляции проведение биопсии лимфоузла не является целесообразным. КТ органов брюшной полости проводят на втором этапе для оценки распространенности лимфаденопатии и выраженности спленомегалии.

3. В настоящее время для определения стадии ХЛЛ используют классификации Рэя (в основном в США) и Бинэ (в Европе и России). В соответствии с классификацией Бинэ, стадия А характеризуется вовлечением менее 3 лимфоидных областей (5 лимфоидных областей: шейные, подмышечные, паховые лимфатические узлы, спленомегалия и гепатомегалия), стадия В - более трёх лимфоидных областей, стадия С - снижением гемоглобина ниже 100 г/л или тромбоцитов менее 100×10^9 /л. Таким образом, у больного стадия С.

4. Учитывая стадию заболевания на момент обращения к врачу, пациенту показано специфическое лечение, при этом препаратом выбора является Флударабин - цитостатический препарат из группы аналогов пурина. Также для лечения ХЛЛ применяют Хлорамбуцил и Ритуксимаб (Мабтера) - анти-CD20 антитела, а также Алемтузумаб (Кэмпас) - анти-CD52 антитела, но эти препараты не являются препаратами первого ряда. Наиболее эффективная схема индукционной терапии FCR - Флударабин, Циклофосфан и Ритуксимаб.

5. Возможные причины смерти пациентов с ХЛЛ: сердечно-сосудистые заболевания, инфекционные осложнения, осложнения терапии. Поскольку ХЛЛ - заболевание, главным образом, пожилого возраста, то до 30% смертельных исходов не связано с основным заболеванием, 50% смертности связано с инфекционными осложнениями, 15% - с осложнениями терапии, остальные 5% - с геморрагическими осложнениями, гемолизом или инфильтрацией жизненно важных органов.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 4

Больная М. 52 лет обратилась в поликлинику с жалобами на немотивированную слабость, повышенную утомляемость, постоянное ощущение тяжести в левом подреберье, снижение аппетита, чувство быстрого насыщения. Указанные жалобы появились около 5 месяцев назад и постепенно стали более выраженными. При осмотре обращает на себя внимание увеличение селезёнки (выступает из-под края реберной дуги на 6 см). Анализ крови: гемоглобин - 105 г/л, цветовой показатель - 0,94, лейкоциты - $68,3 \times 10^9$ /л (промиелоциты - 1%, нейтрофильные миелоциты - 2%, нейтрофильные метамиелоциты - 6%, нейтрофильные палочкоядерные - 14%, нейтрофильные сегментоядерные - 58%, лимфоциты - 9%, эозинофилы - 2%, базофилы - 7%, моноциты - 1%), тромбоциты - 440×10^9 /л. Активность щелочной фосфатазы нейтрофилов снижена.

Вопросы:

1. Предположите и обоснуйте наиболее вероятный диагноз.
2. Составьте план дополнительного обследования пациентки для подтверждения диагноза.
3. Какие показатели анализа крови данной больной не соответствуют хронической стадии заболевания? Ответ обоснуйте.
4. Цитогенетический анализ выявил наличие Ph-хромосомы, в соответствии с клиническими признаками пациентка была стратифицирована в категорию промежуточного риска. Укажите начальную тактику лечения для данной пациентки.
5. Назовите признаки полной гематологической ремиссии при лечении данного заболевания. Ответ обоснуйте.

ЭТАЛОН ОТВЕТА СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 4

1. Наиболее вероятный диагноз - «хронический миелолейкоз». Хронический миелолейкоз является одним из миелопролиферативных заболеваний и характеризуется клональной пролиферацией ранней стволовой клетки, что обычно приводит к увеличению числа гранулоцитов. Для начальной стадии в периферической крови характерен нарастающий лейкоцитоз, при этом наибольший удельный вес приходится на зрелые формы, хотя также появляются незрелые формы и даже единичные бласты.

Характерным является увеличение количества базофилов, небольшой тромбоцитоз, нормоцитарная нормохромная анемия. Бессимптомное течение наблюдают почти у 50% пациентов, в остальных случаях клинические проявления малоспецифичны. В данной ситуации дифференциальный диагноз проводим с острым миелоидным лейкозом и миелоидной лейкомоидной реакцией. При остром миелоидном лейкозе наблюдают бластоз с цитопенией. Общее количество лейкоцитов обычно не изменено, а абсолютное число нейтрофилов может быть снижено. Миелоидная лейкомоидная реакция характеризуется лейкоцитозом более $50 \times 10^9 /л$ с преимущественным увеличением содержания сегментоядерных и палочкоядерных нейтрофилов, хотя в ряде случаев наблюдают незрелые клетки и бластные формы. Как правило, лейкомоидная реакция не сопровождается базофилией, в лейкоцитах наблюдают токсическую грануляцию.

2. Для подтверждения диагноза необходимо провести: морфологическое исследование костного мозга (стерильная пункция); морфологическое исследование костного мозга (трепанобиопсия); цитогенетический анализ. Всем пациентам на этапе диагностики рекомендуется пройти цитогенетическое исследование костного мозга с измерением концентрации BCR-ABL транскрипта. BCRABL - химерный ген, следствие наличия филадельфийской хромосомы (транслокации 9;22, которая обнаруживается почти во всех случаях ХМЛ).

3. Не соответствует хронической стадии заболевания тромбоцитопения менее $100 \times 10^9 /л$, не связанная с лечением. В течении ХМЛ выделяют три стадии или фазы: медленную, или хроническую (обычно около 3 лет); прогрессирующую, или стадию акселерации (1-1,5 года, при соответствующем лечении можно вернуть заболевание в хроническую фазу) и финальную, или терминальную (фаза быстрой акселерации, 3-6 месяцев, которая обычно заканчивается смертью пациента). Продолжительность этих стадий у разных больных различна, болезнь может быть впервые диагностирована на любой из них. Признаками стадии акселерации являются: обнаружение, помимо t (9;22), других хромосомных aberrаций; наличие 10-19% бластных клеток в крови; наличие 20% и более базофилов в крови; менее $100 \times 10^9 /л$ тромбоцитов в крови, не обусловленное лечением; а также увеличение размеров селезёнки и количества лейкоцитов, нечувствительных к проводимой терапии. Для установления стадии акселерации достаточно одного из перечисленных выше признаков.

4. В настоящее время препаратом первой линии для лечения хронической стадии (Ph+) ХМЛ является Иматиниб (Gleevec) - ингибитор тирозинкиназы, препарат патогенетического действия. Иматиниб блокирует тирозинкиназу трёх видов рецепторов (Bcr-Abl, c-kit и PDGFR) аномального фермента, продуцируемого филадельфийской хромосомой. Кроме того, Иматиниб подавляет пролиферацию Bcr-Abl - позитивных опухолевых клеток, индуцирует их апоптоз, а также блокирует рецепторы тирозинкиназы тромбоцитарного фактора роста и фактора роста стволовых клеток. При лечении Иматинибом полную гематологическую ремиссию достигают у 90-95% пациентов с хронической стадией. Из возможных в данной ситуации методов лечения следует также указать введение Интерферона- α , аутологичную трансплантацию костного мозга пациента, лейкаферез, спленэктомия. Интерферон- α , в течение длительного времени считавшийся препаратом первой линии лечения ХМЛ, уступил первенство Иматинибу. Аутологичная (т. е. происходит забор стволовых клеток самого пациента) трансплантация костного мозга также перестала быть первоочередным методом лечения даже у пациентов молодого возраста. Лейкаферез следует проводить у пациентов с клиническими проявлениями лейкостаза (нарушение сознания, зрения и т. д.). Спленэктомия не имеет самостоятельного значения в лечении ХМЛ, так как исследования показали отсутствие преимуществ в выживаемости после спленэктомии.

5. Отсутствие клинических проявлений заболевания; концентрация лейкоцитов менее $10 \times 10^9 /л$; отсутствие незрелых форм гранулоцитов, начиная с миелоцитов. В настоящее время для оценки эффективности лекарственной терапии ХМЛ используются три группы показателей: гематологическая ремиссия, цитогенетическая ремиссия и молекулярная ремиссия. Гематологическая ремиссия наступает раньше всех остальных (через 3 месяца лечения) и определяется по нормализации клинической картины и картины периферической крови, при этом клетки, содержащие филадельфийскую хромосому, могут ещё присутствовать. Цитогенетическая ремиссия определяется по исчезновению Ph+ клеток из периферической крови и костного мозга. Молекулярная ремиссия определяется по уменьшению матричной рибонуклеиновой кислоты (мРНК) (транскрипта) гена BCR-ABL и в настоящее время стала «золотым стандартом» мониторинга эффективности терапии ингибиторами тирозинкиназы (Иматиниб, Дасатиниб и Нилотиниб).

Тема №24: «Желтуха и гепатолиенальный синдром в практике врача-терапевта»
СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 1

Больной М. 16 лет направлен с приёма в поликлинике в инфекционную больницу 20 августа с жалобами на плохой аппетит, ноющие боли в правом подреберье, потемнение мочи, желтушную окраску кожи и склер. Анамнез болезни: заболел 14 августа, когда повысилась температура до 38 °С, появилась головная боль, тошнота, двукратная рвота. Все последующие дни сохранялась температура в пределах 37,6–38 °С, беспокоила общая слабость, головная боль, тошнота, плохой аппетит. 19 августа заметил потемнение мочи и посветление кала. 20 августа появилась желтушность кожи и склер. Эпидемиологический анамнез: живёт в студенческом общежитии, в комнате 4 человека. Периодически питается в столовой по месту учёбы. Объективно: общее состояние средней степени тяжести. Температура 37,5 °С. Кожные покровы и склеры умеренно желтушны, сыпи нет. Периферические лимфоузлы не пальпируются. В лёгких дыхание везикулярное, хрипов нет, ЧД – 16 в минуту. Тоны сердца приглушены, ритм правильный. Пульс – 64 удара в минуту, АД – 100/60 мм рт. ст. Язык влажный, обложен у корня белым налётом. Живот не вздут, мягкий, безболезненный. Печень выступает на 2 см из-под края рёберной дуги, чувствительная при пальпации. Пальпируется селезёнка. Поколачивание по поясничной области отрицательное с обеих сторон. Биохимические показатели: билирубин общий – 160 ммоль/л, прямой – 102 ммоль/л, непрямой – 58 ммоль/л, АлТ – 640 МЕ/л, АсТ – 488 ммоль/л, щёлочная фосфатаза – 102 ед, протромбиновый индекс – 60%. В анализе мочи определяются желчные пигменты.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
4. Тактика ведения пациента. Обоснуйте свой выбор.
5. Назовите методы профилактики данного заболевания.

ЭТАЛОН ОТВЕТА СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 1

1. Вирусный гепатит А, желтушная форма, средней степени тяжести, период разгара.
2. Диагноз «вирусный гепатит А» (ВГА) установлен на основании жалоб больного на плохой аппетит, ноющие боли в правом подреберье, потемнение мочи, желтушную окраску кожи и склер; данных анамнеза болезни (циклическое течение заболевания – наличие преджелтушного периода в течение 6 дней, затем появление желтухи); эпидемиологического анамнеза (проживает в студенческом общежитии, питается в столовой); объективного осмотра (желтушность кожи и склер, гепатоспленомегалия, моча тёмного цвета, кал ахоличен). Форма течения ВГА установлена на основании наличия желтухи. Установление степени тяжести ВГА основано на уровне билирубина (билирубин общий – 160 ммоль/л, прямой – 102 ммоль/л, непрямой – 58 ммоль/л) и протромбинового индекса – 60%.
3. Пациенту рекомендовано: определение маркеров ВГА, ВГВ, ВГС в крови (анти-HAV IgM, HBsAg, анти-HBcIgM, анти-HCV); ПЦР-диагностика (определение РНК вируса ВГА); ультразвуковое исследование печени, желчевыводящих путей и селезёнки; проведение исследования крови на холестерин, гаммаглутамилтранспептидазу (ГГТП), фибриноген, общий белок и белковые фракции.
4. Вариант диеты с механическим и химическим щажением, постельный режим, обильное питьё. С целью дезинтоксикации назначают 500 мл 5% раствора Глюкозы внутривенно капельно, Пиридоксин 600 мг внутривенно капельно на 500 мл 0,9% раствора Натрия хлорида в течение 5 дней, затем Пиридоксин по 0,5 2 раза в день общим курсом до 21 дня. С метаболической целью вводят 10 мл 2% раствора Рибоксина на 400 мл 5% раствора Глюкозы. Поливитаминные препараты - Аевит по 1 капсуле 3 раза в день после еды, Аскорутин 0,1 3 раза в день.
5. Неспецифическая профилактика ВГА включает санитарно-гигиенические мероприятия, обеспечение населения доброкачественной питьевой водой и продуктами питания. Вакцинация против ВГА проводится по эпидемическим показаниям. Прививкам подлежат: - дети с трёх лет, проживающие на территориях с высоким уровнем заболеваемости ВГА; - медицинские работники, воспитатели и персонал детских дошкольных учреждений; - работники сферы общественного питания; - рабочие, обслуживающие водопроводные и канализационные сооружения; - лица, выезжающие в гиперэндемичные по ВГА регионы и страны, а также контактные в очагах ВГА. Вакцинация против ВГА показана также пациентам с хроническими заболеваниями печени, воинским коллективам в полевых условиях. Лица, контактировавшие с больными ВГА, должны находиться под наблюдением в течение 35 дней с момента последнего контакта (термометрия, опрос, определение размеров печени и селезёнки, осмотр кожи и слизистых оболочек и т. д.). При наличии у контактных лиц лихорадки, диспепсических явлений, потемнения мочи и т. д. проводят лабораторные исследования с определением активности АлТ.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 2

Больной А. 18 лет, учащийся, заболел 4 дня назад, когда температура тела повысилась до 38 °С, появились слабость, ломота в теле, головная боль. Врач-терапевт участковый диагностировал острое респираторное заболевание, назначил лечение на дому. На 5 день болезни температура снизилась, но появилась тёмная моча, на 6 день - желтушность кожи и склер. Повторно осмотрен врачом-терапевтом участковым. Направлен в стационар.

При объективном обследовании были отмечены иктеричность кожных покровов и видимых слизистых, адинамия. Язык покрыт густым, белым налётом. Живот обычной формы, мягкий, чувствительный в области правого подреберья. Печень увеличена на 3 см, плотно-эластичной консистенции, чувствительная. Селезёнка не прощупывается. Моча цвета «пива», кал ахоличен. Одновременно заболело ещё несколько учащихся.

Вопросы:

1. Сформулируйте и обоснуйте предварительный диагноз.
2. Назовите заболевания, с которыми необходимо провести дифференциальную диагностику.
3. Составьте план обследования.
4. Составьте план лечения.
5. Какова тактика врача-терапевта участкового?

ЭТАЛОН ОТВЕТА СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 2

1. Острый гепатит А, желтушный вариант, среднетяжёлая форма.

Диагноз установлен на основании жалоб на лихорадку, слабость, ломоту в теле, головную боль, на 5 день болезни температура снизилась, но появилась тёмная моча, на 6 день - желтушность кожи и склер; данных эпидемиологического анамнеза: одновременно заболело ещё несколько учащихся; данных осмотра: улучшение самочувствия с появлением желтухи, иктеричность кожных покровов и видимых слизистых, язык покрыт густым, белым налётом; живот мягкий, чувствительный в области правого подреберья, печень увеличена на 3 см, плотно-эластичной консистенции, чувствительная, селезёнка не прощупывается; моча цвета пива, кал ахоличен.

2. В желтушный период необходима дифференциальная диагностика с желтушными формами инфекционного мононуклеоза, лептоспироза, псевдотуберкулёза, желтухами гемолитического, токсического генеза.

3. Общий анализ крови, общий анализ мочи, б/х крови (общий билирубин, свободный и связанный билирубин, тимоловая проба, АЛТ, ПТИ, альбумин, α-фетопротеин, антинуклеарный фактор). Исследование сыворотки крови методом ИФА для выявления маркера острого вирусного гепатита А - анти-HAV IgM.

4. Больной подлежит госпитализации в стационар. Назначают постельный режим. Диета стол № 5 (по Певзнеру). Объём жидкости (щелочные минеральные воды, чай, соки, кисели) составляет 2 – 3 л/сут. Для дезинтоксикационной терапии - глюкозо-солевые растворы. Витаминотерапия (витамины групп В и С). В период ранней реконвалесценции применяют Метилурацил, гепатопротекторы. По показаниям в фазе угасания желтухи (восстановления оттока желчи) используют желчегонные препараты.

5. Направление в инфекционную больницу. Извещение в ГЦСЭН. Контактные лица подлежат наблюдению и биохимическому обследованию на протяжении 35 дней после изоляции больного.

В очагах проводится дезинфекция хлорсодержащими препаратами, вещи больных подвергаются камерной дезинфекции.

Тема №25: «Кислотозависимая патология желудка в амбулаторной практике Кислотозависимая патология желудка в амбулаторной практике»

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 1

Женщина 53 лет обратилась к врачу-терапевту участковому с жалобами на изжогу, боли за грудиной, появляющиеся после еды и физической нагрузки. Отмечает также усиление болей при наклонах и в горизонтальном положении. Из анамнеза известно, что изжога беспокоит около 20 лет. Не обследовалась. Последние 2 месяца появились данные боли за грудиной. При осмотре: состояние удовлетворительное. Индекс массы тела (ИМТ) - 39 кг/м². Кожные покровы обычной окраски, чистые. В лёгких – дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС – 72 удара в минуту, АД - 120/80 мм рт.ст. При пальпации живот мягкий, безболезненный. Печень по краю рёберной дуги. Размеры - 10×9×8 см. Селезенка не пальпируется. Данные

фиброгастродуоденоскопии: в нижней трети пищевода выявлены эрозии, занимающие около 40% окружности пищевода.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
4. Дайте немедикаментозные рекомендации больному.
5. Какое медикаментозное лечение Вы бы рекомендовали пациентке? Обоснуйте свой выбор

ЭТАЛОН ОТВЕТА СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 1

1. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь. Эзофагит II степени. Ожирение II степени.
2. Диагноз «гастроэзофагеальной рефлюксной болезни (ГЭРБ)» установлен на основании жалоб больной на изжогу, боли за грудиной, данных анамнеза (изжога более 20 лет), степень эзофагита установлена на основании эндоскопической картины, степень ожирения - на основании данных ИМТ.
3. Пациенту рекомендовано: проведение рентгеноскопии пищевода и желудка для исключения грыжи пищеводного отверстия диафрагмы; проведение суточной внутрипищеводной рН-метрии для определения критериев патологического рефлюкса; ЭКГ; проведение проб с физической нагрузкой (исключить ИБС).
4. Частое дробное питание 5-6 раз в день, ужин за 3 часа до сна, соблюдение диеты с исключением жирной пищи, шоколада, кофе, цитрусовых, лука, чеснока, приподнять головной конец кровати на 10-15 см, не носить тугих поясов, корсетов, нормализовать вес.
5. Ингибиторы протонной помпы – базисная группа препаратов для лечения кислотозависимых заболеваний (Омепразол, Лансопразол, Эзомепразол, Пантопразол, Рабепразол), антациды (Маалокс, Алмагель, Фосфалюгель и т. п.) – симптоматическая терапия, прокинетики (Этаприд) влияет на тонус нижнего пищеводного сфинктера, улучшают антродуоденальную координацию.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 2

Пациент 45 лет, по профессии программист, обратился к участковому врачу с жалобами на боли в эпигастральной области, преимущественно натощак и в ночное время, заставляющие его просыпаться, а также на почти постоянную изжогу, чувство тяжести и распирания в эпигастральной области после приёма пищи, изжогу, отрыжку кислым, тошноту. Из анамнеза известно, что пациент много курит, злоупотребляет кофе, питается нерегулярно. Часто бывают обострения хронического фарингита. Болен около трех лет. Не обследовался, лечился самостоятельно (принимал фитотерапию). При осмотре: состояние удовлетворительное. ИМТ 32,0 кг/м².

Кожные покровы чистые, обычной окраски. Температура тела нормальная. Зев – миндалины, задняя стенка глотки не гиперемированы. В лёгких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, ритмичные, ЧСС – 70 уд.в мин., АД – 120/80 мм рт.ст. Живот участвует в акте дыхания, при пальпации мягкий, болезненный в эпигастральной области, напряжения мышц живота нет, симптом поколачивания по поясничной области отрицательный.

ЭФГДС: пищевод свободно проходим, утолщены продольные складки, очаговая гиперемия слизистой дистального отдела пищевода, кардия смыкается не полностью. В желудке натощак содержится небольшое количество светлой секреторной жидкости и слизи. Складки слизистой оболочки желудка утолщены, извитые. Луковица 12-перстной кишки деформирована, на задней стенке выявляется дефект слизистой до 0,5 см в диаметре. Края дефекта имеют чёткие границы, гиперемированы, отёчны. Дно дефекта покрыто фибринозными наложениями белого цвета. Постбульбарные отделы без патологии. Уреазный тест на наличие *H. pylori* положительный.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
4. Какое лечение Вы бы рекомендовали пациенту в составе комбинированной терапии. Обоснуйте свой выбор.
5. Необходимо ли взять пациента на диспансерный учет? Что нужно назначить пациенту в качестве профилактической терапии «по требованию» при появлении симптомов, характерных для обострения язвенной болезни?

ЭТАЛОН ОТВЕТА СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 2

1. Язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки, ассоциированная с *Helicobacter pylori*, одиночная малая (0,5 см) язва задней стенки луковицы двенадцатиперстной кишки впервые выявленная, рубцово-язвенная деформация луковицы двенадцатиперстной кишки. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь (ГЭРБ), I стадия. Хронический фарингит стадия ремиссии. Ожирение 1 ст.

2. У пациента имеются голодные боли, ночные боли, изжога, которые характерны для язвенной болезни 12-перстной кишки. Диагноз подтверждают данные ЭФГДС: луковица 12-перстной кишки деформирована, на задней стенке выявляется дефект слизистой до 0,5 см в диаметре. Края дефекта имеют четкие границы, гиперемированы, отечны. Дно дефекта покрыто фибринозными наложениями белого цвета. Ассоциация язвенной болезни с *Helicobacter pylori* определена по положительному уреазному тесту. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь (ГЭРБ), I стадия выставлена на основании жалоб на изжогу, отрыжку кислым; наличия факторов риска: хронического фарингита у пациента (данные анамнеза), при обследовании выявлено ожирение I степени; данных ЭФГДС –пищевод свободно проходим, утолщены продольные складки, очаговая гиперемия слизистой дистального отдела пищевода (изменения соответствуют I стадии ГЭРБ). Ожирение 1ст. выставлено на основании показателя индекса массы тела - 32,0 кг/м², который соответствует 1 ст. ожирения.

3. Пациенту с целью исключения осложнений рекомендовано следующее обследование: полный гематологический анализ крови, трансаминазы (АЛТ, АСТ), сахар крови, креатинин крови. Проведение ЭКГ для дифференциального диагноза с ИБС; УЗИ брюшной полости для исключения сопутствующей патологии; для уточнения степени воспаления и выявления метаплазии – цитологическое и гистологическое исследование биоптата краёв язвы и слизистой в месте поражения пищевода, суточная внутрипищеводная рН-метрия для уточнения характера рефлюктата. Консультация врача-хирурга - по показаниям (при наличии осложнения язвенной болезни), врача-онколога – при подозрении на злокачественный характер изъязвления. Консультация врача-отоларинголога для уточнения стадии хронического фарингита.

4. Трёхкомпонентная схема эрадикации *Helicobacter pylori*: ИПП в стандартной дозе (Омепразол – 20 мг, Лансопразол – 30 мг, Рабепразол – 20 мг или Эзомепразол – 20мг); Кларитромицин - 500 мг; Амоксициллин - 1000 мг или Метронидазол (МТР) - 500 мг. Все препараты назначить 2 раза в день, длительностью не менее 10-14 дней. При неэффективности данной терапии назначается квадротерапия. Учитывая наличие ГЭРБ необходимо назначить прокинетики, которые стимулируют опорожнение желудка: Итоприда гидрохлорид. Итоприда гидрохлорид усиливает пропульсивную моторику ЖКТ за счёт антагонизма с допаминовыми D2- рецепторами и дозозависимого ингибирования активности ацетилхолинэстеразы. Активирует высвобождение ацетилхолина и подавляет его разрушение. Оказывает специфическое действие на верхний отдел ЖКТ, ускоряет транзит по желудку и улучшает его опорожнение. Назначается по 50 мг 3 раза до еды. Через 14 дней продолжить прием ИПП в стандартной дозе ещё 2-5 недель для эффективного заживления язвы под контролем ФГДС.

5. Все пациенты с язвенной болезнью и ГЭРБ должны состоять на диспансерном учёте. Рекомендуются немедикаментозная терапия с учётом сочетания язвенной болезни с ГЭРБ: 1) избегать обильного приёма пищи; 2) после приёма пищи избегать наклонов вперёд и горизонтального положения; последний приём пищи не позднее, чем за 3 часа до сна; 3) ограничить приём продуктов, снижающих давление нижнего пищеводного сфинктера и оказывающих раздражающее действие на слизистую оболочку пищевода: богатых жирами (цельного молока, сливок, тортов, пирожных), жирной рыбы и мяса, алкоголя, кофе, крепкого чая, шоколада, цитрусовых, томатов, лука, чеснока, жаренных блюд; отказаться от газированных напитков; 4) спать с приподнятым головным концом кровати;

5) исключить нагрузки, повышающие внутрибрюшное давление – не носить тесную одежду и тугие пояса, корсеты, не поднимать тяжести более 8-10 кг на обе руки, избегать физических нагрузок, связанных с перенапряжением брюшного пресса; 6) отказаться от курения; нормализовать и поддерживать массу тела в норме. Профилактическую терапию «потребованию» назначают при появлении симптомов, характерных для обострения язвенной болезни. Показано назначение Омепразола в полной суточной дозе (40 мг) в течение 2-3 дней, а затем в половинной дозе (20 мг) в течение двух недель.

Тема №26: «Неинфекционные болезни печени в амбулаторной практике (алкогольная и неалкогольная жировая болезнь печени)»

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 1

Мужчина 48 лет обратился к врачу-терапевту участковому с жалобами на общую слабость, повышенную утомляемость, тупые ноющие боли в области правого подреберья, тошноту, отрыжку воздухом, снижение аппетита, периодически возникающий кожный зуд. Из анамнеза известно, что пациент употребляет алкоголь (более 60 г этанола в сутки) в течение 13 лет. Два года назад появились боли ноющего характера в области правого подреберья, общая слабость, тошнота, периодически возникающий кожный зуд, усиливающийся в вечернее время. За медицинской помощью пациент не обращался. Периодически принимал баралгин, антигистаминные средства, ферментные препараты: креон по 25000 Ед. два раза в сутки; эффекта от принимаемых препаратов не отметил. Настоящее обострение в течение последних трех недель, когда после употребления алкоголя появились слабость, почти постоянные тупые боли в области правого подреберья, тошнота, отрыжка воздухом, снижение аппетита. Операций, гемотрансфузий не было.

При осмотре: состояние удовлетворительное; рост – 178 см, вес – 79 кг, ИМТ – 24,9 кг/м². Кожные покровы желтушной окраски, склеры иктеричны; выявляются телеангиэктазии на груди, спине, плечах, «пальмарная» эритема. В лёгких дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧД – 16 в минуту. Тоны сердца приглушены, ритм правильный. ЧСС – 70 в 1 минуту; АД – 130/80 мм рт.ст. Язык влажный, обложен белым налётом у корня. Живот мягкий, при поверхностной пальпации умеренно болезненный в области правого подреберья. Размеры печени по Курлову: 9 (+2)Ч8Ч7 см; при глубокой пальпации печень плотноватой консистенции, определяется умеренная болезненность. Селезёнка не пальпируется. Дизурийнет. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный.

Результаты исследований:

Общий анализ крови: эритроциты – 4,4Ч10¹²/л; лейкоциты – 6,3Ч10⁹/л; нейтрофилы сегментоядерные – 64%; нейтрофилы палочкоядерные – 1%; лимфоциты – 28%; моноциты – 4%; эозинофилы – 2%; базофилы – 1%; Hb – 148 г/л; тромбоциты – 217Ч10⁹/л; СОЭ – 18 мм/ч.

Биохимия крови: общий билирубин – 25 мкмоль/л; непрямого билирубин – 22,5 мкмоль/л; прямого билирубин – 2,5 мкмоль/л; АЛТ – 203 ед/л; АСТ – 214 ед/л; ГГТП – 89 ед/л; ЩФ – 298 ед/л; ТГ – 3,9 ммоль/л; ХС-ЛПНП – 2,8 ммоль/л; ХС-ЛПВП – 1,5 ммоль/л; глюкоза – 5,0 ммоль/л; креатинин – 62 мкмоль/л; мочевины – 2,8 ммоль/л; альбумин – 43 г/л; общий белок – 71,5 г/л; альфа-1-глобулины – 3,2 г/л; альфа-2-глобулины – 5,7 г/л; бета-глобулины – 7,1 г/л; γ-глобулины – 12,5 г/л; альфафетопротеин – 3,1 ед/л; ферритин – 54 мкг/л; трансферрин – 2,6 г/л; калий – 3,7 ммоль/л; Na – 137,5 ммоль/л; железо – 21,5 мкмоль/л; амилаза – 44 ед/л; ХС – 5,3 ммоль/л. ПТИ – 84%. Иммуноферментный анализ (исследование крови на маркеры гепатитов В, С): HBsAg (-); анти-HBs (-); анти-HBcIgG (-); HBeAg (-); анти-HBe (-); анти-HBcIgM (-); анти-HCV – отриц. Эластометрия печени: определена стадия F2 (по шкале METAVIR), умеренный фиброз. Кал на скрытую кровь – отриц. Рентгенологическое исследование лёгких: без патологических изменений. ЭКГ – без патологических изменений. Общий анализ мочи: в пределах нормы.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
4. Обоснуйте назначение медикаментозного и немедикаментозного лечения данного пациента.

При обращении к врачу-терапевту участковому через месяц после лечения пациент отметил улучшение самочувствия: исчезли слабость, повышенная утомляемость, тупые боли в области правого подреберья, тошнота, отрыжка воздухом. При объективном осмотре: кожные покровы чистые, обычной окраски. Размеры печени по Курлову: 9Ч8Ч7 см. Селезёнка не увеличена. Общий анализ крови – в пределах нормы. Биохимия крови: общий билирубин – 18 мкмоль/л; непрямого билирубин – 16 мкмоль/л; прямого билирубин – 2,0 мкмоль/л; АЛТ – 40 ед/л, АСТ – 38 ед/л, ГГТП – 26 ед/л; ЩФ – 125 ед/л; ТГ – 2,6 ммоль/л. При УЗИ органов брюшной полости выявлены диффузные дистрофические изменения в паренхиме печени. Какова Ваша дальнейшая лечебная тактика? Обоснуйте Ваш выбор.

ЭТАЛОН ОТВЕТА СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 1

1. Хронический гепатит алкогольной этиологии, умеренной степени активности, стадия F2 (умеренный фиброз).
2. Диагноз «хронический алкогольный гепатит» установлен на основании жалоб больного на общую слабость, повышенную утомляемость, тупую ноющую боль в правом подреберье, тошноту, снижение аппетита, периодический кожный зуд; данных анамнеза (пациент злоупотребляет

алкоголем в течение 13 лет); данных объективного осмотра (желтушность кожных покровов, иктеричность склер, наличие у больного телеангиэктазий, «пальмарной» эритемы, гепатомегалии). Подтверждают диагноз «хронический алкогольный гепатит» данные лабораторных исследований: (повышение АЛТ, АСТ, ГГТП, общего билирубина, щелочной фосфатазы, а также повышение уровня триглицеридов).

Исключена другая (вирусная) этиология хронического гепатита: исследование крови на маркеры гепатита В, С: HBsAg (-); анти-HBs (-); анти-HBcIgG (-); HBeAg (-); анти-HBe (-); анти-HBcIgM (-); анти-HCV – отрицательный. Степень активности хронического алкогольного гепатита определена на основании повышения уровня АЛТ и АСТ (в 5 раз по сравнению с нормой). Стадия хронического алкогольного гепатита F2 установлена на основании данных эластометрии печени (по шкале METAVIR), умеренный фиброз.

3. УЗИ органов брюшной полости и забрюшинного пространства (для исключения очаговых образований печени, признаков портальной гипертензии, сопутствующей патологии); ЭГДС – для выявления и/или определения состояния вен пищевода и /или желудка; дуплексное сканирование сосудов печеночноселезеночного бассейна для выявления признаков портальной гипертензии.

4. Рекомендуется соблюдение диеты. Исключить алкоголь, жирное, жареное, острое, копченое, соленое, кофе, газированные напитки, какао. Целесообразно назначение диеты, богатой белками (не менее 1 г на 1 кг массы тела), с высокой энергетической ценностью (не менее 2000 ккал/сут), с достаточным

содержанием витаминов (особенно группы В, фолиевой и липоевой кислот) и микроэлементов – цинка и селена, дефицит которых наиболее часто наблюдается при злоупотреблении алкоголем. Пациенту показано назначение Адemetионина (Гептрал) в дозе 1600 мг в сутки в течение 4-8 недель. Применение экзогенного адemetионина позволяет снизить накопление и отрицательное воздействие токсических метаболитов на гепатоциты, стабилизировать вязкость клеточных мембран, активизировать работу связанных с ними ферментов.

5. В результате проведенного лечения отмечена положительная динамика: наблюдается отсутствие болевого, диспепсического, астенического синдромов. Исчезли желтушность кожных покровов, иктеричность склер, телеангиэктазии, «пальмарная» эритема. Отмечена также положительная динамика биохимических показателей: снижение общего билирубина, АЛТ, АСТ, ГГТП, ЩФ, ТГ. Так как при УЗИ органов брюшной полости выявлены диффузные дистрофические изменения в паренхиме печени, рекомендуется продолжить прием Адemetионина (Гептрал) в дозе 1600 мг в сутки внутрь в течение 1 месяца. Диспансерное наблюдение у врача-гастроэнтеролога.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 2

Больной Т. 42 лет госпитализирован в стационар по направлению врача-терапевта участкового с жалобами на слабость, сонливость в дневное время, желтушность кожных покровов, чувство тяжести в правом подреберье, периодические носовые кровотечения после физической работы, увеличение живота в объёме, отёки на нижних конечностях в области стоп и голеней. Анамнез заболевания: тяжесть в правом подреберье беспокоит в течение последних 3 месяцев. За последний месяц отметил нарастание общей слабости, увеличение живота и желтуху.

Объективно: состояние средней тяжести. Сознание ясное. Тест связывания чисел – 40 сек. Рост – 178 см, вес – 62 кг. Кожа обычной влажности, желтушная. В области груди и верхней части спины видны «сосудистые звездочки». Склеры глаз иктеричны. Отёки стоп и нижней трети голеней. В лёгких дыхание везикулярное, побочных дыхательных шумов нет. ЧДД – 18 в минуту. При аускультации тоны сердца ритмичные, шумов нет. ЧСС – 78 ударов в минуту. АД – 110/70 мм рт. ст. Язык влажный, малиновый, сосочки сглажены. Живот увеличен в объёме, пупок сглажен, на передней брюшной стенке радиально от пупка определяются расширенные, извитые вены. В положении лёжа живот распластан. При пальпации мягкий, болезненный в правом подреберье. Размеры печени по Курлову – 15×15×13 см. Нижний край печени при пальпации плотный, бугристый. Стул оформленный, коричневый, без патологических примесей. Размеры селезёнки – 15×12. Мочеиспускание свободное, безболезненное, моча тёмно-жёлтая.

Результаты исследований:

Общий анализ крови: эритроциты – $4,1 \times 10^{12}/л$; Hb – 122 г/л; цветовой показатель – 0,9%; тромбоциты – $98 \times 10^9/л$, лейкоциты – $3,2 \times 10^9/л$, эозинофилы – 1%, палочкоядерные нейтрофилы – 4%, сегментоядерные нейтрофилы – 63%, лимфоциты – 29%, моноциты – 3%, СОЭ – 22 мм/ч. Биохимические анализы: общий билирубин – 130 мкмоль/л, прямой билирубин – 100 мкмоль/л, АЛТ – 120 Ед/л, АСТ – 164 Ед/л. МНО – 2, альбумин – 28 г/л. Фиброгастроуденоскопия: варикозное расширение вен пищевода I ст. Ультразвуковое исследование брюшной полости: переднезадний

размер правой доли печени – 170 мм, контуры чёткие и неровные. Паренхима неравномерно диффузно-повышенной эхогенности. Диаметр портальной вены – 16 мм. Желчный пузырь нормальных размеров, содержимое – желчь. Гепатикохоледох не расширен. Селезёнка расположена обычно, структура однородная, паренхима средней эхогенности. Площадь селезёнки – 36,1 см². Свободная жидкость в брюшной полости.

Вопросы:

1. Составьте план лечения с учетом диагноза, возраста и клинической картины

ЭТАЛОН ОТВЕТА СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 2

1. Диагноз: Цирроз печени алкогольной этиологии, декомпенсация, класс С по Чайлду-Пью. Портальная гипертензия (асцит, спленомегалия, ВРВ пищевода I ст.). Гиперспленизм (тромбоцитопения). Печёночная энцефалопатия I ст.

План лечения:

1. Отказ от алкоголя.
2. Диета с содержанием белка 1,0 г/кг/сут. Калорийность пищи -1800–2500 ккал/сут. Ограничение содержания соли до 5,2 г/сут.
3. Санация кишечника с целью уменьшения эндотоксинемии. Лактулоза - 15-45 мл 2-3 раза в сутки (стул до 2-3 раз в сутки).
4. Возможен приём невсасывающихся антибиотиков (Рифаксимин 1200 мг/сут. 7-10 дней).
5. Высокие очистительные клизмы.
6. Орнитин-аспартат - 5 г по 1-2 пакетика гранул, растворённых в воде × 3 раза в день после еды.
7. Мочегонная терапия. Спиринолактон - 50–200 мг/сут. Фуросемид - 40 мг/сут (повышение дозы на 40 мг каждые 7 дней до 160 мг/сут, критерий эффективности -уменьшение массы тела на 2 кг/нед.).
8. Снижение давления в портальной вене. Анаприлин - 40 мг 1 раза в сутки.

Тема №27: «Реактивные артриты, остеоартроз в практике врача-терапевта Реактивные артриты, остеоартроз»

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 1

Мужчина 45 лет обратился к участковому терапевту с жалобами на сильную боль в плюснефаланговом суставе I пальца правой стопы, припухлость I пальца правой стопы, гиперемия кожи над суставом, повышение температуры тела до 37,5°C, познабливание. Из анамнеза известно, накануне был в гостях у друга, где употреблял мясо и красное вино в большом количестве. Боль возникла впервые, внезапно, около 6 часов утра и локализовалась преимущественно в области I плюснефалангового сустава правой стопы. Работает стоматологом.

Семейный анамнез: мать – страдает сахарным диабетом 2 типа, АГ, отец - страдает подагрой, подагрическим полиартритом. При осмотре: состояние относительно удовлетворительное. Рост – 172 см, масса тела – 105кг. ИМТ – 35,59 кг/м². Окружность талии – 115 см, окружность бедер – 123 см. Кожные покровы обычной окраски. В лёгких дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД – 16 в мин. Тоны сердца ослаблены, ритм правильный, ЧСС –82 уд. в мин., АД – 130/84 мм.рт.ст. Живот мягкий, при пальпации безболезненный во всех отделах. Печень и селезёнка не увеличены. Дизурии нет. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный. При осмотре I плюснефалангового сустава правой стопы: кожные покровы над суставом резко гиперемированы, горячие на ощупь, отёк сустава распространяется на соседние мягкие ткани, пальпация сустава резко болезненна, движение и ходьба практически невозможны. Интенсивность боли по визуально-аналоговой шкале 7 баллов.

В анализах: общий анализ крови: эритроциты – 5,1*10¹²/л, лейкоциты - 11,8*10⁹/л, тромбоциты - 280*10⁹/л, СОЭ – 30 мм/час. Биохимический анализ крови: общий холестерин – 6,0 ммоль/л, ТГ – 2,0 ммоль/л, ХС - ЛПВП – 0,86 ммоль/л; глюкоза – 5,7 ммоль/л; мочевая кислота – 576 мкмоль/л, СРБ – 18 мг/л, ревматоидный фактор – отрицательный, серомукоид – 0,15 ед, креатинин – 87 мкмоль/л. СКФ (СКД-ЕPI) – 92 мл/мин 1,73м². Альбуминурия – 10 мг/сутки.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
4. Сформулируйте алгоритм ведения пациента. Обоснуйте свой выбор.

5. Через 7 дней на фоне назначенной терапии отмечается положительная динамика: боль, отёчность I плюсне-фалангового сустава правой стопы не беспокоят, температура тела нормализовалась. Какова Ваша дальнейшая лечебная тактика? Обоснуйте Ваш выбор.

ЭТАЛОН ОТВЕТА СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 1

1. Подагра. Острый артрит I плюсне-фалангового сустава правой стопы, первая атака. Экзогенно-конституциональное ожирение 2 степени. Гиперлипидемия (гиперхолестеринемия, гипертриацилгрицеридемия).

2. Диагноз «подагра» установлен на основании жалоб больного на сильную боль в плюсне-фаланговом суставе I пальца правой стопы, припухлость I пальца правой стопы, гиперемия кожи над суставом, повышение температуры тела до 37,5°C; данных анамнеза (накануне был в гостях у друга, где употреблял мясо и красное вино в большом количестве, боль возникла впервые, внезапно, около 6 часов утра и локализовалась преимущественно в области I плюсне-фалангового сустава правой стопы); данных объективного обследования (при осмотре I плюсне-фалангового сустава правой стопы: кожные покровы над I плюсне-фаланговым суставом резко гиперемированы, горячие на ощупь, отёк сустава распространяется на соседние мягкие ткани, пальпация сустава резко болезненна, движения и ходьба практически невозможны. Интенсивность боли по шкале ВАШ - 7 баллов); стадия подагры на основании анамнеза заболевания (боль возникла впервые, внезапно) и на основании данных лабораторного исследования (повышение уровня мочевой кислоты). Диагноз «экзогенно-конституциональное ожирение (ЭКО)» установлен на основании показателя ИМТ (>35,59 кг/м²). Диагноз «гиперлипидемия» установлен на основании повышения общего холестерина, повышения уровня ТГ и снижения уровня ЛПВП.

3. Пациенту рекомендовано: рентгенография I плюсне-фаланговых суставов обеих стоп - для определения стадии подагры; общий анализ мочи + альбуминурия - для выявления кристаллов уратов, поражения почек; пункция I плюсне-фалангового сустава для исследования суставной жидкости - выявление кристаллов моноуратов натрия; ревматологические пробы: ревматоидный фактор, АЦЦП - для исключения ревматоидного артрита; биохимические показатели: аминотрансферазы, креатинин крови - с целью персонификации фармакотерапии и уточнения коморбидного статуса пациента.

4. Оптимальное лечение подагры требует комбинации нефармакологических и фармакологических подходов и должно учитывать: а) специфические факторы риска (уровень мочевой кислоты, количество предшествующих атак, рентгенография); б) стадию болезни (асимптоматическая гиперурикемия, острый/интермиттирующий артрит, межприступный период, хроническая тофусная подагра); в) общие факторы риска (возраст, пол, ожирение, гиперурикемические препараты).

Обучение больного правильному образу жизни (уменьшение веса тела при ожирении, диета, уменьшение приёма алкоголя, особенно пива) - ключевой аспект лечения. Ограничение в пищевом рационе богатых пуринами продуктов животного происхождения и снижение массы тела способствует снижению сывороточного уровня мочевой кислоты, а алкоголь, особенно пиво, является независимым фактором риска для подагры. Лечение острого приступа подагрического артрита. НПВП и Колхицин могут быть эффективны в терапии острого приступа артрита и являются первой линией терапии. Высокие дозы Колхицина приводят к побочным эффектам, а низкие дозы (например, 0,5 мг 3 раза в день) могут быть достаточны у ряда пациентов. Удаление синовиальной жидкости и введение внутрисуставно длительно действующих глюкокортикоидов может быть эффективным и безопасным лечением острого приступа артрита. Антигиперурикемическая терапия показана больным с острыми атаками. Проведение антигиперурикемической терапии показано при неэффективности нефармакологических методов лечения. Решение о подобной терапии должно быть принято индивидуально, учитывая баланс между пользой и потенциальными рисками, и согласовано с больным. Целью антигиперурикемической терапии является предупреждение образования и растворение имеющихся кристаллов моноурата натрия, это достигается поддержанием уровня МК ниже точки супернасыщения сыворотки уратами (<360 мкмоль/л), так как предотвращение образования и растворение уже имеющихся кристаллов моноурата натрия возможно при достижении указанного сывороточного уровня мочевой кислоты. Профилактика суставных атак в течение первых месяцев антигиперурикемической терапии может достигаться Колхицином (0,5-1,0 грамм в день) и/или НПВП (с гастропротекцией при показании). И Колхицин и НПВП имеют потенциально серьёзные побочные эффекты, и их назначение предопределяет необходимость соотносить потенциальную пользу и вред. При наличии противопоказаний и/или неэффективности НПВП и Колхицина для профилактики приступов артрита в

первые месяцы антигиперурикемической терапии возможно назначение ингибиторов Интерлейкина-1. Данному пациенту назначена следующая терапия - немедикаментозная: питание при подагре предусматривает снижение общего калоража. Необходимо уменьшить поступление в организм экзогенных пуринов и животных жиров. Жиры снижают экскрецию мочевой кислоты почками. Крайне осторожно следует подходить к употреблению любых алкогольных напитков, включая пиво и красное вино.

Исключают из пищевого рациона: печеньку, почки, жирные сорта мяса, мясные бульоны, копчености, горох, бобы, чечевицу, шпинат, цветную капусту, шпроты, сельдь. Следует ограничить потребление мяса до 2-3 раз в неделю, при этом лучше употреблять его в отварном виде. Медикаментозная терапия: Колхицин 0,0005 г по 2 таблетки каждые 2 часа, затем на 2 и 3 дни 2 таблетки; 4 день - 1 таблетка вечером; следующие дни - 1 таблетка вечером с ужином до купирования атаки. НПВП (ингибиторы ЦОГ-2 (Нимесулид 100 мг по 1 таблетке 2 раза в день после еды), после купирования острой подагрической атаки -Аллопуринол 300 мг 1 таблетка 1 раз в сутки принимать до нормализации уровня мочевой кислоты сыворотки крови.

5. Пациенту необходимо продолжить немедикаментозную терапию: соблюдение рационального питания. Медикаментозная терапия: Колхицин, НПВП - отменить, так как острая подагрическая атака была купирована. Вопрос о назначении антигиперурикемических препаратов решить после контроля уровня мочевой кислоты сыворотки крови.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 2

Женщина 59 лет обратилась на приём с жалобами на боли механического и стартового характера в коленных суставах (больше справа), которые уменьшаются при использовании топических и пероральных НПВП. Из анамнеза известно, что данные симптомы беспокоят пациентку в течение 5 лет и постепенно прогрессируют. Ранее за медицинской помощью пациентка не обращалась, по совету знакомых использовала эластичный наколенник при ходьбе, обезболивающие препараты – 1-2 раза в неделю. Отмечает усиление болевого синдрома в течение 2 недель, после чрезмерной физической нагрузки (работа на дачном участке). Из-за усиления болевого синдрома увеличила частоту приема обезболивающих средств. В настоящее время, находясь на пенсии, продолжает работать продавцом в магазине. Пять лет назад была диагностирована язвенная болезнь ДПК. Больная получила соответствующее лечение и в настоящее время жалобы характерные для этой патологии отсутствуют.

При осмотре: состояние относительно удовлетворительное. ИМТ – 35 кг/м². Окружность талии – 104 см, окружность бедер – 110 см. Кожные покровы чистые, обычной окраски. При осмотре костно-мышечной системы определяется незначительная экссудация в правом коленном суставе, варусная деформация коленных суставов, hallux valgus с обеих сторон. При пальпации суставов болезненность в проекции щели правого коленного сустава. Сгибание в коленных суставах справа до 100-110 градусов, слева до 120-130 градусов, боль при максимальном сгибании справа, крепитация с обеих сторон. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, ритмичные. ЧСС –70 уд.в мин., АД – 135/85 мм рт.ст. Живот мягкий, при пальпации безболезненный во всех отделах. Печень и селезёнка не увеличены. Дизурии нет. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный. На рентгенограмме коленных суставов: незначительное сужение суставной щели, субхондральный склероз, мелкие краевые остеофиты. На рентгенограмме стоп –вальгусная деформация 1 плюснефаланговых суставов с обеих сторон, значительное сужение суставной щели и крупные остеофиты в 1 плюснефаланговых суставах с обеих сторон.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Какие дополнительные методы обследования Вы бы назначили данному пациенту?
4. Определите план ведения пациентки с использованием медикаментозных и немедикаментозных методов профилактических мероприятий.
5. Пациентка повторно обратилась на консультацию через 5 лет. За это время отмечает прогрессирование суставного синдрома, ежедневную потребность в приёме НПВ, недостаточный эффект от приёма обезболивающих. На рентгенограмме коленных

суставов – значительное сужение суставной щели, справа – до контакта костных поверхностей, крупные остеофиты. Какова Ваша дальнейшая лечебная тактика? Обоснуйте Ваш выбор.

ЭТАЛОН ОТВЕТА СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 2

1. Первичный остеоартрит с поражением коленных суставов, рентгенологическая стадия 2, с поражением суставов стоп, рентгенологическая стадия 3, реактивный синовит правого коленного сустава, ФНС 1-2. Ожирение 2 степени. Язвенная болезнь ДПК, вне обострения.

2. Диагноз «первичный остеоартрит и синовит» установлен на основании жалоб пациентки на боли в суставах механического и стартового характера, данных анамнеза (постепенное развитие заболевания и эффективность приёма обезболивающих), внешнего осмотра пациентки (наличие вирусной деформации коленных суставов и вальгусной деформации суставов стоп, наличие экссудации в области правого коленного сустава). Стадия остеоартрита установлена на основании рентгенологического обследования. Степень функциональных нарушений поставлена на основании жалоб пациентки.

3. Пациенту рекомендовано проведение ОАК для исключения анемии на фоне приёма обезболивающих препаратов (НПВП-гастропатия), проведение ОАМ (для исключения гематурии и протеинурии на фоне приёма НПВП и для определения возможности их использования в дальнейшем), определение уровня креатинина. В случае торпидного течения синовита (более 10 -14 дней) – консультация ревматолога.

4. Из немедикаментозных методов в настоящее время следует использовать коленные ортезы при ходьбе для уменьшения осевой нагрузки на суставы, ортопедические стельки и межпальцевые вкладыши для коррекции вальгусной деформации стоп. Из методов физиолечения допустимо использование электронейростимуляции или акупунктуры для уменьшения болевого синдрома, однако следует отметить отсутствие убедительных доказательств эффективности их использования. Из медикаментозных методов следует использовать пероральные НПВП в течение 10-14 дней (неселективные или селективные), топические НПВП, симптоматические лекарственные средства медленного действия - препараты хондроитина и/или глюкозамина, и/или диацереина и/или неомыляемые соединения авокадо и сои в течение нескольких месяцев (допустимо упоминание одной из трёх групп препаратов). При сохранении явлений синовита коленного сустава более 14 дней без положительной динамики – консультация врача-ревматолога.

В дальнейшем для профилактики прогрессирования остеоартрита следует провести следующее:

- проведение с пациентом бесед, включающих разъяснения о факторах риска развития остеоартрита и их профилактике, правилах подъёма и переноса тяжестей, изменении образа жизни, необходимости выполнения определенного вида упражнений: комплекс упражнений ЛФП, выполняемых в домашних условиях, выполнение упражнений на укрепление 4 -главой мышцы бедра и аэробных упражнений общей длительностью не менее 30 минут – 5 раз в неделю;

- снижение веса до нормального (ИМТ менее 25кг/м²) с целью уменьшения нагрузки на коленные и тазобедренные суставы;

- мануальная терапия – массаж области коленных суставов с целью укрепления мышечно-связочного аппарата, сохранения объёма движений в суставах;

- санаторно-курортное лечение – на климатических или бальнеологических курортах (доказанным является использование бальнеотерапии при остеоартрите коленных суставов).

5. Пациентке показана консультация ортопеда для определения показаний к эндопротезированию коленных суставов, так как по результатам рентгенологического исследования стадия остеоартрита – 3. Кроме того, следует рекомендовать пациентке ходьбу с опорой на трость (в противоположной максимальному поражению стороне), использование бандажа на коленный сустав. Учитывая прогрессирование болевого синдрома – Трамадол от 50 до 300 мг/сутки.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 3

Женщина 65 лет, пенсионер, обратилась к врачу-терапевту участковому с жалобами на боли в коленных, тазобедренных, дистальных межфаланговых суставах кистей, в поясничном отделе позвоночника, возникающие при нагрузке и движениях, больше к вечеру, затихающие в покое; утреннюю скованность до 20 минут. Не может точно определить давность заболевания. Отмечает постепенное, в течение 5-7 лет, нарастание вышеописанных болей в перечисленных суставах и поясничном отделе позвоночника. Ранее не обследовалась, не лечилась. Последние 20 лет пациентка работает уборщицей в школе (продолжает работать и на пенсии), отмечает частые интенсивные физические нагрузки.

При осмотре: рост - 160 см, вес - 80 кг. Кожные покровы телесного цвета, повышенной влажности. Отёков нет. Коленные суставы деформированы, кожные покровы над ними обычной окраски, местная температура не изменена, небольшое ограничение подвижности за счет болезненности, при активных движениях в коленных суставах слышен хруст. Отмечается болезненность при пальпации и ограничение подвижности дистальных межфаланговых суставов; их внешний вид представлен ниже. Остальные суставы не изменены. Болезненна пальпация остистых и поперечных отростков поясничного отдела позвоночника, движения в этом отделе ограничены из-за болезненности. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Пульс ритмичный, удовлетворительного наполнения и напряжения, 78 в минуту. АД - 135/80 мм рт. ст., границы относительной сердечной тупости в пределах нормы. Тоны сердца приглушены, ритмичные, шумов нет. Живот мягкий, безболезненный.

Лабораторно. Общий анализ крови: гемоглобин - 130 г/л, лейкоциты - $6,7 \times 10^9$ /л, эозинофилы - 3%, палочкоядерные нейтрофилы - 4%, сегментоядерные - 57%, лимфоциты - 30%, моноциты - 6%, СОЭ - 20 мм/ч.

Рентгенография коленных суставов: сужение суставных щелей, субхондральный склероз, краевые остеофиты.

Рентгенография кистей: многочисленные остеофиты дистальных межфаланговых суставов, умеренно выраженное сужение суставных щелей, остеоэкссклероз.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
4. Составьте план лечения данного пациента. Обоснуйте свой выбор.
5. Определите прогноз и трудоспособность пациента.

ЭТАЛОН ОТВЕТА СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 3

1. Основной: остеоартроз, генерализованная форма: гонартроз, поражение дистальных межфаланговых суставов кистей, R-стадия II, ФК I. Сопутствующий: ожирение I степени.

2. Остеоартроз: боли механического типа, скованность в пределах 20 минут, деформация суставов за счёт костных разрастаний. Рентгенологическая стадия: сужение суставной щели, остеофиты, остеоэкссклероз. Функциональный класс: затруднение профессиональной деятельности. Ожирение I степени (ИМТ - 31,3 кг/м²).

3. Пациенту рекомендовано: для уточнения степени активности – определение острофазовых показателей (фибриноген, СРБ, протеинограмма). Рентгенография поясничного отдела позвоночника. УЗИ коленных суставов (дообследование опорно-двигательного аппарата).

4. Базисная терапия (хондропротекторы) – Хондроитин сульфат, Глюкозамин сульфат (Дона, Структум, Артра, Алфлутоп). НПВП (Мовалис, Напроксен, Нимесулид).

ГК внутрисуставно при наличии синовита. Препараты гиалуроновой кислоты внутрисуставно. Антиагреганты и антагонисты Са для улучшения микроциркуляции в субхондральных отделах костей и в синовии. ЛФК, массаж, физиотерапия (магнитотерапия, УВЧ, ультразвук). Местная терапия (НПВП, Димексид).

Лечение сопутствующих заболеваний (коррекция массы тела). Санаторно-курортное лечение. Запрещается длительная ходьба, длительное стояние на ногах, ношение тяжестей; не рекомендуются частые подъёмы и спуски по лестнице.

5. Жизненный прогноз благоприятен. Возможно инвалидизирующее поражение коленных и тазобедренных суставов. На момент обострения – временная нетрудоспособность

Тема №28: «Остеопороз в амбулаторной практике»

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 1

Женщина 75 лет пришла на приём к врачу-терапевту участковому с жалобами на интенсивную постоянную боль в поясничной области, усиливающуюся при поворотах тела и наклонах вперёд.

Больной себя считает в течение недели, когда во время работы в огороде (уборка картофеля) появились вышеуказанные боли. С целью уменьшения болевого синдрома принимала баралгин – с незначительным эффектом. Из анамнеза: на пенсии (ранее работала преподавателем), профессиональные вредности отрицает. Перенесённые операции: гистерэктомия в 44 года (по поводу фибромиомы матки), хирургическая менопауза.

При осмотре: состояние удовлетворительное. Кожный покров физиологической

окраски. Рост – 160 см, вес – 52 кг, ИМТ – 20,3 кг/м². При осмотре костно-мышечной системы усилен грудной кифоз, подчеркнут поясничный лордоз. Болезненная пальпация остистых отростков в поясничном отделе. В лёгких везикулярное дыхание, хрипов нет, ЧД – 16 в минуту. Тоны сердца приглушены, ритм правильный, ЧСС – 64 в минуту, АД – 125/80 мм рт.ст. Язык не обложен, влажный. Живот мягкий, безболезненный при пальпации во всех отделах. Размеры печени – 9(0)4847 см. Селезёнка не увеличена. Поколачивание по поясничной области безболезненное, дизурии нет. Стул оформленный 1 раз в сутки, без патологических примесей.

Общий анализ крови: эритроциты – 4,541012/л, гемоглобин – 130 г/л, лейкоциты – 7,84109/л, базофилы – 0%, эозинофилы – 1%, сегментоядерные нейтрофилы – 73%, лимфоциты – 18%, моноциты – 8%, тромбоциты – 2674109/л, СОЭ – 14 мм/час.

Общий анализ мочи: рН – 6,8, удельный вес – 1018, белок и сахар – отрицат, лейкоциты – 2-3 в поле зрения.

Биохимический анализ крови: общий белок – 74 г/л, щелочная фосфатаза – 140 МЕ/л, АСТ – 16 МЕ/л, АЛТ – 22 МЕ/л, глюкоза – 4,5 ммоль/л, креатинин – 75 мкмоль/л. На рентгенограмме пояснично-крестцового отдела позвоночника – передняя клиновидная деформация L3 и L4.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациентки.
4. Определите план ведения пациентки с использованием медикаментозных и немедикаментозных методов (с указанием доз используемых препаратов).
5. Пациентка повторно обратилась на консультацию через 2 года. По данным денситометрии Т-критерий в поясничном отделе позвоночника составил -3,0 (в начале лечения), -3,4 (через 1,5 года); в бедре показатели Т-критерия составили -2,2 и -2,5 соответственно. Кроме того, 5 месяцев назад у пациентки был низкоэнергетический перелом левой лучевой кости. Какова Ваша дальнейшая лечебная тактика? Обоснуйте свой выбор.

ЭТАЛОН ОТВЕТА СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 1

1. Остеопороз сочетанного генеза (постменопаузальный + сенильный), тяжёлое течение (компрессионные переломы тел позвонков в поясничном отделе).

2. Диагноз «остеопороз» установлен на основании типичных жалоб пациентки (боль постоянного характера, усиливающаяся при нагрузке в поясничном отделе позвоночника), анамнеза заболевания (возникновение боли в пожилом возрасте после интенсивной физической нагрузки), наличия факторов риска (ранняя хирургическая менопауза), данных осмотра (усиленный грудной кифоз, сглаженный поясничный лордоз) и рентгенологического обследования (клиновидная деформация тел позвонков).

Диагноз «артериальная гипертензия» установлен исходя из данных анамнеза.

3. Пациентке рекомендовано:

проведение двухэнергетической рентгеновской костной абсорбциометрии (DXA) для оценки минеральной плотности костной ткани (данная методика необходима не только для подтверждения диагноза, но и для динамической оценки и контроля эффективности проводимой терапии);

определение абсолютного риска переломов в течение последующих 10 лет жизни с помощью калькулятора FRAX (показанием к началу лечения считается риск общих переломов более 20%, риск перелома бедра более 3%); исследование общего кальция и фосфора в сыворотке крови для выявления противопоказаний к лечению либо коррекции нарушений (гиперпаратиреоз, заболевания костей). По показаниям возможно определение уровня ПТГ (подозрение на гиперпаратиреоз), 25(ОН)D₃ (при подозрении на гиповитаминоз D), Са и креатинина в утренней и суточной моче, клиренса креатинина и ТТГ у женщин (выявление причин вторичного остеопороза). Кроме того, пациентке показаны консультации смежных специалистов (врача-офтальмолога и врача-невролога) для выявления нарушений, способных увеличить риск падений, и их коррекции.

4. В план ведения данной пациентки целесообразно включить не только методы лечения с целью увеличения плотности костной ткани, но и методы профилактики для уменьшения риска переломов. Из методов профилактики наибольшее значение имеет: лечебная физкультура для

укрепления мышц и улучшения мышечного чувства (снижение риска падений); обучение пациентки, а именно - разъяснение поведения в быту и на улице с целью уменьшения риска падений; выявление сопутствующих заболеваний, которые могут сопровождаться нарушением равновесия.

К методам немедикаментозного лечения следует отнести использование корсета: в первые 8 недель необходимо использовать жёсткий рамочный корсет (с ограничением движений в позвоночнике), в дальнейшем – динамический корсет. Из медикаментозных методов следует использовать: препараты кальция и витамина Д в следующих дозах: кальций – 1200 мг/сутки, витамин Д – 1000-2000 МЕ/сутки; в качестве антиостеопоротических препаратов можно использовать несколько групп: бисфосфонаты (Алендронат в дозе 70 мг/неделю, Ибандронат в дозе 150 мг/месяц, Ризендронат в дозе 35 мг/неделю, Золедроновая кислота в дозе 5 мг/год), Деносумаб в дозе 60 мг -1 раз в полгода. С учётом наличия компрессионного перелома можно предложить кальцитонин лосося в дозе 200 МЕ интраназально или 100 МЕ в/м в течение 2 недель.

5. Следует уточнить у пациентки, насколько точно она выполняла все назначения врача (доза и кратность приёма препаратов). В случае, если все назначения выполнялись в полном объёме, следует провести дообследование для исключения метаболических заболеваний скелета – определение уровня кальция, фосфора и витамина Д в сыворотке крови, паратгормона, ТТГ щелочной фосфатазы и направить на консультацию к врачу-ревматологу. При отсутствии иных метаболических заболеваний скелета возможно назначение Деносумаба, или Терипаратида, или Стронция ранелата в комплексе с препаратами кальция и витамина Д и проведением контрольной денситометрии через 1 год.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 2

Женщина в возрасте 51 года проходит диспансеризацию. Со слов женщины, она совершенно здорова, обычно хорошо себя чувствует и не имеет никаких жалоб. В анамнезе в возрасте 38 лет выполнено удаление матки по поводу фибромиомы, придатки не удалялись. После 40 лет она проходила маммографию с интервалом 2 года, все результаты без отклонений от нормы. Наличие хронических заболеваний отрицает, гемотрансфузий не выполнялось. Она ежедневно самостоятельно принимает поливитамины, постоянный приём других препаратов отрицает. Семейный анамнез отягощён по раку молочной железы, который был диагностирован у бабушки по материнской линии в возрасте 72 лет. Пациентка замужем, работает учителем средней школы, курение и употребление алкоголя отрицает. В диете избегает молочных продуктов, так как считает, что имеет «непереносимость лактозы». Физическими упражнениями специально не занимается, нерегулярно осуществляет прогулки «для поддержания здоровья». При физикальном обследовании ЧСС -72 удара в минуту, АД -118/78 мм рт. ст., частота дыхания -16 в минуту, отклонений от нормы по органам и системам не выявляется.

Вопросы:

1. Какой скрининг злокачественных новообразований шейки матки показан данной пациентке?
2. Какие дополнительные (к выполненному ранее опросу на выявление хронических неинфекционных заболеваний и факторов риска их развития и измерению АД) исследования показаны на первом этапе диспансеризации?
3. С каким интервалом рекомендуется проводить маммографию для скрининга рака молочной железы у данной пациентки?
4. Что следует порекомендовать пациентке для снижения риска развития остеопороза?
5. Каким образом результаты диспансеризации отражаются в медицинской документации?

ЭТАЛОН ОТВЕТА СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 2

1. В связи с проведённой гистерэктомией по поводу доброкачественной патологии и низким риском пациентке не показано проведение скрининга рака шейки матки.
2. Необходимо выполнить антропометрию, определение абсолютного суммарного сердечно-сосудистого риска, ЭКГ, флюорографию лёгких, маммографию, мазок с наружного маточного зева и цервикального канала на цитологическое исследование, развёрнутый общий анализ крови, анализ крови биохимический общетерапевтический (в объёме не менее: определения уровня креатинина, общего билирубина, АСТ, АЛТ, глюкозы, холестерина), общий анализ мочи, исследование кала на

скрытую кровь, УЗИ брюшной полости, поджелудочной железы, почек, органов малого таза, измерение внутриглазного давления.

3. У данной пациентки наследственный анамнез отягощён по раку молочной железы, однако он был диагностирован у бабушки в пожилом возрасте, что не даёт основания предполагать наличия врождённых мутаций, ассоциированных с высоким риском развития рака молочной железы BRCA-1 или BRCA-2, поэтому скрининг рака молочной железы у данной пациентки должен осуществляться исходя из популяционного риска, и в возрасте старше 50 лет, маммография рекомендуется 1 раз в год.

4. Остеопороз имеет повышенный риск развития у женщин в постменопаузе и увеличивается с возрастом, при курении, низкой массе тела, отягощённом анамнезе, низком потреблении кальция с пищей и малоподвижном образе жизни. У данной пациентки имеется недостаточность потребления кальция с пищей, поскольку она избегает молочных продуктов. В таком случае следует рекомендовать дополнительный приём препаратов кальция и витамина Д₃, суточная доза кальция в возрасте старше 50 лет должна составлять 1200 мг, витамина Д₃–400800 МЕ.

5. В «Медицинскую карту пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях» (учётная форма No025/y) вносятся результаты всех исследований и осмотров (консультаций) врача, заполняется «Карта учёта диспансеризации» (учётная форма No 131/y), заполняется анкета (опросник) на выявление хронических неинфекционных заболеваний, факторов риска их развития и потребления наркотических средств и психотропных средств без назначения врача. Анкета (опросник) и «Карта учёта диспансеризации» подшивается в «Медицинскую карту пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях». Учёт прошедших каждый этап диспансеризации проводится по ежемесячному внесению результатов в отчётную форму «Сведения о диспансеризации определённых групп взрослого населения» (форма No 131/o).

Тема №30: «Коморбидность в амбулаторной практике»

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 1

При проведении диспансеризации у женщины 50 лет (вес 98 кг, рост 164 см) выявлено: гликемия натощак 6,9 ммоль/л, в общем анализе мочи (ОАМ) – уд.вес 1015, желтая, прозрачная, белок – 0,15 г/л, сахар +++++, эритроциты 1-2 в п/зр, лейкоциты 3-5 в п/зр, эпителий плоский 3-5 в п/зр.

На момент осмотра жалоб активно не предъявляет. В течение последних 6 месяцев периодически отмечала повышение АД до 140/90 – 150/95 мм рт. ст. Гипотензивную терапию не получала. Семейный анамнез: мать – 69 лет страдает АГ, СД 2 типа; отец – умер в 60 лет, ИМ. При анкетировании наличие соматической патологии отрицает. Вредные привычки отрицает.

Объективно: состояние относительно удовлетворительное. Телосложение правильное. ИМТ – 37 кг/м². Окружность талии – 104 см. Кожные покровы обычного цвета, чистые. Видимые слизистые бледно-розовые. Периферические л/узлы не пальпируются. Дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД = 16 в мин. Тоны сердца ясные, ритм правильный. ЧСС – 72 в мин. Гемодинамика стабильная. АД – 140/90 мм.рт.ст. Живот мягкий, безболезненный во всех отделах. Печень – по краю рёберной дуги. Селезёнка не пальпируется. Симптом поколачивания отрицателен с обеих сторон. Физиологические отправления в норме.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте план обследования пациента.
4. Препарат какой группы антигипертензивных лекарственных средств Вы бы рекомендовали пациенту? Обоснуйте свой выбор.
5. Какой глюкозолнижающий препарат Вы бы рекомендовали пациенту? Обоснуйте Ваш выбор.

ЭТАЛОН ОТВЕТА СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 1

1. Сахарный диабет 2 типа, впервые выявленный, целевой уровень гликированного гемоглобина (HbA_{1c}) ≤ 7 %. Ожирение 2 ст. Диабетическая нефропатия? АГ I степени, риск III.
2. Диагноз «сахарный диабет» установлен на основании результатов анализов (гипергликемия – 6,9 ммоль/л, глюкозурии). Целевой уровень HbA_{1c} ≤ 7 %, так как возраст пациентки 50 лет, нет тяжелых осложнений и нет риска гипогликемической комы. Диагноз «артериальная гипертензия» (АГ)

установлен на основании данных анамнеза (пациент отмечает повышение АД в течение 6 месяцев); установление степени АГ основано на цифрах АД, измеренных во время приёма. Степень риска ССО поставлена на основании наличия сахарного диабета. Необходимо исключить вторичный характер артериальной гипертензии. Возможно наличие диабетической нефропатии, так как в общем анализе мочи - протенинурия (0,15 г/л). Ожирение 2 ст., так как ИМТ = 37 кг/м²

3. Пациенту рекомендовано: определение уровня НВА1с, гликемический профиль, исследование мочи на альбуминурию, БАК: ОХ, ТГ, ЛПНП, ЛПВП, АЛТ, АСТ, общий билирубин, мочевины, креатинин, расчёт СКФ, УЗИ почек, ЭКГ, ФЛГ, консультации эндокринолога, офтальмолога, невролога, проведение суточного мониторирования АД, суточного профиля АД; проведение ЭХО-КГ.

4. Ингибиторы АПФ или антагонисты рецепторов к ангиотензину II. Выбор препарата из этих групп основан на их нефропротективных свойствах. Данные группы антигипертензивных препаратов являются «золотым» стандартом при лечении пациентов с ХБП I-III стадии, с диабетической нефропатией. Наиболее доказанными нефропротективными свойствами из группы ингибиторов АПФ обладает Рамиприл, из группы антагонистов рецепторов к ангиотензину II - Лозартан.

5. Метформин, так как он является препаратом первой линии при СД 2 типа, особенно в сочетании с ожирением.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 2

В городской поликлинике у врача-терапевта участкового на диспансерном учёте хронических заболеваний состоит больной К. 65 лет с диагнозом «язвенная болезнь желудка. Гастрэктомия (1995 г.). Артериальная гипертензия 2 степени, 3 стадии, риск 3. ХСН I, ФК II» в течение 20 лет. На очередной явке больной обратился с жалобами на нарастающую выраженную слабость, быструю утомляемость при минимальной физической нагрузке, головокружение, сердцебиение в покое, снижение веса на 3 кг в течение месяца. При активном опросе больной отмечает боль, жжение в языке при приёме пищи, а также ползание мурашек и онемение обеих нижних конечностей постоянного характера. Из анамнеза: вышеперечисленные симптомы появились в течение 1,5-2 месяцев. На назначенные явки приходит согласно плану наблюдения. Гипотензивные препараты принимает в течение 10 лет - Периндоприл 0,005 утром, Амлодипин 0,005 на ночь. АД контролирует 2 раза в день на уровне 130/80 мм рт. ст. Курит в течение 20 лет по 0,5 пачки в день. Аллергологический анамнез не отягощён. Профессиональный анамнез: в настоящее время не работает, на пенсии, профмаршрут - 51 год электрик на производстве строительных материалов. Объективный статус: состояние средней степени тяжести, при контакте с врачом заторможен, переспрашивает вопросы. Неуверенность при ходьбе. Вес - 56 кг, рост - 175 см. Лицо одутловатое, склеры бледно-желтушные. Кожные покровы смуглые, повышенной влажности. Пастозность голеней. Грудная клетка астеническая. В лёгких дыхание везикулярное, ЧД - 16 в минуту, хрипов нет. Область сердца при осмотре не изменена. Границы относительной сердечной тупости: правая - на 1 см снаружи от правого края грудины, верхняя - на III ребре, левая - в пятом межреберье на 1,0 см кнутри от левой срединно-ключичной линии. Тоны сердца приглушены, ритмичные, ЧСС - 90 ударов в минуту, систолический шум на верхушке сердца. АД на правой конечности - 130/80, на левой - 120/80 мм рт. ст. Пульс 90 ударов в минуту. Язык ярко-розовый, блестящий, с небольшим количеством сглаженных сосочков бледно-белого цвета, имеются участки воспаления с белым налётом, трещины, влажный. Живот мягкий, вздут, болезненный в области эпигастрия. Печень из-под края рёберной дуги выступает на 1 см, ординаты Курлова 13×8×7 см, селезёнка пальпируется, безболезненная, ординаты Курлова 8/7 см. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Стул неоформленный, примеси крови и гноя отрицает, периодически отмечает запоры до 3 дней в течение месяца. Мочевыделение безболезненное, затруднения при мочеиспускании отрицает, не учащено. Клинический анализ крови по cito: эритроциты - 2,0×10¹², Hb - 79 г/л, ЦП - 1,2, лейкоциты - 3,5×10⁹ эозинофилы - 0%, палочкоядерные нейтрофилы - 5%, сегментоядерные нейтрофилы - 45%, лимфоциты - 43%, моноциты - 7%, Тц - 160×10⁹ СОЭ - 16 мм/час. Выявлены морфологические изменения клеток крови: мегалобласты, анизоцитоз, зернистость эритроцитов, тельца Жолли, кольцо Кэбота, гиперсегментация нейтрофилов. Биохимический анализ крови: общий белок - 58 г/л, общий билирубин - 28,3 мкмоль/л, прямой билирубин - 2,1 мкмоль/л, глюкоза сыворотки - 4,5 ммоль/л, общий холестерин - 6,3 ммоль/л, ЛПНП - 3,5 ммоль/л, ЛПВП - 1,3 ммоль/л, триглицериды - 0,9 ммоль/л; креатинин - 76 мкмоль/л, мочевины - 4,7 ммоль/л, АСТ - 65 Ед/л, АЛТ - 58 Ед/л. Флюорография органов грудной клетки: без патологии. ЭКГ: ритм синусовый 82 в

минуту. УЗИ органов брюшной полости: увеличение печени за счёт левой доли, небольшое увеличение селезёнки.

Вопросы:

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Назначьте консультации узких специалистов, дополнительные методы исследования с их обоснованием.
3. В результате проведённого обследования другие причины В12 дефицитной анемии не выявлены. Определите тактику лечения больного врачом-терапевтом участковыми, необходимые контрольные исследования для оценки эффективности терапии.
4. Определите возможность направления больного на санаторно-курортное лечение (СКЛ). Какое заболевание является основанием для направления на СКЛ, и какие документы необходимо заполнить?
5. Составьте план дополнительных исследований для диспансерного наблюдения данного больного после компенсации В12-дефицитной анемии.

ЭТАЛОН ОТВЕТА СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 2

1. Анемия средней степени тяжести, В12-дефицитная. Язвенная болезнь желудка. Гастрэктомия (1995 г.). Артериальная гипертензия 2 степени, 3 стадии, риск 4. ХСН I, ФК II.

2. Биохимический анализ крови: дополнительно ЛДГ, Fe сыворотки крови, трансферин, транскобаламин, гомоцистеин. Эти показатели наиболее точно верифицируют дефицит витамина В12 и оценивают возможный сопутствующий дефицит железа на фоне гастрэктомии. Если нет возможности провести исследование транскобаламина, то обязательно проводится стерильная пункция. Она назначается также при отсутствии эффекта от терапии с целью дифференциальной диагностики заболеваний крови (например, миелодиспластический синдром). Исследование кала на гельминты не менее 3 раз. Одна из наиболее частых причин дефицита витамина В12 глистная инвазия (например, дифиллоботриоз). ЭФГДС с биопсией. Выявление также наиболее частых причин В12 дефицитной анемии атрофического аутоиммунного гастрита, рака данной локализации. Для выявления рака другой локализации необходимо провести исследования по типу онко-скрининга: кал на скрытую кровь, ректороманоскопия, ирригоскопия, колоноскопия, УЗИ почек и мочевого пузыря, предстательной железы, ПСА. Антитела к антигенам желудка крови. Проводят в случае выявления атрофического гастрита с целью верификации аутоиммунного генеза. Консультация врача-невролога для диагностики синдрома периферической полинейропатии, фуникулярного миелоза.

3. Лечение должно проводиться в амбулаторных условиях, так как на данный момент нет показаний для госпитализации: Hb - 79 г/л, нет гемодинамических нарушений.

Лечение В12 дефицитной анемии:

- терапия насыщения: парентеральное введение Цианкобаламина по 400-500 мкг/сутки - 4-6 недель;
- поддерживающая терапия: парентеральное введение Цианкобаламина 1 раз в неделю по 400-500 мкг - 2 месяца;
- профилактика: парентеральное введение Цианкобаламина 2 раза в месяц по 400- 500 мкг - пожизненно.

Лечение фуникулярного миелоза:

- Цианкобаламин по 1000 мкг ежедневно - 7-10 дней, далее - по 500 мкг/сутки (по схеме);
- Аденозилкобаламин 500 мкг/день, в/м (это коферментная форма витамина В12, более активно участвующая в обмене жирных кислот и не участвующая в кроветворении)- 7-10 дней.

Контрольные исследования:

- клинический анализ крови через 5-7 дней - для оценки ретикулоцитоза, дальнейшее исследование клинического анализа крови 1 раз в 7-10 дней до нормализации показателей;
- биохимический анализ крови: концентрация ЛДГ (ее нормализация свидетельствует об эффективности терапии).

4. На санаторно-курортное лечение пациента можно отправить только при компенсации анемии, фуникулярного миелоза и подтверждающих это контрольных исследованиях через 3-4 месяца после окончания 2 этапа лечения. Сопутствующие заболевания не являются противопоказаниями для направления на санаторно-курортное лечение, если находятся в фазе компенсации. С учётом всех заболеваний показанием для направления на СКЛ являются язвенная болезнь желудка, резекция желудка (1995 г.) и В12-дефицитная анемия. Артериальная гипертензия с ХСН - сопутствующие заболевания. Санаторно-курортные организации рекомендуются в климатической зоне проживания

пациента. Курорты: бальнеологические, с питьевыми минеральными водами; климатические (кроме горных). Для направления на СКЛ необходимо заполнить справку для получения путёвки № 070/у с соответствующей записью в медицинской карте амбулаторного больного. При наличии путёвки выдается санаторно-курортная карта № 072/у, о чём также делается запись в медицинской карте амбулаторного больного.

5. Наблюдение у врача-терапевта участкового с явкой 1 раз в 6 месяцев. Консультация врача-гастроэнтеролога 1 раз в 12 месяцев, врач-гематолог по показаниям. Перечень лабораторных исследований: клинический анализ крови два раза в год. Учитывая причину В12-дефицитной анемии и высокую вероятность малигнизации при язве желудка - ЭФГДС 1-2 раза в год, кал на скрытую кровь 1 раз в год. Профилактическое лечение: парентеральное введение Цианкобаламина 2 раза в месяц по 400-500 мкг - пожизненно.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 3

На приёме у врача-терапевта участкового больная К. 50 лет, учитель. Жалобы на умеренную сухость во рту, жажду (выпивает более 3 литров жидкости в день), повышенный аппетит, зуд кожных покровов, особенно в подмышечных и паховых областях, появление гнойничков в местах расчёсов, учащённое мочеиспускание.

В анамнезе: указанные жалобы появились и нарастали в течение года. С 45 лет страдает гипертонической болезнью (АД от 160/100 до 140/90 мм рт. ст.), принимала нерегулярно Каптоприл. У родственников со стороны матери отмечает склонность к ожирению, мать страдала гипертонической болезнью, сахарным диабетом 2 типа, умерла в возрасте 65 лет от инсульта. Было 3 беременности, одни роды в 29 лет, вес ребёнка при рождении 4,3 кг.

Данные объективного осмотра: состояние удовлетворительное, видны расчёсы на спине. Кожа пониженной влажности. Рост - 168 см, вес - 85 кг, окружность талии - 96 см, окружность бёдер - 110 см, складка на передней брюшной стенке - 8 см. В лёгких везикулярное дыхание, побочных дыхательных шумов нет. ЧДД - 16 в минуту. Тоны сердца ритмичные, усилен 2 тон во втором межреберье справа от грудины. ЧСС - 76 в минуту. АД - 156/94 мм рт. ст. (D=S). Живот увеличен за счёт подкожно-жирового слоя, мягкий, безболезненный. Пульсация на артериях стоп сохранена.

Общий анализ крови: эритроциты - 4,6Ч10¹², Hb - 130 г/л, ЦП - 0,9, тромбоциты - 250Ч10¹², лейкоциты - 6,1Ч10⁹, эозинофилы - 1%, палочкоядерные - 2%, сегментоядерные - 65%, лимфоциты - 30%, моноциты - 2%, СОЭ - 8 мм/ч. Креатинин - 90,0 мкмоль/л, СКФ - 64,2 ml/min/1,73. Реакция мочи на ацетон отрицательная. Микроальбуминурия - 100 мг/дл. Липидограмма: холестерин общий - 6,5 ммоль/л, ЛПНП - 3,48 ммоль/л, ЛПВП - 0,9

ммоль/л. Биохимические анализы: глюкоза крови натощак - 7,7 ммоль/л, гликозилированный гемоглобин (HbA1c) - 7,5%.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
4. Тактика ведения. Режим, диета, медикаментозное и немедикаментозное лечение.
5. Какова дальнейшая тактика ведения пациента после коррекции гликемии?

ЭТАЛОН ОТВЕТА СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 3

1. Сахарный диабет 2 тип, впервые выявленный. Диабетическая нефропатия, стадия микроальбуминурии. ХБП С2, А1. Экзогенно-конституциональное ожирение I степени (ИМТ=30,5 кг/м²). Гипертоническая болезнь II стадии. Артериальная гипертензия 1 степени, риск 3. Целевой уровень HbA1c < 6,5%.

2. Диагноз сахарного диабета 2 типа установлен на основании жалоб больного на жажду, сухость во рту, полидипсию, полиурию, кожный зуд; данных анамнеза: постепенное развитие заболевания, дебют в возрасте старше 40 лет, наличие ожирения, отягощённый наследственный анамнез по сахарному диабету, рождение крупного плода (более 4 кг) в анамнезе; в пользу СД 2 типа умеренная выраженность симптомов, отсутствие признаков кетоза; установление целевых уровней гликемического контроля основано на том, что ожидаемая продолжительность жизни пациента более 15 лет, диагноз выставлен впервые, отсутствуют тяжёлые макрососудистые осложнения сахарного диабета, низкий риск гипогликемий.

3. Пациенту рекомендовано: суточный гликемический профиль с исследованием гликемии натощак, постпрандиальной гликемии - через 2 часа после приёма пищи. ЭХО-КГ (наличие гипертрофии левого желудочка, размеры полостей, фракция выброса). Осмотр врачом-

офтальмологом - глазное дно (наличие ретинопатии, стадия ретинопатии). Осмотр врачом-неврологом (наличие полинейропатии, энцефалопатии).

4. Лечебная тактика при уровне гликированного гемоглобина 7,5% включает: изменение образа жизни (питание, физические нагрузки), медикаментозная терапия: Метформин 1000 мг 2 раза в день, при непереносимости Метформина можно рассмотреть назначение препаратов сульфонилмочевины (кроме Глибенкламида), ингибиторов ДПП-4, инкретины.

5. При снижении уровня гликированного гемоглобина показано назначение комбинации 2 препаратов: бигуаниды в сочетании с препаратами сульфанилмочевины (или другими препаратами, кроме нерациональных сочетаний). В данном случае Метформин не противопоказан (СКФ > 50). Провести беседу о диете, необходимости физических нагрузок, постепенного снижения массы тела до ИМТ 21,5-25,0.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 4

Пациент М. 50 лет обратился к врачу-терапевту участковому с жалобами на головную боль, преимущественно в затылочной области, повышение АД – 190/100 мм рт.ст. в течение года.

Анамнез: повышение АД в течение 6-7 лет, непостоянно принимал Эналаприл. Адаптирован к АД 135-140/85-90 мм рт.ст. Мать (возраст 77 лет) страдает артериальной гипертензией. Пациент не курит.

Общее состояние удовлетворительное. Кожные покровы чистые, обычной окраски. В лёгких дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧД – 16 в минуту. Тоны сердца ясные, чистые, ритм правильный, акцент II тона над проекцией аорты. ЧСС – 76 ударов в минуту, АД – 185/105 мм рт.ст. Живот несколько увеличен за счёт подкожной жировой клетчатки, мягкий, при пальпации безболезненный. Печень и селезёнка не увеличены. Дизурий нет.

Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный. Индекс массы тела – 28,6 кг/м². В анализах: общий холестерин – 6,9 ммоль/л, ТГ – 2,8 ммоль/л, ХС-ЛПВП – 1,0 ммоль/л, глюкоза натощак – 5,2 ммоль/л, креатинин – 120 мкмоль/л, СКФ (по формуле СКД-ЕРІ) = 56 мл/мин, альбуминурия – 12 мг/сутки (год назад: СКФ = 56 ммоль/л и альбуминурия – 14 мг/сутки).

ЭКГ: ритм синусовый, правильный с ЧСС – 76 ударов в минуту, горизонтальное положение электрической оси сердца. Амплитуда зубцов: S в отв. V2 = 20 мм, R в отв. V5 = 25 мм.

Вопросы:

1. Сформулируйте клинический диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
4. Препараты каких групп антигипертензивных лекарственных средств Вы бы рекомендовали пациенту? Обоснуйте свой выбор.
5. Какие еще препараты показаны пациенту? Обоснуйте Ваш выбор.

ЭТАЛОН ОТВЕТА СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 4

1. Гипертоническая болезнь II стадии. Степень артериальной гипертензии 3. Риск ССО 4 (очень высокий). Гипертрофия миокарда левого желудочка. Гиперлипидемия II б тип (тяжёлая). Избыточное питание. Хроническая болезнь почек 3А стадия (С 3А, А 2).

2.

- Диагноз «гипертоническая болезнь (ГБ)» установлен на основании жалоб больного (головная боль, повышение АД), данных анамнеза (пациент отмечает повышение АД в течение 6-8 лет).
- Стадия АГ установлена на основании наличия поражения органов-мишеней (сердца и почек), установление степени АГ основано на цифрах АД, измеренных во время приёма.
- Гипертрофия миокарда левого желудочка установлена по ЭКГ (индекс Соколова Лайона = 45 мм).
- Гиперлипидемия II б тип (тяжелая) установлен по данным липидного спектра (по формуле Фридвальда ХС ЛПНП = до 4,3 ммоль/л).
- Избыточное питание установлено по индекс массы тела 28,6 кг/м² (более 29,9 и менее 30 кг/м²).

- Хроническая болезнь почек (ХБП) определен по наличию признаков поражения почек (СКФ 56 мл/мин и альбуминурия) на протяжении трёх и более месяцев (анамнестические данные) и снижение СКФ.
 - Риск ССО 4 (очень высокий) установлен на основании наличия поражения органов мишеней, гиперхолестеринемии и 3 степени АГ. По таблице SCORE – 13 % (очень высокий риск).
3. Пациенту рекомендовано:
- проведение суточного мониторирования АД, для оценки стабильности повышения АД, суточного профиля АД;
 - проведение ЭХОКГ для оценки толщины стенок миокарда, диастолической и систолической функции;
 - консультация врача-офтальмолога и проведение офтальмоскопии для оценки наличия гипертонической ретинопатии;
 - УЗИ почек для исключения почечной патологии;
 - учитывая сочетание избыточного питания, АГ и гиперлипидемии необходимо УЗИ брахиоцефальных артерий для исключения атеросклероза.
4. Ингибиторы АПФ или антагонисты рецепторов к ангиотензину II в сочетании с антагонистами кальция. Выбор препарата из этих групп основан на их кардио- и нефропротективных свойствах. Данные группы антигипертензивных препаратов уменьшают выраженность гипертрофии левого желудочка и являются «золотым» стандартом при лечении пациентов с ХБП-III стадии. Выбор двух препаратов обусловлен очень высоким риском ССО и 3 степенью АГ. При недостаточном эффекте добавить третий препарат – тиазидный или тиазидоподобный диуретик (Индапамид или Гипотиазид, или Хлорталидон) в небольшой дозе.
5. Показаны статины (Аторвастатин 40 мг или Розувастатин 20 мг), так как у пациента гиперлипидемия и очень высокий ССР необходимо снизить ХС ЛПНП (целевой уровень менее 1,8 ммоль/л или на 50 % от исходного). При достижении целевых уровней АД (менее 140/90 мм рт ст), ССР снизится до высокого или целевого уровня, ХС ЛПНП будет менее 2,5 ммоль/л.

Тема №31: «Онкологическая настороженность на терапевтическом приеме»
СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 1

Женщина в возрасте 51 года проходит диспансеризацию. Со слов женщины, она совершенно здорова, обычно хорошо себя чувствует и не имеет никаких жалоб. В анамнезе в возрасте 38 лет выполнено удаление матки по поводу фибромиомы, придатки не удалялись. После 40 лет она проходила маммографию с интервалом 2 года, все результаты без отклонений от нормы. Наличие хронических заболеваний отрицает, гемотрансфузий не выполнялось. Она ежедневно самостоятельно принимает поливитамины, постоянный приём других препаратов отрицает. Семейный анамнез отягощён по раку молочной железы, который был диагностирован у бабушки по материнской линии в возрасте 72 лет. Пациентка замужем, работает учителем средней школы, курение и употребление алкоголя отрицает. В диете избегает молочных продуктов, так как считает, что имеет «непереносимость лактозы». Физическими упражнениями специально не занимается, нерегулярно осуществляет прогулки «для поддержания здоровья». При физикальном обследовании ЧСС -72 удара в минуту, АД -118/78 мм рт. ст., частота дыхания -16 в минуту, отклонений от нормы по органам и системам не выявляется.

Вопросы:

6. Какой скрининг злокачественных новообразований шейки матки показан данной пациентке?
7. Какие дополнительные (к выполненному ранее опросу на выявление хронических неинфекционных заболеваний и факторов риска их развития и измерению АД) исследования показаны на первом этапе диспансеризации?

8. С каким интервалом рекомендуется проводить маммографию для скрининга рака молочной железы у данной пациентки?
9. Что следует порекомендовать пациентке для снижения риска развития остеопороза?
10. Каким образом результаты диспансеризации отражаются в медицинской документации?

ЭТАЛОН ОТВЕТА СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 1

1. В связи с проведённой гистерэктомией по поводу доброкачественной патологии и низким риском пациентке не показано проведение скрининга рака шейки матки.
2. Необходимо выполнить антропометрию, определение абсолютного суммарного сердечно-сосудистого риска, ЭКГ, флюорографию лёгких, маммографию, мазок с наружного маточного зева и цервикального канала на цитологическое исследование, развёрнутый общий анализ крови, анализ крови биохимический общетерапевтический (в объёме не менее: определения уровня креатинина, общего билирубина, АСТ, АЛТ, глюкозы, холестерина), общий анализ мочи, исследование кала на скрытую кровь, УЗИ брюшной полости, поджелудочной железы, почек, органов малого таза, измерение внутриглазного давления.
3. У данной пациентки наследственный анамнез отягощён по раку молочной железы, однако он был диагностирован у бабушки в пожилом возрасте, что не даёт основания предполагать наличия врождённых мутаций, ассоциированных с высоким риском развития рака молочной железы BRCA-1 или BRCA-2, поэтому скрининг рака молочной железы у данной пациентки должен осуществляться исходя из популяционного риска, и в возрасте старше 50 лет, маммография рекомендуется 1 раз в год.
4. Остеопороз имеет повышенный риск развития у женщин в постменопаузе и увеличивается с возрастом, при курении, низкой массе тела, отягощённом анамнезе, низком потреблении кальция с пищей и малоподвижном образе жизни. У данной пациентки имеется недостаточность потребления кальция с пищей, поскольку она избегает молочных продуктов. В таком случае следует рекомендовать дополнительный приём препаратов кальция и витамина Д3, суточная доза кальция в возрасте старше 50 лет должна составлять 1200 мг, витамина Д3–400800 МЕ.
5. В «Медицинскую карту пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях» (учётная форма No025/у) вносятся результаты всех исследований и осмотров (консультаций) врача, заполняется «Карта учёта диспансеризации» (учётная форма No 131/у), заполняется анкета (опросник) на выявление хронических неинфекционных заболеваний, факторов риска их развития и потребления наркотических средств и психотропных средств без назначения врача. Анкета (опросник) и «Карта учёта диспансеризации» подшивается в «Медицинскую карту пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях». Учёт прошедших каждый этап диспансеризации проводится по ежемесячному внесению результатов в отчётную форму «Сведения о диспансеризации определённых групп взрослого населения» (форма No 131/о).

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 2

Женщина 62 лет вызвала врача-терапевта участкового на дом. Жалобы на выраженную слабость, одышку при незначительной нагрузке, чувство тяжести в правой половине грудной клетки, сухой кашель, сильную боль в области правой молочной железы и в правой подмышечной области, плохой сон, отсутствие аппетита. Из анамнеза: заболела два года назад, когда заметила уплотнение в правой молочной железе. После обследования был поставлен диагноз «рак правой молочной железы», получила пять курсов полихимиотерапии. Принимала Кеторол, Метамизол натрия, Трамадол по 100 мг 2 раза в сутки. Состояние ухудшилось в течение последних четырёх месяцев: одышка стала беспокоить при незначительной нагрузке, появилась тяжесть в правом боку, сухой кашель. Из анамнеза жизни: туберкулёз, венерические заболевания отрицает. Гинекологический анамнез: менструация с 13 лет, регулярная по 5 дней, роды - 2, аборт - 2. Менопауза с 50 лет. В анамнезе ЖКБ, холецистэктомия в возрасте 47 лет. Кровь и кровезаменители не переливали. У родной сестры пациентки - рак правой молочной железы, по поводу которого проведена правосторонняя мастэктомия. Аллергологический анамнез не отягощён. При осмотре: общее состояние средней степени тяжести. Положение вынужденное, на правом боку. Пониженного питания. Рост - 167 см, вес - 56 кг. Бледность кожных покровов, акроцианоз, набухание шейных вен. Задние шейные, задние ушные, поднижнечелюстные лимфоузлы не пальпируются. Периферических отёков нет. ЧДД - 24 в минуту. Правая сторона грудной клетки отстаёт при дыхании. Определяется притупление перкуторного звука справа, ниже угла

лопатки. Дыхание справа, ниже угла лопатки значительно ослаблено. Пульс - 92 удара в минуту, ритмичный. Тоны сердца приглушены, ритмичные. АД - 125/75 мм рт. ст. Язык влажный, негусто обложен белым налётом. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Край печени пальпируется на 2 см ниже края правой рёберной дуги. Стул нерегулярный, запоры до 5 дней. Мочевыделение свободное, безболезненное. В правой молочной железе на границе верхних квадрантов обнаруживается очаг уплотненной ткани 8 × 8 см с неровными границами, контуры нечёткие, сосок втянут. Уплотнение безболезненное неподвижное, спаянное с кожей. Кожа над опухолью гиперемирована. Выделений из соска нет. Левая молочная железа без патологии. В подмышечной области справа пальпируются лимфатические узлы, увеличены до 2 см, плотные, безболезненные, спаяны с окружающими тканями.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план обследования пациентки для уточнения диагноза.
4. Какой степени обезболивающую терапию необходимо назначить больной? Назовите показания для назначения опиоидных анальгетиков.
5. Какая адъювантная терапия должна быть назначена больной?

ЭТАЛОН ОТВЕТА СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 2

1. Рак правой молочной железы T4 N2 M1. Правосторонний гидроторакс. Хронический болевой синдром.
2. T4, так как опухоль имеет прямое распространение на кожу молочной железы. N2, так как есть метастазы в подмышечные лимфоузлы на стороне поражения. M1, так как имеются отдалённые метастазы (у данной пациентки в правое лёгкое). Правосторонний гидроторакс, так как правая сторона грудной клетки отстаёт при дыхании. Определяется притупление перкуторного звука справа, ниже угла лопатки. Дыхание справа, ниже угла лопатки значительно ослаблено.
3. Рекомендованы: общий анализ крови, общий анализ мочи, общий анализ мокроты, рентгенограмма органов грудной клетки, исследование мокроты на микобактерии туберкулёза, ЭКГ, осмотр врачом-онкологом.
4. Вероятно, пациентке надо оставить терапию второй степени, увеличив дозу Трамадола до высшей терапевтической - 400 мг в сутки. При отсутствии эффекта перейти к препарату третьей степени - Морфин в суточной дозе 40-60 мг в виде таблеток-ретард в 2 приёма. Хроническая боль средней и высокой интенсивности, не устранимая неопиоидными анальгетиками.
5. Адъювантная терапия: Фуросемид 40 мг 1 раз в 2-3 дня. При ухудшении состояния показан торакоцентез. Возможно применение Эуфилина в таблетках, транквилизаторов - Диазепам 10 мг на ночь.

Тема №32: «Паллиативная помощь»

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 1

Больной Н., 59 лет поступил в клинику с жалобами на давящие боли в эпигастрии, правом подреберье, желтизну кожи, кожный зуд, наличие темной мочи и светлого кала, похудание. Данные анамнеза. Болен в течение 4 месяцев, когда впервые появились иктеричность склер и кожных покровов, а затем - тупые давящие боли в правом подреберье, эпигастрии, общая слабость. При обследовании исключен инфекционный гепатит. Больной похудел на 6 кг.

Общее состояние больного средней степени тяжести. Кожные покровы и склеры желтушной окраски, имеются расчесы. В нижних отделах легких дыхание ослаблено. ЧДД-18. Тоны сердца приглушены, ритмичные, ЧСС -76 уд/мин, АД160/90 мм.рт.ст. Язык суховат, обложен желтым налетом. Живот втянут, равномерно участвует в акте дыхания. При пальпации печени - нижний край выступает на 2 см из-под реберной дуги, безболезненный. Симптом Мерфи - положительный; симптомы Орнтера, Курвуазье, Воскресенского, Мейо-Робсона - отрицательные, симптом поколачивания поясничных областей справа слабopоложительный. Стул 1 раз в 3 дня светло-серого цвета. Дизурии нет, моча темная, суточный диурез 1500 мл.

ОАК: Нб - 109 г/л; Эр - 4,0*10¹², Нт- 34%; ЦП - 0,9; Л - 8,9*10⁹ /л, Э - 0, П- 6, С - 74, ЛФ - 18, М -2; Тр -165,0*10⁹/л; СОЭ- 48 мм/ч. ОАМ: мутная, желчные пигменты +++, УВ - 1023, белок - 0,038 о/оо, кровь - отрицательный, сахар отрицательный; Л -11-18 в п/зр; эпителий плоский - сплошь в п/зр.; оксалаты +++. Биохимический анализ крови: общий билирубин-350,6 мкмоль/л, прямой билирубин -

182,0 мкмоль/л; ALT- 2,8 ммоль/л; AST- 1,8 ммоль/л; общий белок - 58,6 г/л; холестерин- 6,1 ммоль/л; мочевины - 14,0 ммоль/л; креатинин-148 ммоль/л; К-4,0 ммоль/л; Na-111 ммоль/л; Ca- 2,1; Cl-98 ммоль/л; глюкоза - 7,1 ммоль/л; ПТИ - 89%; фибриноген - 2,7 г/л; ЩФ - 436 IU/ L.

Данные инструментальных методов исследования. ЭКГ: электрическая ось сердца расположена горизонтально, гипертрофия левого желудочка, ЧСС -78 уд/мин. УЗИ: печень 13*12*9см., эхоплотная, внутривенные протоки расширены. Холедох - 2,1 см, терминальный его отдел не визуализируется. Желчный пузырь 16*9 см, стенка его истончена, в просвете - мелкие (менее 1 мм) гипоэхогенные включения, хлопья. Головка панкреаса 62 мм, тела 40 мм, хвост 16 мм. **Вопросы:**

1. 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

ЭТАЛОН ОТВЕТА СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 1:

1. Диагноз: Рак головки поджелудочной железы. Механическая желтуха. Блок дистального отдела холедоха. Сопутствующие заболевания: Хронический пиелонефрит, обострение. Артериальная гипертензия II ст.

Для уточнения диагноза рекомендовано: контроль онкомаркеров: РЭА, Са 19-9. Инструментальная диагностика: КТ ОБП, КТ ОГК, ФЭГДС с осмотром ДПК и БДС, ЭРХПГ(при возможности стентирование), выполнение тонкоигольной пункции (чрезкожно или эндоскопически) для верификации диагноза.

Тактика ведения пациента: панкреато-дуоденальная резекция или обходной энтерогепатикоанастомоз; Паллиативное: выполнение ЧЧХС или стентирование общего ЖП или холедохоэнтероанастомоз, рассмотрение вопроса о возможности проведения ХТ - при неоперабельном процессе. Лист временной нетрудоспособности выдается на весь период стационарного лечения и амбулаторного долечивания. В случае утраты способности выполнять профессиональную деятельность, пациент направляется на МСЭ. Реабилитация проводится в соответствии с общими принципами реабилитации пациентов после проведенных хирургических вмешательств и/или химиотерапии. Динамическое наблюдение онколога на протяжении жизни. Контрольные осмотры каждые 3 месяца в течение первых двух лет, каждые 6 месяцев в последующем.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 2

В стационар поступила женщина 65 лет (менопауза более 10 лет) с жалобами на наличие опухолевидного образования в области левой молочной железы с изъязвлениями и выделениями зловонного характера.

1. Объективно: Общее состояние больной удовлетворительное. Кожные покровы бледно-розового цвета. При осмотре выявлена распадающаяся изъязвленная раковая опухоль левой молочной железы диаметром 11 см, язва имеет зловонный запах. Подмышечные лимфатические узлы значительных размеров, спаяны. В лёгких дыхание везикулярное, хрипов нет. Границы сердца в пределах нормы. Тоны сердца ясные, чистые, ритм правильный. ЧСС – 84 в минуту. АД – 125/90 мм рт.ст. Печень не пальпируется. ЭКГ: ритм синусовый, правильный, ЧСС – 84 в минуту, положение электрической оси сердца нормальное. При рентгенологическом исследовании в легких выявлены метастазы. Выполнена биопсия опухолевидного образования в области левой молочной железы, установлен диагноз: Рак левой молочной железы ст IVT4N3M1 гр IV.

Вопросы:

1. Тактика лечения больной?
2. Какова дальнейшая тактика ведения пациента после паллиативной операции?

ЭТАЛОН ОТВЕТА СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 2:

1. Несмотря на 4 стадию больная подлежит паллиативной операции – ампутации молочной железы. В большинстве подобных случаев послеоперационная рана заживает первичным натяжением.
2. После получения гистологии, ИГХ решить вопрос о целесообразности химиотерапии, гормонотерапии.

Тема №33: «Особенности ведения беременных с экстрагенитальной патологией врачом-терапевтом»

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 1

У пациентки А. 28 лет в женской консультации выявлено повышенное АД – 155/90 мм рт.ст., по поводу чего была направлена на консультацию к врачу-терапевту участковому. Срок беременности – 16 недель. В анамнезе в течение 2 лет периодическое повышение АД до 150-155/90 мм рт.ст. преимущественно после эмоционального напряжения. Принимала непостоянно Папазол. Наследственность отягощена по АГ. Общее состояние удовлетворительное. В лёгких дыхание везикулярное, хрипов нет. Границы сердца в пределах нормы. Тоны сердца ясные, чистые, ритм правильный. ЧСС – 78 в минуту. АД – 155/90 мм рт.ст. Печень не пальпируется. Анализ крови: гемоглобин – 130 г/л, лейкоциты – $6,6 \times 10^9$ /л, нейтрофилы – 70%, лимфоциты – 25%, моноциты – 4%. СОЭ – 10 мм/час. Креатинин сыворотки крови – 0,05 ммоль/л. Анализ мочи: удельный вес – 1020, белок (–), лейкоциты – 1-2 в поле зрения. ЭКГ: ритм синусовый, правильный, ЧСС – 78 в минуту, положение электрической оси сердца нормальное, рисунок ЭКГ без существенных отклонений от нормы. Эхо-КГ: толщина задней стенки левого желудочка (ТЗСЛЖ) – 0,8 см, толщина межжелудочковой перегородки (ТМЖП) – 0,9 см, размер левого предсердия – 3,3 см, конечный систолический размер левого желудочка (КСРЛЖ) – 2,3 см, конечный диастолический размер левого желудочка (КДРЛЖ) – 5,3 см, фракция выброса левого желудочка (ФВ) – 57%.

Вопросы:

1. Сформулируйте клинический диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Оцените сердечно-сосудистый риск для матери и плода на период беременности, дайте заключение о возможности пролонгирования беременности. Обоснуйте Ваше решение.
4. Показаны ли антигипертензивные препараты в период беременности? Дайте рекомендации, обоснуйте свой выбор.
5. Какие антигипертензивные препараты противопоказаны пациентке? Обоснуйте Ваш ответ.

ЭТАЛОН ОТВЕТА СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 1

1. Гипертоническая болезнь I стадия, АГ умеренная. Сердечно-сосудистый риск 1(низкий). Беременность 16 недель.
2. Диагноз «гипертоническая болезнь (ГБ)» установлен на основании жалоб больного (головная боль, повышение АД), данных анамнеза (пациента отмечает периодическое повышение АД до беременности в течение последних 2 лет). Стадия АГ установлена на основании отсутствия поражения органов-мишеней, умеренная АГ основана на цифрах АД, измеренных во время приёма (для беременных 140-159/90-109 – умеренная АГ, более или равно 160/110 мм рт.ст. – тяжёлая). ССР 1 (низкий) установлен на основании отсутствия факторов риска, поражения органов-мишеней и 1 степени АГ.
3. Риск для матери низкий, так как I стадия ГБ (без поражения органов-мишеней), риск для плода высокий (при ГБ увеличивается риск гипотрофий, невынашивания плода за счёт ухудшения плацентарного кровотока, обусловленного спазмом сосудов плаценты). Пролонгирование беременности и роды через естественные половые пути не противопоказаны.
4. Антигипертензивные препараты показаны, так как уровень САД более 150 мм рт.ст. (показанием к антигипертензивным препаратам при ГБ 1 стадии у беременных является уровень АД более 150/95 мм рт.ст.). Препаратами выбора являются Метилдопа, Нифедипин ретард, Метопролол сукцинат или Бисопролол. Учитывая срок беременности 16 недель, следует назначить Нифедипин ретард с низких доз под контролем АД и СМАД. В период 16-20 недель Метилдопа противопоказан (негативное влияние на дофаминовые рецепторы плода).
5. В период беременности противопоказаны следующие антигипертензивные препараты: ингибиторы АПФ, блокаторы ангиотензиновых рецепторов (сартаны), Атенолол, так как вызывают тератогенный эффект. Нельзя назначать новые препараты (потому что мало изучено влияние на плод): Физиотенз, Алискирен.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 2

Беременная 39 лет. Беременность 10, роды предстоящие 6 – е. Срок беременности 32 недели. Состояние удовлетворительное, жалобы на головокружение, слабость. Объективно: кожные покровы и слизистые бледные, пульс 86 в мин., АД 120/80 мм.рт.ст., матка в нормотонусе, сердечные тоны плода ясные ритмичные 142 в мин. УЗИ – норма. Гемоглобин 90 г/л, эритроциты $2,9 \times 10^{12}$, лейкоциты – $7,2 \times 10^9$ /л, нейтрофилы – 69%, лимфоциты – 26%, моноциты – 5%. СОЭ – 15 мм/час.

Вопросы:

1. Персонализированное лечение пациента в соответствии с установленным диагнозом.

ЭТАЛОН ОТВЕТА СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 2

1. Беременность 32 недели, анемия беременной первой степени, отягощенный акушерский анамнез.

Больная нуждается в лечении в дневном стационаре. Показано назначение препаратов железа, аскорбиновой кислоты, фолиевой кислоты, йодомарина, препаратов магния, витаминов группы В, Д.

Тема №34: «Стационарзамещающие технологии»

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 1

Больной К. 45 лет обратился к врачу-терапевту участковому с жалобами на давящие боли в эпигастральной области, периодически – опоясывающие, возникают через 40 минут после употребления жирной и жареной пищи, сопровождаются вздутием живота; на рвоту, не приносящую облегчение, на отрыжку воздухом.

Анамнез заболевания: больным себя считает около двух лет, когда появилась боль в левом подреберье после приема жирной и жареной пищи. За медицинской помощью не обращался. 3 дня назад после погрешности в диете боли возобновились, появилось вздутие живота, отрыжка воздухом, тошнота, рвота, не приносящая облегчения.

Объективно: состояние относительно удовлетворительное, сознание ясное. Кожные покровы обычной окраски. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД - 18 в минуту. Тоны сердца ясные, ритмичные. ЧСС - 72 удара в минуту. Язык влажный, обложен бело-желтым налетом. Живот при пальпации мягкий, болезненный в эпигастрии и левом подреберье. Печень не пальпируется, размеры по Курлову - 9×8×7 см, симптом поколачивания отрицательный билатерально.

Общий анализ крови: эритроциты – $4,3 \times 10^{12}/л$, гемоглобин – 136 г/л, цветной показатель – 1,0; СОЭ – 18 мм/ч, тромбоциты – $320 \times 10^9 /л$, лейкоциты – $10,3 \times 10^9 /л$, эозинофилы – 3%, палочкоядерные нейтрофилы – 4%, сегментоядерные нейтрофилы – 51%, лимфоциты – 32%, моноциты – 10%. Общий анализ мочи: светло-желтая, прозрачная, кислая, удельный вес - 1016, лейкоциты – 1-2 в поле зрения, эпителий – 1-2 в поле зрения, оксалаты – небольшое количество. Биохимическое исследование крови: АСТ – 30 Ед/л; АЛТ – 38 Ед/л; холестерин – 3,5 ммоль/л; общий билирубин – 19,0 мкмоль/л; прямой – 3,9 мкмоль/л; амилаза – 250 ед/л; креатинин – 85 ммоль/л; общий белок – 75 г/л. Копрограмма: цвет – серовато-белый, консистенция – плотная, запах – специфический, мышечные волокна +++, нейтральный жир +++, жирные кислоты и мыла +++, крахмал ++, соединительная ткань – нет, слизь – нет. ФГДС: пищевод и кардиальный отдел желудка без особенностей. Желудок обычной формы и размеров. Слизистая розовая, с участками атрофии. Складки хорошо выражены. Луковица двенадцатиперстной кишки без особенностей. УЗИ органов брюшной полости: печень нормальных размеров, структура однородная, нормальной эхогенности, протоки не расширены, общий желчный проток – 6 мм, желчный пузырь нормальных размеров, стенка – 2 мм, конкременты не визуализируются. Поджелудочная железа повышенной эхогенности, неоднородная, проток – 2 мм, головка увеличена в объеме (33 мм), неоднородная, повышенной эхогенности.

Вопросы:

1. Направление пациента для оказания специализированной медицинской помощи в условиях дневного стационара в соответствии с установленным диагнозом с учетом стандартов медицинской помощи

ЭТАЛОН ОТВЕТА СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 1

1. Диагноз: Хронический панкреатит, с нарушением внешнесекреторной функции поджелудочной железы, стадия обострения.

Показано лечение в условиях дневного стационара. Диета № 5; купирование болевого синдрома (Платифиллин, Баралгин, Глюкозо-новокаиновая смесь), препараты, снижающие активность поджелудочной железы (Октреотид или Сандостатин); ингибиторы протеолитических ферментов (Трасилол, Контрикал, Гордокс); ИПП (Омепразол, Эзомепразол внутривенно капельно); панкреатические ферменты (Креон, Эрмитель, Микрозим, Мезим-форте), инфузионная терапия (Реамберин, Физиологический раствор).

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 2

Больная Р. 45 лет обратилась к врачу-терапевту участковому с жалобами на чувство тяжести, переполнения в животе, возникающее через 40-50 минут после еды, тошноту. В течение 20 лет страдает хроническим гастритом, обострения 1-2 раза в год. Во время обострений обычно принимает ингибиторы протонной помпы, антациды. Эрадикационную терапию не получала. Настоящее ухудшение – в течение 2 недель на фоне погрешностей в диете. Самостоятельно принимала Альмагель при возникновении неприятных ощущений. 15 При осмотре: состояние удовлетворительное. Рост - 166 см, вес - 64 кг. Кожные покровы чистые, обычной окраски. В легких дыхание везикулярное, хрипов

нет. Тоны сердца ясные, ритмичные. ЧСС – 70 ударов в минуту, АД – 120/70 мм рт. ст. Живот мягкий, болезненный в эпигастрии и пилоро-дуоденальной зоне. Симптомы холецистита отрицательные. Печень не изменена. Дизурии нет. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный. Стул 1 раз в день, оформленный, без патологических примесей. На фиброгастроскопии: пищевод свободно проходим, слизистая его не изменена. Кардия смыкается полностью. Слизистая оболочка желудка гиперемирована, с участками атрофии в антральном отделе, складки сглажены, расправляется воздухом хорошо. Привратник проходим. Слизистая луковицы двенадцатиперстной кишки и залуковичный отдел не изменены. Взят биоптат из антрального отдела желудка: быстрый уреазный тест положительный. Результат гистологического исследования биоптата: слизистая желудка с атрофией и хронической полиморфноклеточной инфильтрацией.

Вопросы:

1. Направление пациента для оказания специализированной медицинской помощи в условиях дневного стационара в соответствии с установленным диагнозом с учетом стандартов медицинской помощи

ЭТАЛОН ОТВЕТА СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 2

1. Диагноз: Хронический атрофический гастрит, ассоциированный с *Helicobacter pylori*, обострение. Функциональная диспепсия: постпрандиальный дистресс-синдром. Показано лечение в условиях дневного стационара. Диета №1. Назначение эрадикационной терапии. Рекомендовано применение терапии первой линии: ингибитор протонной помпы 2 раза в день (например, Рабепразол 20 мг 2 раза в день) вместе с Амоксициллином 1 г 2 раза в день и Кларитромицином 500 мг 2 раза в день продолжительностью 10-14 дней. Возможно добавление к этой схеме Висмута трикалия дицитрата 240 мг 2 раза в день и *Saccharomyces boulardii* (по 250 мг 2 раза в сутки) для повышения эффективности эрадикации. Для купирования симптомов постпрандиального дистресс-синдрома назначают прокинетики, например, Итоприд 50 мг 3 раза в день на 3 недели.

4.3 Написание карты Амбулаторного больного

Основными видами самостоятельной работы студентов с участием преподавателей являются: тестирование.

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 «ПОЛИКЛИНИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ»

№ п/п	Название темы занятия	Вид СРС
	СРС (по видам учебных занятий) всего-156 часов	
1	Организация амбулаторно-поликлинической службы	составление доклада/устного реферативного сообщения, решение ситуационных задач
2	Особенности ведения больных на амбулаторно-поликлиническом этапе.	составление доклада/устного реферативного сообщения, решение ситуационных задач
3	Экспертиза временной нетрудоспособности	составление доклада/устного реферативного сообщения, решение ситуационных задач
4	Экспертиза стойкой нетрудоспособности	составление доклада/устного реферативного сообщения, решение ситуационных задач
5	Респираторные инфекции в амбулаторной практике	составление доклада/устного реферативного сообщения, решение ситуационных задач

6	Бронхообструктивный синдром в практике врача-терапевта	составление доклада/устного реферативного сообщения, решение ситуационных задач
7	Внебольничные пневмонии в амбулаторной практике.	составление доклада/устного реферативного сообщения, решение ситуационных задач
8	Синдром лихорадки в амбулаторной практике	составление доклада/устного реферативного сообщения, решение ситуационных задач
8.1	Симуляционный курс - Сбор жалоб и анамнеза.	Теоретическая подготовка к симуляционному курсу
9	Ведение больных с высоким риском сердечно-сосудистых заболеваний в амбулаторных условиях	составление доклада/устного реферативного сообщения, решение ситуационных задач
10	Кардиалгия в практике врача-терапевта	составление доклада/устного реферативного сообщения, решение ситуационных задач
11	Недостаточность кровообращения в амбулаторной практике	составление доклада/устного реферативного сообщения, решение ситуационных задач
12	Нарушения ритма в амбулаторной практике	составление доклада/устного реферативного сообщения, решение ситуационных задач
13	Артериальные гипертензии в амбулаторной практике	составление доклада/устного реферативного сообщения, решение ситуационных задач
14	Острый коронарный синдром в практике врача-терапевта	составление доклада/устного реферативного сообщения, решение ситуационных задач
15	ТЭЛА в амбулаторной практике	составление доклада/устного реферативного сообщения, решение ситуационных задач
16	Реабилитация больных после ОИМ и ОНМК	составление доклада/устного реферативного сообщения, решение ситуационных задач
17	Реабилитация кардиохирургических больных	составление доклада/устного реферативного сообщения, решение ситуационных задач
18.	Метаболический синдром в практике врача-терапевта	составление доклада/устного реферативного сообщения, решение ситуационных задач
19.	Заболевания почек в амбулаторной практике	Теоретическая подготовка к симуляционному курсу
19.1	Симуляционный курс-диспансеризация	Теоретическая подготовка к симуляционному курсу
20.	Анемический синдром в амбулаторной практике	составление доклада/устного реферативного сообщения, решение ситуационных задач
21.	Гемабласты в амбулаторной практике	составление доклада/устного реферативного сообщения, решение ситуационных задач
22.	Желтуха и гепатолиенальный синдром в практике врача-терапевта	составление доклада/устного реферативного сообщения, решение ситуационных задач
23.	Кислотозависимая патология желудка в амбулаторной практике	составление доклада/устного реферативного сообщения, решение ситуационных задач
24.	Неинфекционные болезни печени в амбулаторной практике (алкогольная и неалкогольная жировая болезнь печени)	составление доклада/устного реферативного сообщения, решение ситуационных задач
25.	Реактивные артриты, остеоартроз в практике врача-терапевта	составление доклада/устного реферативного сообщения, решение ситуационных задач
26.	Остеопороз в амбулаторной практике	составление доклада/устного реферативного сообщения, решение ситуационных задач
26.1	Симуляционный курс - диспансеризация	Теоретическая подготовка к симуляционному курсу
27.	Коморбидность в амбулаторной практике.	составление доклада/устного реферативного сообщения, решение ситуационных задач
28.	Онкологическая настороженность на терапевтическом приеме	составление доклада/устного реферативного сообщения, решение ситуационных задач

29	Паллиативная помощь.	составление доклада/устного реферативного сообщения, решение ситуационных задач
30.	Особенности ведения беременных с экстрагенитальной патологией врачом-терапевтом	составление доклада/устного реферативного сообщения, решение ситуационных задач
31.	Стационарзамещающие технологии	составление доклада/устного реферативного сообщения, решение ситуационных задач
31.1	Симуляционный курс - Физикальное обследование пациента (сердечно-сосудистая система)	Теоретическая подготовка к симуляционному курсу
27.	Коморбидность в амбулаторной практике.	составление доклада/устного реферативного сообщения, решение ситуационных задач
28.	Онкологическая настороженность на терапевтическом приеме	составление доклада/устного реферативного сообщения, решение ситуационных задач
29	Паллиативная помощь.	составление доклада/устного реферативного сообщения, решение ситуационных задач
30.	Особенности ведения беременных с экстрагенитальной патологией врачом-терапевтом	составление доклада/устного реферативного сообщения, решение ситуационных задач
31.	Стационарзамещающие технологии	составление доклада/устного реферативного сообщения, решение ситуационных задач
31.1	Симуляционный курс - Физикальное обследование пациента (сердечно-сосудистая система)	Теоретическая подготовка к симуляционному курсу
2	СРС по промежуточной аттестации (всего)-34 часа	Подготовка к экзамену
3	СРС (ИТОГО)-190 часов	-

7. Критерии оценивания самостоятельной работы студентов по дисциплине «ПОЛИКЛИНИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ»

Для заполнения амбулаторной карты пациента:

Оценка «отлично» выставляется, если все разделы учебной карты амбулаторного больного раскрыты полностью, отсутствуют ошибки при постановке предварительного, клинического диагноза, дифференциальной диагностике.

Оценка «хорошо» выставляется, если в учебной карте амбулаторного больного представлены все разделы, есть недостатки в интерпретации данных, отсутствуют ошибки при постановке предварительного, клинического диагноза, дифференциальной диагностике.

Оценка «удовлетворительно» выставляется если в учебной карте амбулаторного больного 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.

Для оценки доклада/ устного реферативного сообщения:

Оценка «отлично» выставляется, если реферативное сообщение/доклад соответствует всем требованиям оформления, представлен широкий библиографический список. Содержание 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 реферативное сообщение/доклад соответствует всем требованиям оформления, представлен достаточный библиографический список. Содержание \ отражает аргументированный взгляд студента на проблему, однако отсутствует собственное видение проблемы. Тема раскрыта всесторонне, присутствует логика изложения материала. Оценка «удовлетворительно» выставляется, если реферативное сообщение/доклад 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 реферативного сообщения/доклада не раскрыта, отсутствует убедительная аргументация по теме работы, использовано не достаточное для раскрытия темы реферативного сообщения количество литературных источников.

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

МЕТОДИЧЕСКАЯ РАЗРАБОТКА ДЛЯ ОБУЧАЮЩЕГОСЯ

1. Деятельность студентов по формированию и развитию навыков учебной самостоятельной работы по дисциплине «ПОЛИКЛИНИЧЕСКАЯ 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 «ПОЛИКЛИНИЧЕСКАЯ 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 времяпрепровождению («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 олова. 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 экономить 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 на сколько осознанно 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 важных мест и т. п.), у культурного

читателя должна вызывать брезгливость 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.

Основные принципы ведения медицинской карты амбулаторного больного:

- описание состояния пациента, лечебно-диагностических мероприятий, исходов лечения и другой необходимой информации;
- соблюдение хронологии событий, влияющих на принятие клинических и организационных решений;
- отражение в медицинской документации социальных, физических, физиологических и других факторов, которые могут оказать влияние на пациента и течение патологического процесса;
- понимание и соблюдение лечащим врачом юридических аспектов своей деятельности, обязанностей и значимости медицинской документации;
- рекомендации пациенту при завершении обследования и окончании лечения.

МЕДИЦИНСКАЯ КАРТА АМБУЛАТОРНОГО БОЛЬНОГО: ТРЕБОВАНИЯ К ОФОРМЛЕНИЮ

Медицинская карта амбулаторного больного (МКа) при всей ее схожести с историей болезни стационарного пациента, имеет ряд отличий.

Традиционно она на бумажном носителе оформляется в формате А5, имеет титульный лист (см. ниже). Проследить за динамикой состояния здоровья пациента при правильной оформлении МКа можно, заглянув в лист для записи заключительных (уточненных) диагнозов, где регистрируются все вновь поставленные диагнозы со знаком «+», обострения хронической патологии в первые в данном году со знаком «-».

I. Титульный лист

Общие сведения *

1. Фамилия, имя, отчество _____
2. Пол: М/Ж
3. Дата рождения (день, месяц, год) _____
4. Адрес регистрации/ постоянного жительства больного: область _____
населенный пункт _____ район _____ улица _____
(переулок) _____
дом _____ корпус _____ кв. № _____ Телефон: домашний/служебный _____
5. Название предприятия или учреждения, где работает больной _____
6. наименование и характер производства _____
7. Профессия, должность _____ иждивенец (для инвалидов труда и пенсионеров указывается профессия в прошлом) _____
8. Взят на диспансерное наблюдение
9. Дата взятия на учет
10. По поводу (диагноз)
11. Дата снятия с учета
12. Причина снятия
13. Перемена адреса и работы

14. Дата

15. Новый адрес (новое место работы)

II. Лист для записи заключительных (уточненных) диагнозов

Дата (число, месяц, год) обращения	Заключительные (уточненные) диагнозы	Впервые установленные диагнозы (отметить +)	Подпись врача (фамилию писать разборчиво)

Первичный осмотр пациента и сроки оказания медицинской помощи: оформление результатов первичного осмотра - дневник, включая данные анамнеза заболевания, запись в амбулаторной карте приема/визита на дому

Дата посещения	Амбулаторное, на дому (вписать)	Назначения и отметка о выдаче листка нетрудоспособности
	Жалобы больного, объективные данные, течение и диагноз болезни, подписи врачей и консультантов	

Структура дневниковой записи напоминает таковую при оформлении истории болезни стационарного больного. Для врачей терапевтического профиля остается актуальным правильный сбор жалоб с соответствующими характеристиками. Ниже приводится опросник, который является макетом анкеты опроса при контакте врача с больным.

А. ЖАЛОБЫ, ПРЕДЪЯВЛЯЕМЫЕ БОЛЬНЫМ

Следует помнить, что именно при сборе анамнеза наиболее ярко проявляются способности, знания и пылливый ум будущего врача. Необходимо выслушать все жалобы больного. В дальнейшем, чтобы выяснить состояние функций различных органов и систем и не пропустить каких-либо нужных симптомов, больного спрашивают дополнительно в определенной последовательности по системам (органы дыхания, кровообращения и т. д.), используя «вопросник» данного пособия.

Уточняют, нет ли жалоб общего характера (температура, слабость, потливость и др.). Затем анализируют полученные данные, выделяя среди них жалобы главные и второстепенные. Вначале выявляются и описываются жалобы основные, наиболее беспокоящие больного, затем последовательно все другие (второстепенные) без выделения подзаголовка по системам и органам.

При этом с самого начала проводится дифференциальная диагностика одновременно методом идентификации и исключения на уровне общего представления о предполагаемых заболеваниях или синдроме, который к этому времени еще нечетко может сформироваться.

При расспросе больного рекомендуется выяснить следующие жалобы:

а) со стороны нервно-психической сферы:

- настроение, работоспособность, особенности поведения,
- наличие повышенной раздражительности,
- головной боли (характер, локализация, периодичность, сопутствующие симптомы),

- головокружения (характер, условия появления, сопутствующие явления),
- сон (глубина, продолжительность, характер сновидений, бессонница),
- память на прошлые и настоящие события, внимание,
- изменение зрения парестезии,
- нарушения чувствительности, слуховые и зрительные галлюцинации,
- приступы потери сознания (обстоятельства возникновения, продолжительность, чем сопровождаются) и т. д.

б) со стороны органов дыхания:

наличие

- кашля сухого или с мокротой (отделяется легко или с трудом, характер, количество, цвет, запах, постоянный или приступообразный, время появления, зависимость от каких-либо факторов и др.);
- кровохарканье: частота, количество крови (прожилки или чистая кровь); цвет крови (алая, темная);
- одышки: экспираторная, инспираторная или смешанная (зависимость от физической нагрузки, эмоций и др.),
- приступов удушья с затруднением вдоха или выдоха, сопровождающиеся кашлем, ощущением «свиста» в груди, продолжительность, частота, время и обстоятельства появления, эффект от медикаментозной терапии и др.,
- боли в грудной клетке (локализация, характер, иррадиация, обстоятельства возникновения, продолжительность, связь с кашлем, актом дыхания, движением грудной клетки и др.);
- лихорадка: повышение температуры тела и пределы ее, характер ее, длительность лихорадочного периода, ознобы, их частота, поты: их интенсивность, время появления (в том числе, ночные).

в) со стороны сердечно-сосудистой системы:

- боли в области сердца (постоянная или приступообразная, локализация (загрудинные, в области сердца), характер (ноющие, колющие, сжимающие, тупые, чувство жжения, сдавления, тяжести), интенсивность, продолжительность, иррадиация, частота возникновения, связь с провоцирующими факторами (при физическом напряжении, волнении, во время сна или же беспричинные, связаны с дыханием или нет),
- сопутствующие симптомы, поведение больного во время приступов болей;
- чем устраняются боли, какие лекарства эффективны;
- через сколько минут после приема сублингвального нитроглицерина проходит боль;
- наличие одышки (постоянного или периодического характера, влияние физической нагрузки, волнения, приема пищи, ходьбе (по ровной дороге, подъеме на один, два и т. д. этажа), в зависимости от положения в постели и др.), приступов удушья с затруднением вдоха, kloкочущим дыханием (время и обстоятельства появления, продолжительность, частота, сколько подушек подкладывает во время сна под голову и др.),
- сердцебиения (постоянное или приступообразное, продолжительность, возможные причины, эффект от медикаментозных препаратов и др.), ощущения «перебоев» в работе сердца; кашля сухого или с мокротой (характер, время появления в течение суток),
- кровохарканья (количество, частота),
- отеков постоянного или преходящего характера (локализация, время появления, эффективность терапии),
- чувства тяжести или тупая боль в области правого подреберья,
- сухости во рту, жажда (сколько выпивает жидкости в сутки?),
- увеличение размеров живота, снижение суточного диуреза, бывают ли отеки на ногах или

других местах, время их появления,;

- ощущение пульсации (в каких частях тела);
- явления спазма сосудов: перемежающаяся хромота, ощущение «мертвого» пальца и т. д

г) со стороны органов пищеварения:

- состояние аппетита (понижение, повышение, извращения аппетита, отвращение к пище),
- вкуса во рту (кислый, горький, металлический, сухость во рту и др.),
- наличие жажды (количество выпиваемой жидкости), измененного вкуса,
- изжоги (время появления в течение суток, связь с приемом и характером пищи, чем облегчается),
- отрыжки воздухом, пищей (кислая, тухлая, горькая),
- срыгивания пищи,
- слюнотечения (время появления),
- тошноты (постоянная или периодическая, зависимость от приема пищи и др.),
- рвоты (характер массы, частота и время возникновения в течение суток: натощак, после приема пищи (сейчас же или через определенный промежуток времени), связь с приемом пищи, болевым приступом и др.), характер рвотных масс (съеденной накануне пищей, желчью, цвета кофейной гущи, с примесью свежей крови и т. д.); запах (неприятный, гнилостный, кислый),
- боли по ходу пищевода во время акта глотания или вне его,
- затруднения прохождения пищи по пищеводу (жидкой, твердой),
- боли в животе постоянного или приступообразного характера (локализация, характер - острая, ноющая, в виде приступов или постепенно нарастающая; интенсивность, продолжительность, иррадиация, наличие сезонности,
- связь с приемом и характером пищи (до еды, после еды, через сколько времени после еды, голодные боли, ночные боли), физической и эмоциональной нагрузкой, актом дефекации, уменьшение после рвоты, приема пищи, щелочей, лекарств, применение тепла и др.), не появляется ли после приступа желтуха;
- чувство распираний и тяжести в подложечной области, вздутие живота (метеоризм), урчания в животе, отхождение газов;
- нарушение стула: регулярный, нерегулярный, самостоятельный или после каких-либо мероприятий (клизмы, слабительные);
- при жидком - характер, частота, наличие кусочков непереваренной пищи, крови, гноя, слизи и др., бывают ли ложные и болезненные позывы (тенезмы);
- при задержке стула - в течение какого времени, применяются ли слабительные средства и др.; жжение, зуд, боли в области заднего прохода; кровотечение из заднего прохода; выхождение геморроидальных узлов; выпадение прямой кишки.

д) со стороны гепато-лиенальной системы:

- наличие желтушного окрашивания кожи и видимых слизистых оболочек,
- кожного зуда,
- боли в подреберьях,
- изменение цвета мочи и кала;
- кровотечения (желудочно-кишечное, из носа и др.),
- увеличения размеров живота,
- снижения массы тела, лихорадки

е) со стороны органов мочевого выделения:

- наличие боли в поясничной и надлобковой областях: односторонняя или двусторонняя, по ходу мочеточника, над лобком: характер, длительность, интенсивность, иррадиация, постоянная или приступообразная,
- поведение больного при боли, возможные причинные факторы, связь с мочеиспусканием, чем

купируется;

- наличие непроизвольного или затрудненного мочеиспускания, частота (частые позывы) и характер мочеиспускания (болезненность),
- количество (днем, ночью, за сутки) и цвет мочи (мясных помоев, мутная, бесцветная, наличие крови во время мочеиспускания и др.),
- отеков постоянных или преходящих (локализация, последовательность распространения, эффект от лечения), уменьшения их после рвоты, приема пищи, щелочей, лекарств, применения тепла и др.);

ж) со стороны органов движения:

- наличие боли в суставах и мышцах, их припухлость,
- объем активных и пассивных движений,
- связь с переменной погоды, боли и затруднения при движениях в позвоночнике;
- наличие повышения температуры тела, характер лихорадки, потливости, озноба;

з) со стороны эндокринной системы:

- наличие сухости во рту, жажды (количество выпиваемой жидкости за сутки),
- зуда кожи, влагилица,
- повышенного аппетита,
- снижения или повышения массы тела,
- раздражительности, плаксивости,
- сердцебиения,
- потливости,
- дрожания пальцев рук,
- пастозности лица, конечностей, з
- амедления речи, движений,
- сонливости.

Б. ИСТОРИЯ НАСТОЯЩЕГО ЗАБОЛЕВАНИЯ

Учитывая лимит времени на общение с больным во время его приема врачом, особенно при его динамических диспансерных осмотрах, в АКа допускается только указание на длительность болезни, периодичность обострений в случае хронического течения. При обострении хронического патологического процесса необходимо указать динамику его прогрессирования в данный момент. Выяснить, не выявлены ли во время предыдущих обследований сопутствующие заболевания, частота их обострений, возможные осложнения, в том числе при проведении лечебных мероприятий. Время утраты трудоспособности. При инвалидности указать срок очередного переосвидетельствования.

Если имеет место остро возникшее заболевание, то в хронологическом порядке излагается следующая динамика развития болезни. С какого времени пациент считает себя больным. Необходимо выяснить начало заболевания, первоначальные симптомы. Когда, где и при каких обстоятельствах заболел? Назвать возможные причинные факторы, предшествующие болезни (переохлаждение, инфекции, психические и физические перегрузки, нарушения диеты и др.). Первое обращение к врачу. Это может быть врач «скорой помощи».

При подозрении на инфекционное заболевание в АКа обязателен раздел «**Эпидемиологический анамнез**». Врач любого профиля должен подать экстренное извещение в санитарно-эпидемиологическую службу в первый же день после осмотра пациента. В зависимости от вида инфекции провести забор материалов, содержащих возможных возбудителей (мазок на дифтерию из зева и носа, пищевые продукты, образец кала...).

В. ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЙ АНАМНЕЗ

1. Контакт с инфекционными и лихорадящими больными, с больными животными (на работе, в семье, в школе и т. д.) в течение месяца до начала болезни? В чем выразался контакт?

2. Наличие в жилище паразитов и грызунов. Возможность инфицирования продуктами, выделениями грызунов. Не подвергался ли укусам насекомых (вшей, клещей, комаров и др.).
3. Условия быта (общая площадь жилища, количество проживающих на ней, санитарно-гигиеническое состояние), питания, водопользования (водопровод, колонка, колодец, открытые водоемы; пользование водой на производстве: закрытый бачок, ведра, общая кружка; возможность употребления воды из технического водопровода), соблюдение правил личной гигиены. Где питается больной: дома, в столовой, в буфетах?
4. Для больных с синдромом гастроэнтерита указать по часам, что ел больной за сутки до заболевания. Кто готовит пищу? Хранение продуктов, наличие холодильника.
5. При наличии признаков острого гепатита: переливание крови, кровезаменителей, оперативные вмешательства, лечение у стоматолога, осмотры гинеколога, маникюр - в последние шесть месяцев (где? когда?). При подозрении на природно-очаговую инфекцию: работа в лесистой или степной местности, выезд за город с целью отдыха, охоты, рыбалки. Не подвергался ли укусам насекомых — комаров, вшей, клещей, москитов?
6. Каким профилактическим прививкам подвергался, когда и их кратность?
7. Эпидемиологический анализ — заключение об источнике инфекции и путях передачи.

Информацию по разделу «**Перенесенные ранее заболевания, травматические повреждения, ранения, контузии, операции**», «**Аллергологический анамнез**» можно получить из листа уточненных диагнозов.

Г. ДАННЫЕ ФИЗИКАЛЬНОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ БОЛЬНОГО

Излагаются достаточно кратко. В записи приема отмечаются только общепринятые константы, в том числе, гемодинамические (температура, ЧД, ЧСС, АД), **а также результаты осмотра по системам: респираторной, сердечно-сосудистой, органов брюшной полости (обязательно независимо от типа болезни!)**. особенно расшифровывается состояние той системы, по поводу поражения которой обращается пациент.

НАРУЖНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ

Общее состояние (удовлетворительное, средней тяжести, тяжелое), положение (активное, пассивное, вынужденное). Сознание ясное, спутанное; бессознательное состояние (сопор, ступор, кома). Выражение лица: возбужденное, безразличное, маскообразное, лихорадочное, страдальческое.

Телосложение больного: правильное или неправильное, крепкое, среднее или слабое. Температура тела. Масса тела (в килограммах) и рост (в сантиметрах). Рассчитывается индекс массы тела с помощью формулы или с использованием предлагаемых номограмм.

Состояние кожных покровов: цвет: нормальный, красный, бледный, желтушный, цианотичный, землистый, багровый, темно-коричневый, бронзовый (с указанием места окраски). Степень влажности — нормальная, повышенная, пониженная, сухость, наличие сыпи (эритема, розеола, папула, пустула, волдырь, чешуйки, струп, эрозии, трещины, язвы; распределение сыпи по поверхности тела с обязательным указанием наличия или отсутствия на лице, волосистой части головы, на ладонях и подошвах; кровоизлияния в кожу, сосудистых “звездочек”, рубцов, варикозного расширения вен. Напряжение и эластичность кожи - нормальная, повышенная, пониженная. Варикозное расширение вен.

Состояние слизистых оболочек губ, носа, глаз, век, неба: цвет: бледно-розовый, цианотичный, бледный, желтушный, вишнево-красный; энантема - высыпания на слизистых оболочках, область и характер высыпания). Степень развития подкожно-жировой клетчатки. Подробно описать налеты на

языке, миндалинах и тканях зева (распространенность, окраска, отношение к подлежащим тканям, характер окружающей слизистой оболочки).

Развитие подкожно-жирового слоя: нормальное, слабое, чрезмерное. Место наибольшего отложения жира (на животе, руках, бедрах). Общее ожирение. Кахексия.

Отеки, их локализация: конечности, лицо, веки, живот, поясница, общие отеки. Пастозность кожи.

Лимфатические узлы: подчелюстные, шейные, затылочные, надключичные, подмышечные, локтевые, паховые, забрюшинные (локализация, размер (с горошину, фасоль, грецкий орех и т. д.), болезненность, консистенция: твердая, мягкая, однородная, неоднородная, спаяны между собой и окружающими тканями).

Степень развития мускулатуры: тонус - нормальный, повышенный (ригидность), пониженный, болезненность), контрактуры.

Кости: деформация, периоститы, искривления, “барабанные палочки” - утолщение периферических фаланг пальцев рук и ног; болезненность и др.). Акромегалия - чрезмерное увеличение ступней, кистей и пальцев, челюстей или всего скелета. «Болезненность при пальпации и поколачивании (грудины, ребер, трубчатых костей, позвонков, плоских костей черепа).

Суставы: конфигурация - нормальная, припухлость, деформация (указать, каких именно суставов), гиперемия кожи над ними и местное повышение температуры в области суставов, движения: активные и пассивные, свободные или ограниченные, болезненность при ощупывании или при пассивных движениях, хруст, флюктуация (указать, в каких суставах).

НЕРВНАЯ СИСТЕМА

Сознание (ясное, спутанное, кома).

Черепно-мозговые нервы.

Состояние органов чувств (обоняние, вкус). Слух, зрение (глазные щели, подвижность глазных яблок, реакция зрачков на свет, аккомодацию, конвергенцию, косоглазие, двоение, нистагм и др.). Острота зрения. Поля зрения.

Речь и ее расстройство (афазия моторная или сенсорная, дизартрия). Мимическая мускулатура, глотание, движение языка. Координация движений.

Походка больного: обычная, атактическая, паретическая, спастическая. Положение в позе Ромберга. Дрожание. Гиперкинезы (клонические и тонические судороги).

Рефлексы брюшные и на конечностях (нормальные и патологические). Их симметричность, выраженность.

Поверхностная и глубокая чувствительность и их границы. Дермографизм. Менингеальные симптомы. Болевые точки по ходу нервных стволов и симптом натяжения

ОРГАНЫ ДЫХАНИЯ

Голос (нормальный, сиплый и др.). Форма грудной клетки (нормальная, бочкообразная, рахитическая, паралитическая, воронкообразная и др.). Асимметрия грудной клетки. Выпячивание или западение одной ее стороны. Искривление позвоночника: лордоз, кифоз, сколиоз, кифолордоз, кифосколиоз.

Над- и подключичные пространства, ширина межреберных промежутков. Движения грудной клетки при дыхании (симметричное, отставание). Тип дыхания (грудной, брюшной, смешанный). Число дыханий в 1 минуту. Одышка: инспираторная, экспираторная, смешанная. Глубина и ритм дыхания: поверхностное, глубокое, ритмичное (Чейн-Стокса, Биота, Куссмауля).

Болезненность при пальпации грудной клетки с указанием локализации. Голосовое дрожание.

Перкуссия легких: сравнительная и топографическая (высота стояния верхушек, ширина полей Кренига, нижняя граница легких, по условно проведенным вертикально топографическим линиям, подвижность нижнего края при максимальном вдохе и выдохе).

Аускультация легких: дыхательные шумы в разных местах грудной клетки, хрипы (локализация, характер: влажные или сухие — свистящие или басовые, звучность, калибр влажных хрипов), крепитация, шум трения плевры. Бронхофония (выслушивание голоса).

Измерения: окружность грудной клетки: (в сантиметрах) на уровне сосков при спокойном дыхании, при глубоком вдохе и выдохе; спирометрия.

ОРГАНЫ КРОВООБРАЩЕНИЯ

Осмотр и пальпация сердечной области. Видимые изменения: выпячивание - сердечный горб, пульсация).

Левожелудочковый толчок (область верхушки сердца): локализация, сила (слабый, средний, усиленный, приподнимающий и др.), площадь (в подушечках указательного пальца): локализованный или разлитой, характер (положительный), эпицентр разлитого толчка.

Правожелудочковый толчок (область 3, 4, 5 межреберья слева от грудины), локализация, сила.

Симптом “кошачьего мурлыканья”: область локализация.

Перкуссия сердца. Границы относительной сердечной тупости. Конфигурация — митральная, аортальная. Ширина сосудистого пучка (в сантиметрах).

Аускультация сердца:

Тоны сердца:

1. I тон: обычной громкости, громкий, тихий, хлопающий (акцентированный), громкость зависит от длительности сердечного цикла, раздвоен; наличие средне- или позднесистолического щелчка.
2. II тон: акцентирован во втором межреберье справа (зона аорты) или слева от грудины (зона легочной артерии), тихий, раздвоен, щелчок открытия митрального и трикуспидального клапана.
3. III и IV тоны. Их характеристика.

Шумы сердца:

а) внутрисердечные шумы: зона максимальной слышимости (эпицентр), громкость, проведение, локализация в сердечном цикле (систолический, прото-, мезо-), голосистолический, диастолический (прото-, мезо-, пре-); систолодиастолический (непрерывный).

Динамическая аускультация сердца: изменение шумов сердца в различные фазы дыхания, при пробе Вальсальвы, изометрическом мышечном напряжении, при перемене позы больного (стоя, лежа, быстрый поворот на левый бок, в положении на корточках и быстром переходе в положение стоя);

б) внесердечные шумы — шум трения перикарда.

Ритм сердца: синусовый, синусовая тахикардия, синусовая брадикардия, экстрасистолия, мерцательная аритмия, пароксизмальная тахикардия.

Исследование артерий и вен

Видимая пульсация артерий конечностей, сонных (“пляска каротид”), аорты в яремной ямке. Симптом Мюссе.

Пальпация пульса (сравнение на обеих руках): наполнение, напряжение, форма (скорый, медленный), ритм, частота в 1 минуту. Дефицит пульса. Капиллярный пульс. Степень плотности (мягкие или плотные артерии) и форма: извилистость (симптом «червяка»).

Аускультация артерий (сонных, бедренных и почечных); двойной тон Траубе, двойной шум Дюрозье, тон «выстрела пистолета». Пальпация брюшной аорты и артерий нижних конечностей.

Артериальное давление на обеих руках, при необходимости на нижних конечностях (систолическое, диастолическое, мм рт. ст.).

Осмотр вен головы, шеи (видимая пульсация, набухание). Аускультация вен (шум “волчка”).

ОРГАНЫ ПИЩЕВАРЕНИЯ

Полость рта: зубы, десны, язык, глотка, миндалины.

Исследование живота.

1. **Осмотр** живота: форма, участие в акте дыхания. Состояние пупка, наличие расширенной венозной сети на передней брюшной стенке, грыжи и др.
2. **Пальпация** - поверхностная, ориентировочная и сравнительная. Напряжение мышц живота. Болезненность и ее локализация. Симптомы Менделя, Глинчикова, их локализация.
3. Данные глубокой пальпации: желудка (большая кривизна), привратника: нижняя граница желудка (методом аускультофрикции и аускультоперкуссии); прощупывание толстого кишечника (сигмовидная, слепая): болезненность, подвижность, форма, толщина, урчание, определение опухолевого образования и др.).
4. При увеличении размера живота проводится его **перкуссия** для определения свободной жидкости в брюшной полости, метеоризма.
5. **Аускультация желудка** и кишечника — выслушивание перистальтики.

ГЕПАТОЛИЕНАЛЬНАЯ СИСТЕМА

Размеры печени при пальпации и перкуссии по Курлову (верхняя и нижняя границы); болезненность, консистенция (мягкая, твердая), поверхность (гладкая, бугристая), состояние края. Болезненность холедохо-панкреатической зоны.

Желчный пузырь: болезненность в пузырной точке, френитус-симптом. Симптом Курвуазье.

Поджелудочная железа: болезненность в зоне головки (холедохо-панкреатическая зона), хвоста и по ходу поджелудочной железы.

Перкуссия и пальпация селезенки в положении больного на спине и на боку (размеры, болезненность, поверхность (гладкая, бугристая), консистенция (твердая, мягкая), край; на сколько выступает из-под края реберной дуги)

ОРГАНЫ МОЧЕВЫДЕЛЕНИЯ

Припухлость почечной области. Пальпация почек (прощупываемость почек методом пальпации и баллотирования. **Мочеточниковые болевые точки.** Болезненность при поколачивании почечной области (симптом Пастернацкого). Болезненность по ходу мочеточника.

Данные пальпации и перкуссии мочевого пузыря.

ЭНДОКРИННАЯ СИСТЕМА

Щитовидная железа (величина, консистенция, болезненность). **Наличие узлов.** Глазные симптомы. Вторичные половые признаки. Другие расстройства эндокринной системы (вторичные половые признаки)

Д. СТАНОВЛЕНИЕ ПРЕДВАРИТЕЛЬНОГО ДИАГНОЗА ЛЕЧАЩИМ ВРАЧОМ В ХОДЕ ПЕРВИЧНОГО ПРИЕМА ПАЦИЕНТА

После записи данных объективного осмотра в дневнике врача должен появиться диагноз: предварительный (после первого приема) или клинический после проведения обследования по возможности развернутый, в соответствии с современной классификацией болезни, без обоснования). Дата и подпись куратора.

Е. ФОРМИРОВАНИЕ ПЛАНА ОБСЛЕДОВАНИЯ ПАЦИЕНТА ПРИ ПЕРВИЧНОМ ОСМОТРЕ С УЧЕТОМ ПРЕДВАРИТЕЛЬНОГО ДИАГНОЗА

Предусматривает назначение необходимых для данного больного ряда диагностических методов исследования (лабораторных, бактериологических, серологических, инструментальных, рентгенологических, радиоизотопных), которые требуются для установления клинического диагноза. В качестве ориентира можно использовать.

Ж. ФОРМИРОВАНИЕ ПЛАНА ЛЕЧЕНИЯ ПРИ ПЕРВИЧНОМ ОСМОТРЕ С УЧЕТОМ ПРЕДВАРИТЕЛЬНОГО ДИАГНОЗА, КЛИНИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ ЗАБОЛЕВАНИЯ, ТЯЖЕСТИ ЗАБОЛЕВАНИЯ

Составляется применительно к конкретному больному с применением принятых стандартов (протоколов) ведения (базисной терапии) основного заболевания у больного на амбулаторно-поликлиническом этапе. Обязательно рассматриваются показания для возможной госпитализации. Предусматриваются немедикаментозное и медикаментозное лечение. Все разделы терапии должны быть обоснованы.

Назначаются режим с указанием его особенностей, лечебное питание (номер лечебного стола по Певзнеру, характеристика диеты) с перечислением ограничений и разрешаемых видов продуктов; физиотерапевтические процедуры.

В случае обращения по поводу **ургентного состояния** (например, гипертонического криза, острого коронарного синдрома и др.) необходимо решить вопрос о госпитализации, оказания неотложной помощи в условиях терапевтического стационара дневного пребывания на базе поликлиники, где проводятся и необходимые в конкретном случае обследования (регистрация ЭКГ, забор крови для определения маркеров..., и т.д.), вызывается бригада «скорой медицинской помощи».

Назначение лекарственных препаратов для медицинского применения с учетом инструкций по применению лекарственных препаратов, возраста пациента, пола пациента, тяжести заболевания, наличия осложнений основного заболевания (состояния) и сопутствующих заболеваний. Медикаментозные препараты назначаются и выписываются в соответствии с установленным порядком в виде рецептов. Дозы, кратность приема обязательно заносится в АКа. При назначении препаратов из льготного списка, обязательно регистрируются и номера льготных рецептов (см. далее).

В дневниковой записи АКа отражаются также данные о необходимости консультаций «узких» специалистов, выдаче листа нетрудоспособности, направлении на санаторно-курортное лечение (с указанием рекомендуемого профиля курорта, перечислением курортов); трудоустройстве: нуждается ли в переводе на другую работу, направлении во МСЭК для определения группы инвалидности (см. далее).

При необходимости повторного осмотра указывается дата явки пациента к врачу.

Установление клинического диагноза на основании данных анамнеза, осмотра, данных лабораторных, инструментальных и иных методов исследования, результатов консультаций врачей-специалистов, предусмотренных стандартами медицинской помощи, а также клинических рекомендаций (протоколов лечения) по вопросам оказания медицинской помощи (далее - клинические рекомендации):

- оформление обоснования клинического диагноза соответствующей записью в амбулаторной карте;
- установление клинического диагноза в течение 10 дней с момента обращения;
- проведение при затруднении установления клинического диагноза консилиума врачей с внесением соответствующей записи в амбулаторную карту с подписью заведующего амбулаторно-поликлиническим отделением медицинской организации.

Дата

Подпись куратора

Электронная медицинская карта

Облегчить взаимодействие между специалистами, медицинскими организациями, обеспечить преемственность в обследовании и лечении, предоставить возможность обмена опытом призвана электронная медицинская карта. Статус электронной медицинской карты, как единого документа, законодательно еще не закреплён. В документообороте используются бумажные носители информации.

Новый электронный сервис предназначен для обеспечения регламентного (в том числе архивного) хранения и предоставления авторизованным пользователям, сервисом и программным приложениям оперативного доступа к стандартизированным электронным медицинским документам и сведениям в составе интегрированной электронной медицинской карты.

В интегрированной электронной медицинской карте аккумулируется медицинская информация, полученная из медицинских организаций всех уровней и предоставленная этими организациями для сохранения в ней.

Кроме медицинских документов интегрированная электронная медицинская карта содержит интегральный анамнез жизни пациента, включающий демографическую и витальную информацию, данные об обращениях, госпитализациях, хирургических вмешательствах, вакцинациях, социально значимых заболеваниях, инвалидности и иную регламентированную информацию.

В целях обеспечения защиты персональных данных от несанкционированного доступа и целостности передаваемых данных, документы в составе интегрированной электронной медицинской карты содержат электронную подпись медицинского работника и/или (в зависимости от регламента) медицинской организации, предоставивших медицинский документ для использования в составе интегрированной электронной медицинской карты.

3. Самостоятельная работа студентов по дисциплине «ПОЛИКЛИНИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ»

№ п/п	Название темы занятия	Вид СРС
	СРС (по видам учебных занятий) всего-156 часов	
1	Организация амбулаторно-поликлинической службы	составление доклада/устного реферативного сообщения, решение ситуационных задач
2	Особенности ведения больных на амбулаторно-поликлиническом этапе.	составление доклада/устного реферативного сообщения, решение ситуационных задач
3	Экспертиза временной нетрудоспособности	составление доклада/устного реферативного сообщения, решение ситуационных задач
4	Экспертиза стойкой нетрудоспособности	составление доклада/устного реферативного сообщения, решение ситуационных задач
5	Респираторные инфекции в амбулаторной практике	составление доклада/устного реферативного сообщения, решение ситуационных задач
6	Бронхообструктивный синдром в практике врача-терапевта	составление доклада/устного реферативного сообщения, решение ситуационных задач
7	Внебольничные пневмонии в амбулаторной практике.	составление доклада/устного реферативного сообщения, решение ситуационных задач
8	Синдром лихорадки в амбулаторной практике	составление доклада/устного реферативного сообщения, решение ситуационных задач
8.1	Симуляционный курс - Сбор жалоб и анамнеза.	Теоретическая подготовка к симуляционному курсу
9	Ведение больных с высоким риском сердечно-сосудистых заболеваний в амбулаторных условиях	составление доклада/устного реферативного сообщения, решение ситуационных задач
10	Кардиалгия в практике врача-терапевта	составление доклада/устного реферативного сообщения, решение ситуационных задач
11	Недостаточность кровообращения в амбулаторной практике	составление доклада/устного реферативного сообщения, решение ситуационных задач
12	Нарушения ритма в амбулаторной практике	составление доклада/устного реферативного сообщения, решение ситуационных задач
13	Артериальные гипертензии в амбулаторной практике	составление доклада/устного реферативного сообщения, решение ситуационных задач
14	Острый коронарный синдром в практике врача-терапевта	составление доклада/устного реферативного сообщения, решение ситуационных задач
15	ТЭЛА в амбулаторной практике	составление доклада/устного реферативного

		сообщения, решение ситуационных задач
16	Реабилитация больных после ОИМ и ОНМК	составление доклада/устного реферативного сообщения, решение ситуационных задач
17	Реабилитация кардиохирургических больных	составление доклада/устного реферативного сообщения, решение ситуационных задач
18.	Метаболический синдром в практике врача-терапевта	составление доклада/устного реферативного сообщения, решение ситуационных задач
19.	Заболевания почек в амбулаторной практике	Теоретическая подготовка к симуляционному курсу
19.1	Симуляционный курс-диспансеризация	Теоретическая подготовка к симуляционному курсу
20.	Анемический синдром в амбулаторной практике	составление доклада/устного реферативного сообщения, решение ситуационных задач
21.	Гемабластозы в амбулаторной практике	составление доклада/устного реферативного сообщения, решение ситуационных задач
22.	Желтуха и гепатолиенальный синдром в практике врача-терапевта	составление доклада/устного реферативного сообщения, решение ситуационных задач
23.	Кислотозависимая патология желудка в амбулаторной практике	составление доклада/устного реферативного сообщения, решение ситуационных задач
24.	Неинфекционные болезни печени в амбулаторной практике (алкогольная и неалкогольная жировая болезнь печени)	составление доклада/устного реферативного сообщения, решение ситуационных задач
25.	Реактивные артриты, остеоартроз в практике врача-терапевта	составление доклада/устного реферативного сообщения, решение ситуационных задач
26.	Остеопороз в амбулаторной практике	составление доклада/устного реферативного сообщения, решение ситуационных задач
26.1	Симуляционный курс - диспансеризация	Теоретическая подготовка к симуляционному курсу
27.	Коморбидность в амбулаторной практике.	составление доклада/устного реферативного сообщения, решение ситуационных задач
28.	Онкологическая настороженность на терапевтическом приеме	составление доклада/устного реферативного сообщения, решение ситуационных задач
29	Паллиативная помощь.	составление доклада/устного реферативного сообщения, решение ситуационных задач
30.	Особенности ведения беременных с экстрагенитальной патологией врачом-терапевтом	составление доклада/устного реферативного сообщения, решение ситуационных задач
31.	Стационарзамещающие технологии	составление доклада/устного реферативного сообщения, решение ситуационных задач
31.1	Симуляционный курс - Физикальное обследование пациента (сердечно-сосудистая система)	Теоретическая подготовка к симуляционному курсу
27.	Коморбидность в амбулаторной практике.	составление доклада/устного реферативного сообщения, решение ситуационных задач
28.	Онкологическая настороженность на терапевтическом приеме	составление доклада/устного реферативного сообщения, решение ситуационных задач
29	Паллиативная помощь.	составление доклада/устного реферативного сообщения, решение ситуационных задач
30.	Особенности ведения беременных с экстрагенитальной патологией врачом-терапевтом	составление доклада/устного реферативного сообщения, решение ситуационных задач

31.	Стационарзамещающие технологии	составление доклада/устного реферативного сообщения, решение ситуационных задач
31.1	Симуляционный курс - Физикальное обследование пациента (сердечно-сосудистая система)	Теоретическая подготовка к симуляционному курсу
2	СРС по промежуточной аттестации (всего)-34 часа	Подготовка к экзамену
3	СРС (ИТОГО)-190 часов	-

4. Критерии оценивания самостоятельной работы студентов по дисциплине «ПОЛИКЛИНИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ»

Критерии оценки самостоятельной работы студентов (СРС)

Самостоятельная работа студентов предусмотрена программой для всех форм обучения и организуется в соответствии с рабочей программой дисциплины. Контроль выполнения заданий на СРС осуществляется преподавателем на каждом практическом занятии.

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