

ГОСУДАРСТВЕННОЕ АВТОНОМНОЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЕ
ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ РЕСПУБЛИКИ БАШКОРТОСТАН
«БЕЛЕБЕЕВСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ КОЛЛЕДЖ»

Сборник учебно-методических материалов по итогам
Республиканского информационно-обучающего педагогического семинара
по разделу «ПМ.02 Осуществление лечебно-диагностической деятельности»
МДК 02.01. Проведение медицинского обследования с целью диагностики,
назначения и проведения лечения заболеваний терапевтического профиля
по специальности 31.02.01 Лечебное дело

Белебей
2025 г.

СОДЕРЖАНИЕ

Аннотация.....	3
I. Диагностика и лечение заболеваний системы кровообращения (ГАПОУ РБ «Белорецкий медицинский колледж»).....	4
II. Диагностика и лечение соединительной ткани (ГАПОУ РБ «Бирский медико-фармацевтический колледж»).....	29
III. Диагностика и лечение заболеваний крови и кроветворных органов (ГАПОУ РБ «Салаватский медицинский колледж»).....	41
IV. Диагностика и лечение заболеваний органов дыхания (ГАПОУ РБ «Сибайский медицинский колледж»).....	52
V. Диагностика и лечение заболеваний органов пищеварения (ГАПОУ РБ «Туймазинский медицинский колледж»).....	62
VI. Диагностика и лечение заболеваний органов пищеварения (ФГБОУ ВО БГМУ МЗ РФ Медицинский колледж).....	72
VII. Диагностика и лечение эндокринных заболеваний (ГАПОУ РБ «Белебеевский медицинский колледж»).....	105

Аннотация

Целью Республиканского информационно-обучающего педагогического семинара является:

– обобщение опыта работы преподавателей медицинских колледжей Республики Башкортостан по учебно-методическому обеспечению раздела МДК 02.01. Проведение медицинского обследования с целью диагностики, назначения и проведения лечения заболеваний терапевтического профиля;

– стандартизация учебно-методического обеспечения раздела по специальности 31.02.01 Лечебное дело;

– составление банка ситуационных задач (не менее пяти) и тестов (не менее тридцати) с эталонами ответов.

В сборник включены учебно-методические материалы по разделу «ПМ.02 Осуществление лечебно-диагностической деятельности», разработанные преподавателями ГАПОУ РБ «Белебеевский медицинский колледж», ГАПОУ РБ «Белорецкий медицинский колледж», ГАПОУ РБ «Салаватский медицинский колледж», ГАПОУ РБ «Сибайский медицинский колледж», ГАПОУ РБ «Туймазинский медицинский колледж».

Информационный материал публикуется в авторской редакции. Тестовые задания и ситуационные задачи, по возможности, приведены к единому стилю оформления.

I. Диагностика и лечение заболеваний системы кровообращения (ГАПОУ РБ «Белорецкий медицинский колледж»)

*Ворончихина Наталья Михайловна,
Закирова Гульнара Мубаряковна*

Сердечно-сосудистые заболевания (ССЗ) – это группа органических и функциональных патологий кровеносной системы (сердца, артерий, вен). Нарушения со стороны сердца можно заподозрить по болям и ощущению тяжести за грудиной, одышке, неровному сердечному ритму, учащённому сердцебиению. При поражении сосудов головы и шеи могут наблюдаться головные боли, шум в ушах обмороки. Заболевания периферических сосудов сопровождаются болями в ногах, отёками, хромотой.

Большинство ССЗ крайне опасны для жизни, при появлении их симптомов следует немедленно обратиться к кардиологу или терапевту – он направит к нужному специалисту. Сердечно-сосудистые заболевания, такие как ишемическая болезнь сердца (ИБС) и гипертоническая болезнь, чрезвычайно широко распространены и являются ведущей причиной смерти всех людей, независимо от пола, старше 45 лет.

Диагноз патологии сердца или сосудов устанавливается на основании результатов клинического осмотра, опроса пациента, ряда инструментальных и лабораторных исследований.

Обследование

Схема обследования пациентов с заболеваниями органов кровообращения

Расспрос. Жалобы:

1. Боли в области сердца (длительность, иррадиация, условия возникновения)
2. Одышка (постоянная, периодически возникающая)
3. Сердцебиение (нарушение ритма)
4. «Удушье»
5. Отёки (на нижних конечностях)
6. Кровохарканье
7. Головная боль

1. Боли в области сердца

Это одна из важных жалоб. При различных заболеваниях боли бывают разными. *Так, например:*

Боли при атеросклеротическом поражении коронарных сосудов имеют сжимающий, давящий характер, локализуются за грудиной, иррадируют влево, возникают при физической нагрузке.

Боли при перикардите локализуются посередине грудины или всей области сердца, носят колющий, стреляющий характер, усиливаются при движении, кашле, м.б. продолжительными или в виде приступов.

При миокардите боли непостоянные, тупые слабые, давящего характера.

Поэтому, при расспросе следует выяснять:

- Характер боли: (сжимающие, давящие, колющие)
- Локализацию: (за грудиной, в области верхушки)
- Иррадиацию (под левую лопатку, в левую руку, левую половину шеи)
- Условия возникновения боли (физ.нагрузка, в покое, во сне, при эмоциональной нагрузке)
- Продолжительность
- Чем снимается и через сколько времени

Следует помнить, что причиной болевых ощущений в области сердца м.б. повреждение межреберных мышц, нервов, плевры, заболевание соседних органов (холецистит, язвенная болезнь, рак желудка).

2. Сердцебиение

Под сердцебиением обычно подразумевают субъективное восприятие больным тахикардии, хотя ощущение биения сердца м.б. и при нормальной ЧСС и при пониженной ЧСС.

В норме человек не ощущает биения своего сердца. Он может его ощущать при значительной физ.нагрузке, при волнении, при злоупотреблении кофе, табаком.

Больные люди могут ощущать усиленное биение сердца

- ✓ в покое или
- ✓ при небольшой физ.нагрузке.

Поэтому при расспросе необходимо выяснить условия возникновения сердцебиения.

Сердцебиение м.б.:

- ✓ постоянным или
- ✓ в виде приступов - пароксизмов.

Сердцебиение – это компенсаторный механизм. Его причина – снижение сократительной функции сердца, когда за одно сокращение в аорту выбрасывается крови меньше, чем положений в норме. Чтобы кровоснабжение органов и тканей не страдало, сердцу приходится сокращаться чаще. Однако работа в таком режиме длительное время неблагоприятно сказывается на сердце, так как укорачивается фаза диастолы (а именно в эту фазу происходит восстановление работоспособности мышцы сердца)

Сердцебиение м.б. признаком не только заболевания сердца (миокардит, СН), но может возникать и рефлекторно при анемии, при лихорадке, тиреотоксикозе.

3. Перебои (аритмии)

Это ощущение неритмичной работы сердца. Больные это ощущают в виде чувства замирания, остановки сердца или в виде короткого более сильного удара.

Чаще перебои сочетаются с тахикардией, но м.б. и на фоне редкого ритма.

Причинами перебоев м.б. как органические поражения сердца, так и функциональные, психогенные расстройства.

При расспросе необходимо выяснить:

- ✓ Когда перебои больше беспокоят: - при физ.нагрузке
- или в покое

Так при функциональных аритмиях (ВСД, у курильщиков) они усиливаются или появляются в состоянии покоя, а при физ нагрузках уменьшаются или проходят. При органическом характере наоборот.

- ✓ Какие по продолжительности: - единичные
- длительные
- постоянные

4. Одышка

Это тягостное ощущение нехватки воздуха.

Причина – это снижение сократительной функции сердца и возникающий в результате венозный застой в сосудах МКК.

По выраженности одышки можно судить о степени сердечной недостаточности. Поэтому, при расспросе выясняют, при каких обстоятельствах она возникает:

- ✓ при физ.нагрузке (какой нагрузке: *в начальных стадиях СН одышка может возникать при значительной нагрузке, подъеме в гору, по лестнице, быстрой ходьбе, в дальнейшем может возникать при спокойной ходьбе, при разговоре*)

✓ в покое

Кроме того, может возникнуть внезапно острая нехватка воздуха в виде приступа удушья – это называется **сердечной астмой**.

5. Отеки

Это признак правожелудочковой недостаточности. При снижении сократительной способности правого желудочка возникает застой и повышение кровяного давления в БКК. При этом жидкая часть крови пропотевает через стенки сосудов в окружающие ткани.

Отеки вначале локализуются на голенях и появляются к вечеру, а к утру проходят. Позднее они становятся постоянными, могут локализоваться в брюшной полости – **асцит**, в полости плевры – **гидроторакс**, м.б. массивными, распространяться по всему телу – **анасарка**.

Может так же беспокоить тяжесть в области правого подреберья, в результате застойных явлений в печени и ее увеличения. При быстро развивающемся застое в печени могут появиться боли.

6. Кашель и кровохарканье

Эти симптомы развиваются при застое крови в МКК, что является следствием недостаточности кровообращения, м.б. при пороках сердца.

Кашель обычно сухой, иногда с небольшим количеством мокроты

7. Головные боли, головокружение, шум в ушах – эти жалобы появляются у лиц с артериальной гипертензией.

8. При ряде заболеваний сердца: миокардит, эндокардит, острая ревматическая лихорадка, отмечается **повышение температуры тела**.

При расспросе необходимо уточнить:

- ✓ сопровождается ли повышение ознобом, профузным потом
- ✓ как долго держится
- ✓ до каких цифр поднимается

<i>Анамнез жизни</i>	<i>Анамнез болезни</i>
1.Наследственность	1 Факторы риска
2. Вредные привычки	2 Причины
3. Переохлаждения	3. Начало болезни
4.Частые ангины	4.Проводившиеся лечение
5. Нервно-эмоциональное перенапряжение	5. Частота госпитализации
6.Условия быта	
7.Профессия	

<i>Осмотр</i>	<i>Пальпация</i>	<i>Перкуссия</i>	<i>Аускультация</i>
1 Цианоз кожи	1. Верхушечный толчок	1. Границы относительной тупости сердца	1. Ритм
2. Одышка	2. Пульс (частота, симметричность, ритм, наполнение, напряжение)	2. Границы абсолютной тупости сердца	2. Тоны
3. Отёки			3. Добавочные тоны
4. Набухание шейных вен			4. Шумы
5. Усиленная пульсация	3. Экстрасистолия		

		3. Свободная жидкость в полости живота	
--	--	--	--

1. Положение больного

А). При одышке больной спит с высоким изголовьем. Если одышка становится выраженной, то пациент принимает положение **ортноэ** – с опущенными ногами. При этом кровь задерживается в сосудах нижних конечностей, в результате снижается количество циркулирующей крови и уменьшается застой в МКК.

Б). При выпотом перикардите больной сидит, согнувшись вперед.

В) При расширении сердца чаще лежат на правом боку.

2. Цвет кожи

А). Цианоз, акроцианоз – следствие снижения сократительной функции сердца.

Б). Фиолетово-красная окраска щек и синюшные губы и кончик носа характерны для митральных пороков

В). Бледные кожа и слизистые бывают при аортальных пороках.

3. Отеки

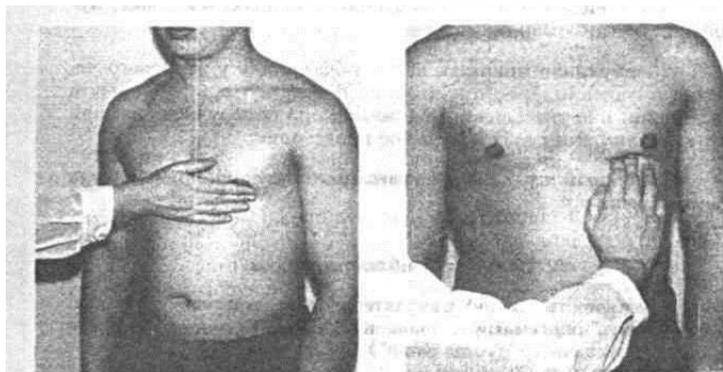
4. **Сердечный горб** – деформация грудной клетки, в виде выпячивания в области верхушки. М.б. при врожденных пороках сердца, при выпотном перикардите.

5. Можно увидеть пульсацию в области верхушки, пульсацию аорты во 2-м межреберье справа, выраженную пульсацию сонных артерий – **«пляска каротид»**.

● Пальпация

1. Определяют **локализацию, ширину, силу верхушечного толчка**.

В норме – в 5 межреберье на 1-1,5 см кнутри от левой средне-ключичной линии; его ширина 1-2 см.



2. Можно выявить симптом **«кошачье мурлыканье»**.

Руку кладут на точки аускультации сердца и можно ощутить дрожание грудной клетки (как мурлыканье кошки). Бывает при пороках сердца.

3. Пальпируют пульс.

● Перкуссия

Позволяет выявить:

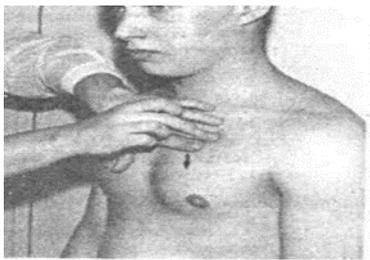
✓ Границы сердца (границы относительной и абсолютной (границы передней поверхности не прикрытые легкими) сердечной тупости)

✓ Размеры сосудистого пучка (от средне-ключичной линии к грудины, в норме: по краям грудины во 2 м\р, поперечник = 5-6 см)

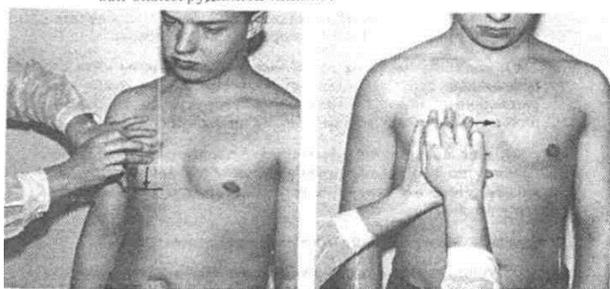
Границы сердца в норме (границы относительной сердечной тупости): Правая – 4 м\р на 1 см кнаружи от правого края грудины

Левая – 5 м\р на 1 - 2 см кнутри от левой срединно-ключичной линии Верхняя – 3 ребре на 1 левее левой грудинной линии

Определение верхней границы.



Определение правой границы.



Определение левой границы.



● Аускультация

Звуковые явления, возникающие при работе сердца, называются тонами. В норме выслушиваются I и II тоны.

I тон. Образуется в результате захлопывания митрального и трехстворчатого клапанов в начале систолы. Он более низкий и продолжительный, чем 2-ой тон, лучше выслушивается в области верхушки, следует после большой паузы, совпадает с верхушечным толчком и пульсацией сонных артерий.

II тон. Образуется за счет колебаний створок клапанов аорты и легочной артерии при их захлопывании в самом начале диастолы. Лучше выслушивается у основания сердца, следует после малой паузы, менее продолжительный и более высокий, чем I тон, не совпадает с верхушечным толчком и пульсом сонных артерий.

Изменения тонов может быть в виде их усиления, ослабления, раздвоения, м.б. добавочные тоны.

Ослабление обоих тонов бывает при снижении сократительной способности миокарда у больных при СН, миокардите, инфаркте миокарда, дистрофии миокарда.

Усиление обоих тонов наблюдается при повышении влияния симпатической нервной системы на сердце при физ. работе, волнении, базедовой болезни.

Более важно в диагностике **изменение одного из тонов**. Их изменения бывают при пороках сердца:

Ослабление I тона у верхушки м.б. при недостаточности митрального клапана, недостаточности клапана аорты, сужении устья аорты.

Усиление I тона у верхушки бывает при стенозе митрального клапана.

Ослабление II тона над аортой наблюдается при недостаточности аортального клапана

Усиление II тона м.б. или над аортой или над легочным стволом – **акцент II тона**.

Акцент II тона на аорте м.б. при увеличении давления в ней при ГБ.

Акцент II тона над легочной артерией появляется при повышении давления в МКК (митральные пороки, эмфизема легких)

Раздвоение тонов возникает при неодновременном закрытии клапанов сердца, что может наблюдаться при нарушениях внутрижелудочковой проводимости.

Кроме того м.б. выслушаны шумы:

✓ **Систолический шум** – выслушивается в систолу (меньшую паузу) между I и II тонами.

✓ **Диастолический шум** – выслушивается в большую паузу между II и I тонами.

По причине возникновения шумы бывают.

✓ Органическими – при анатомических изменениях клапанов сердца.

✓ Функциональными – при увеличении скорости кровотока (тиреотоксикоз, лихорадка) или уменьшении вязкости крови (анемии), при аномальном расположении хорд, их избыточной длине.

Точки выслушивания и порядок выслушивания:

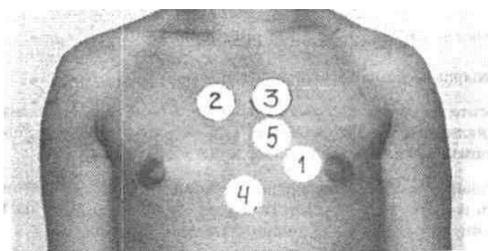
1. Область верхушечного толчка – митральный клапан

2. 2 м\р справа у грудины – клапан аорты

3. 2 м\р слева у грудины – клапан легочной артерии

4. у основания мечевидного отростка – 3-х створчатый клапан

5. у места прикрепления 3-4 ребер к грудице слева – дополнительная точка аускультации аортального клапана – т.Боткина-Эрба



Методы исследования

● Лабораторные методы исследования.

1. БАК: Исследование липидного состава крови

✓ белки: общий белок, альбумины, глобулины, С-реактивный белок, сиаловые кислоты при воспалительном процессе)

✓ тропонины, миоглобин, трансаминазы (АЛТ, АСТ), МВ – КФК (специфические кардиомаркеры - показатели повреждения миокарда)

- ✓ мочевины и креатинина
- 2. Коагулограмма (время кровотечения, время свертывания, фибриноген, протромбин)
- 3. Анализы мочи: общий, по Зимницкому

● **Инструментальные методы исследования.**

1. Измерение АД
2. СМАД
3. Эхо КГ. Исследование сердца с помощью ультразвука.
 - ✓ Одномерная ЭхоКГ *дает высокую точность измерений структур сердца*
 - ✓ 2-х мерная Эхо КГ *обеспечивает пространственную ориентацию*
 - ✓ доплер-ЭхоКГ *позволяет оценить направление и скорость движения крови в каждой камере сердца, измерить объем регургитации, изучить фазовую структуру сердечной деятельности*
 - ✓ Стресс-ЭхоКГ *обеспечивает регистрацию ишемии миокарда, спровоцированную физическими или фармакологическими (добутамин) нагрузками*
4. ЭКГ
5. Суточное мониторирование ЭКГ по Холтеру
6. Пробы с физической нагрузкой
 - ✓ Проба Мастера – поднимается и спускается по специальной 2-у ступенчатой лестнице 1 - 3 мин;
 - ✓ велоэргометрия,
 - ✓ проба на тредмиле – ходьба по движущейся дорожке (можно менять скорость движения дорожки и угол наклона)
ЭКГ снимают в покое, сразу после физ.нагрузки, через 5, 10 и 15 мин. Пробы помогают выявить скрытую сердечную недостаточность.
7. ЭКГ с фармакологическими пробами (нитроглицерином 1 таб. – помогает выявить компенсаторные возможности коронарного кровотока; анаприллином 40 мг – положительная динамика характерна для метаболических и функциональных нарушений)
8. Тест 6-минутной ходьбы. *(Включен в последние рекомендации по ХСН для определения толерантности к физической нагрузке.*
Методика: измерение дистанции, которую может пройти пациент в течение 6 минут в максимально возможном темпе, при этом учитывает и время вынужденных остановок. Тест проводится в заранее размеченном коридоре длиной 600 метров. Нет ХСН при дистанции >551 метра).
9. ФКГ - это запись звуковых явлений, возникающих в сердце при работе.
10. Компьютерная томография
11. Магнитно-резонансная томография.
12. Позиционно-эмиссионная томография (ПЭТ) – с помощью радиоактивных транзисомеров позволяет неинвазивным путем получить информацию о кровоснабжении миокарда на уровне микроциркуляции, о скорости метаболических процессах в кардиомиоцитах.
13. УЗИ сосудов, доплеровское УЗИ (УЗДГ), дуплексное исследование
 - ✓ УЗИ сосудов дает информацию о структуре сосуда.
 - ✓ доплеровское УЗИ. С его помощью определяют направление и скорость кровотока в артериях и венах, ширину просвета сосудов, а также можно вычислить давление внутри сосуда.
 - ✓ дуплексное исследование - исследование, сочетающее принципы доплеровского исследования и обычного УЗИ в двухмерной проекции, т.е. одновременно выполняет две функции - исследует анатомию сосудов и оценивает скорость кровотока. Можно измерить диаметр сосуда, обнаружить его закупорку тромбом или атеросклер-ой бляшкой, оценить извитость хода, утолщение стенок, скорость и направление кровотока.

В клинической практике наиболее востребованы методы:

- ✓ определения толщины комплекса интима-медиа сонных артерии (ТИМ) (*в норме менее 0,7-0,9 мм, в зависимости от возраста*),
- ✓ выявления атеросклеротических бляшек (АСБ) в сонных артериях,
- ✓ определение лодыжечного индекса давления (ЛИД). (*рассчитывается как соотношение давления на лодыжке и на плече, определяемых с помощью УЗИ. Снижение этого параметра менее 0,9 следует свидетельствует о патологии артерий нижних конечностей и в литературе появились сообщения о том, что его снижение является фактором, предсказывающим развитие СС событие*)
- ✓ определение скорости пульсовой волны от сонной к бедренной артерии (*менее 12 м\с – у нас, в городе, этого пока нет*)

14. Коронарография. (коронарная ангиография) Через прокол бедренной или подмышечной артерии вводят спец. катетер и через него в коронарные сосуды или в полости сердца вводят рентгеноконтрастное вещество.

15. КТ-ангиография (неинвазивная). В локтев вену ставят катетер, через кот. во время сканирования на компьютерном томографе вводится рентгеноконтрастное в-во.

16. Реография – неинвазивный метод исслед-я кровоснабжения органов и тканей. Основан на регистрации изменений электрического сопротивления тканей, обусловленного меняющимся кровенаполнением. Регистрируются в виде кривой. Можно изучить кровоснабжение различных областей – реовазография – кровоснабжение конечностей

Лечение сердечно – сосудистых заболеваний можно условно разделить на медикаментозное и немедикаментозное.

Одним из важнейших направлений немедикаментозного лечения является диетотерапия. Доказано, что **отказ от курения и алкоголя**, уменьшение потребления соли, включение в рацион питания больше фруктов и овощей, регулярная физическая активность снижают риск развития сердечно-сосудистых заболеваний.

Вот основные принципы питания при сердечно-сосудистых заболеваниях:

1.Соответствие калорийности диеты энергетическим потребностям организма с учетом возраста, пола, степени физической активности.

2.Контроль за количеством и качественным составом жира в рационе. Ограничение в рационе насыщенных жирных кислот и экзогенного холестерина, которые в основном содержатся в продуктах животного происхождения; обеспечение организма незаменимыми полиненасыщенными жирными кислотами семейства омега-6 и омега-3 из растительных масел и жира рыб, фосфолипидах (нерафинированные растительные масла), растительных стеринах и других липотропных факторах.

3.Соответствие общего количества углеводов в диете энергетическим потребностям организма. Ограничение рафинированных углеводов (добавленного сахара), а при показаниях – полное их исключение (редуцированный по калорийности вариант диеты).

4.Обеспечение потребностей в эссенциальных аминокислотах при содержании общего белка в диете, не превышающем 1,1 г/кг идеальной массы тела, при соотношении растительный/животный белок не менее, чем 1:1.

5.Патогенетическая сбалансированность диеты по витаминному составу, содержанию микро- и макроэлементов, пищевых волокон.

6.Обеспечение правильной технологической обработки продуктов и лечебных блюд (удаление экстрактивных веществ, исключение жареных, консервированных блюд, острых специй, поваренной соли для кулинарных целей).

7.Дробный режим питания, включающий 4-6 разовый прием пищи. Последний прием пищи не позднее, чем за 2-3 часа до сна.

Перечень рекомендуемых продуктов и блюд.

Мясо и мясопродукты – нежирные сорта говядины, телятина, мясная свинина, мясо кролика, курица (без кожи), индейка.

Молочные продукты - молоко (при переносимости), нежирные кисломолочные продукты, низкокалорийный творог, сыры (плавленые и твердые, малосоленые, средней жирности). Сметану и сливки пониженной жирности - в небольшом количестве только в блюдах.

Растительные масла – подсолнечное, кукурузное, соевое, оливковое, льняное, горчичное и др. - преимущественно с винегретами, салатами, овощными закусками, в виде соусов и приправ в естественном виде. Повторное использование масла после тепловой обработки недопустимо.

Рыба и морепродукты – разнообразные виды рыбы (морская и пресноводная), морепродукты: морская капуста, мидии, трепанги. Консервы рыбные натуральные и без масла.

Яйца – цельные куриные 2-3 штуки в неделю, отварные «всмятку» или в виде паровых омлетов, в других блюдах. Яйца без желтка можно использовать чаще (белковые омлеты).

Хлеб и хлебобулочные изделия – хлеб ржаной и пшеничный, преимущественно из муки грубого помола, цельного зерна вчерашней выпечки, несдобное печенье, сухари, галеты, крекеры.

Крупы и макаронные изделия – предпочтительно гречневую, овсяную, перловую, ячневую, пшеничную в виде каш, запеканок, пудингов, плова. Макароны необходимо использовать в ограниченном количестве.

Овощи и зелень – сырые - в виде салатов, винегретов, вторых блюд, гарниров, овощных соков (огурцы, помидоры, сладкий перец, салат, капуста, морковь, укроп, щавель, шпинат, сельдерей). В отварном виде - картофель (ограниченно при избыточном весе), тыкву, кабачки, свеклу, морковь, цветную, белокочанную и брюссельскую капусту, зеленый горошек, баклажаны.

При наличии сопутствующих заболеваний желудочно-кишечного тракта, печени, мочевыводящих путей не следует включать в рацион чеснок, лук, щавель, хрен, редис, шпинат, ревень.

Бобовые культуры - предпочтение отдается сое, которая применяется в качестве заменителя животного белка и способствуют нормализации углеводного и холестерина обмена. Сою включают в самые различные компоненты пищевого рациона: кисломолочные продукты, соусы, закуски, первые и вторые блюда, в которые соевые продукты вводятся в виде соевой муки, соевого масла, полуфабрикатов.

Фрукты и ягоды – рекомендуется использовать все фрукты и ягоды, натуральные соки и консервированные плоды (без сахара), сухофрукты, замороженные фрукты и ягоды. Необходимо широко использовать плоды, богатые витаминами и микроэлементами (калий, магний) – курагу, урюк, изюм, чернослив, шиповник, цитрусовые, бананы (следует ограничивать при избыточном весе), инжир, арбуз, дыня.

Орехи – включаются в рацион в натуральном виде или добавляются в блюда. Используются любые сорта (грецкий орех, фундук, миндаль, арахис, кедровый орех, фисташки) в ограниченном количестве (калорийность орехов 600-700 ккал).

Кондитерские изделия и сладости – общее количество сахара не более 50 г в день, лучше в виде варенья, джема, меда, карамели, зефира, мармелада, пастилы.

Приправы и пряности – свежие пряные растения (укроп, петрушка, киндза) входят в рацион. Приправы и пряности (перец, горчица, хрен, лавровый лист, черемша, лук, чеснок, тмин, кетчуп, аджика и др.) могут применяться в зависимости от индивидуальных вкусовых пристрастий, национальных и местных особенностей в незначительном количестве для улучшения и разнообразия вкусовых достоинств пищи.

Напитки - минеральные воды используются только по рекомендации лечащего врача с учетом водного режима в пищевом рационе. Употребляется некрепкий чай, фруктовые (без сахара) и овощные соки (без соли), морсы, отвары, кисели, кофейный напиток. Рекомендуется употреблять зеленый и фруктовый чай.

Пациентам при патологии сердечно – сосудистой системы с склонностью к повышению свёртываемости крови рекомендуется включать в диету продукты моря, особенно морскую

капусту, а также кальмары, мидии, морской гребешок и др., которые употребляют в виде диетических закусочных консервов или готовят в виде салата, запеканки, котлет, фрикаделей или в виде бутербродов с хлебом.

Основные группы препаратов, применяемые при медикаментозном лечении:

Антитромбоцитарные препараты: ацетилсалициловая кислота (АСК), клопидогрел. АСК остается основой профилактики артериального тромбоза. Доза аспирина должна быть минимально эффективной, чтобы обеспечить баланс между терапевтическим действием и возможными желудочно-кишечными побочными эффектами. Оптимальная доза АСК 10 составляет 75-150 мг/сут. Дополнительную безопасность могут обеспечивать препараты АСК, покрытые кишечнорастворимой оболочкой, и препараты АСК с антацидами (гидроксид магния). При невозможности по каким-либо причинам назначения АСК может использоваться клопидогрел как средство с доказанной эффективностью и безопасностью..

Клопидогрел и тиклопидин являются неконкурентными блокаторами АДФ-рецепторов и по антитромбоцитарной активности сопоставимы с АСК. Поданным исследования CAPRIE клопидогрел в дозе 75 мг/сут. по эффективности в профилактике ССО несколько превосходил аспирин в дозе 325 мг/сут. у больных высокого риска. Желудочно-кишечные кровотечения при лечении клопидогрелом развивались незначительно реже, чем при лечении аспирином, несмотря на относительно высокую дозу последнего.

Гиполипидемические средства

Важнейшим аспектом медикаментозного лечения является применение лекарственных препаратов, понижающих содержание липидов в крови.

Основными средствами, снижающими уровни ХС и ХС ЛНП в плазме крови являются ингибиторы ГМГ-КоА редуктазы — статины. Эти препараты снижают риск атеросклеротических поражений в условиях как первичной, так и вторичной профилактики. Они оказывают выраженный гипохолестеринемический эффект, безопасны при длительном применении.

Чаще всего применяются симвастатин, аторвастатин, правастатин.

Повышать дозу любого из статинов следует, соблюдая интервал в 2—3 недели, т.к. как за этот период достигается оптимальный эффект препарата.

Можно использовать другой гиполипидемический препарат — никотиновую кислоту замедленного высвобождения.

В рекомендациях ЕОК по стабильной стенокардии (2006) рекомендуется лекарственный препарат полиненасыщенных ЖК — Омакор, в качестве средства, улучшающего КЖ и прогноз пациентов с ИБС.

β-адреноблокаторы

В многочисленных исследованиях было показано, что β-АБ существенно уменьшают вероятность повторного ИМ и увеличивают общую продолжительность жизни больных, перенесших ИМ. β-АБ значительно улучшают прогноз жизни больных в том случае, если ИБС осложнена СН. В настоящее время, очевидно, что предпочтение следует отдавать селективным β-АБ. Они реже, чем неселективные β-АБ обладают побочными действиями. Их эффективность была доказана в крупных клинических исследованиях. Такие данные были получены при использовании метопролола замедленного высвобождения, бисопролола, небиволола, карведилола. Поэтому эти β-АБ рекомендуют назначать больным, перенесшим ИМ.

При назначении альпренолола, атенолола, окспренолола положительных результатов получить не удалось. У больных с более выраженной стенокардией можно уменьшать ЧСС до 50 уд/мин при условии, что такая брадикардия не вызывает неприятных ощущений и не развивается АВ-блокада.

Ингибиторы АПФ

Признаки СН или перенесенный ИМ — показания к назначению иАПФ при хронической ИБС. При плохой переносимости этих препаратов их заменяют на антагонисты рецепторов ангиотензина (АРА). На основании принципов доказательной медицины сегодня отдают

предпочтение двум из них — кандесартану или вальсартану.

Антагонисты кальция

В настоящее время нет данных, подтверждающих благоприятное влияние АК на прогноз у больных неосложненной стенокардии, хотя препараты этой группы, снижающие ЧСС, могут быть альтернативой β -АБ (в случае их плохой переносимости) у больных, перенесших ИМ и не страдающих СН.

Нитраты

В настоящее время применяют три препарата этой группы — нитроглицерин, изосорбида динитрат и изосорбида-5-мононитрат.

Нитраты обладают выраженным антиангинальным действием, по крайней мере не уступающим β -АБ и АК, однако при их регулярном приеме этот эффект может ослабевать или даже исчезать (развитие привыкания или толерантности). Нитраты в клинической практике назначают только прерывисто чтобы обеспечить в течение суток период свободный от действия препарата. Этот период должен составлять не менее 6—8 ч, его, как правило, создают в ночное время, когда в эффекте нитратов нет необходимости. Прерывистый прием нитратов обеспечивают назначением лекарственных форм значительно пролонгированного действия 1 раз в сутки утром или лекарственных форм умеренно пролонгированного действия 2 раза в сутки, не назначая их на ночь.

Ингибиторы If каналов

Недавно был создан новый класс антиангинальных препаратов — ингибиторы If каналов клеток синусового узла, селективно урежающие синусовый ритм. Их первый представитель ивабрадин (Кораксан) показал выраженный антиангинальный эффект, сопоставимый с эффектом β -АБ.

Цитопротекторы

К ним относят различные препараты метаболического действия, среди которых наиболее известен триметазидин модифицированного высвобождения —единственный миокардиальный цитопротектор, имеющий достаточную доказательную базу для использования в качестве антиангинального средства.

КАРДИОХИРУРГИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ

Реваскуляризация миокарда

Реваскуляризация миокарда — широкое понятие, включающее как операцию КШ, так и различные виды ЧКВ на КА. Наиболее известна и распространена ТБКА, которую можно сочетать с другими воздействиями на атеросклеротически измененную КА: установка металлического каркаса — эндопротеза (стента), рото-блация, атеротомия.

Реваскуляризация, как и фармакотерапия, преследует 2 цели: улучшение прогноза (профилактика ИМ и ВС, уменьшение или полная ликвидация симптомов). Основными факторами, которые определяют выбор метода лечения, являются индивидуальный сердечно-сосудистый риск и выраженность симптомов.

Коронарное шунтирование

Выделяют два показания к КШ: улучшение прогноза и уменьшение симптомов. Снижение смертности и риска развития ИМ убедительно не доказано.

Чрескожные вмешательства на коронарных артериях

Коронарная ангиопластика со стентированием позволяет провести дилатацию одного или нескольких сосудов с высокой вероятностью восстановления их проходимости и приемлемым риском. Риск смерти после обычной ангиопластики составляет ~ 0,1—0,3%.

Стентирование сосудов и использование стентов с лекарственным покрытием.

Трансмиокардиальная лазерная терапия (ТМЛТ)

Одним из новых методов хирургического лечения тяжелой стенокардии является ТМЛТ. Этот метод официально применяется в США с 1998г. В России ряд ведущих кардиологических клиник за последние 3-4 года также стали активно использовать ТМЛТ. Эффективность метода связывают с улучшением кровоснабжения миокарда за счет поступления крови из полости ЛЖ через вновь образованные 20-40 каналов диаметром 1 мм.

Заболелания сердечнососудистой системы очень распространены, и чаще других являются причинами инвалидности и летального исхода, поэтому гораздо лучше предупредить их развитие путем соблюдения определенных правил жизни и регулярного лечения.

Список использованной литературы

1. Кардиология: руководство для врачей в 2 т. / под ред. Н. Б. Перепеча, С. И. Рябова. - СПб.: Спецлит, 2018. - Т. 2. - 405 с.
2. Организация работы «Школы больных гипертонической болезнью» [Электронный ресурс] // 2. Кардиология Алтай: Кардиологический портал Алтая. - Режим доступа: <http://cardcgb.narod.ru/materials/schoolhypertension.htm> . - 18.07.2021.
3. Кардиология: национальное руководство / под ред. Е.В. Шляхто.– 2-е изд., перераб. и доп. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015. – 800 с.Консультант врача. Электронная медицинская библиотека: база данных.
4. Нечаев В.М. Лечение пациентов клинических дисциплин, Учебни-М.:ГЭОТАР-Медиа,2020г.
5. Отвагина Т.В. «Терапия», - уч. пособие: изд. 3-е, Ростов-на-Дону, «Феникс», 2018г.-367стр.;
6. Смолева Э.В., Глухова А.А. Диагностика в терапии: учебное пособие . – Ростов н/Д, 2016. – 620 с
7. Смолева, Э. В. Диагностика в терапии [Текст] : МДК 01.01. Пропедевтика клинических дисциплин : учебное пособие / Э. В. Смолева, А. А. Глухова ; под общ. ред. Б. В. Кабарухина. — Ростов-на-Дону : Феникс, 2016. — 620 с. — (Среднее медицинское образование)

ТЕСТОВЫЕ ЗАДАНИЯ

Выберите один или несколько верных вариантов ответа.

1. СИЛЬНАЯ ГОЛОВНАЯ БОЛЬ, ТОШНОТА, РВОТА, «МУШКИ» ПЕРЕД ГЛАЗАМИ, НАПРЯЖЕННЫЙ ПУЛЬС НАБЛЮДАЮТСЯ ПРИ

- 1) обмороке
- 2) коллапсе
- 3) гипертоническом кризе
- 4) стенокардии

2. ПРИ ЛЕЧЕНИИ ГИПЕРТОНической БОЛЕЗНИ У ПОЖИЛЫХ ПРИМЕНЯЮТ

- 1) эналаприл, атенолол
- 2) дигоксин, димедрол
- 3) целанид, корвалол
- 4) атропин, аспаркам

3. ПРИ ГИПЕРТОНичесКОМ КРИЗЕ ПРИМЕНЯЮТ

- 1) анальгин, димедрол
- 2) баралгин, мезатон
- 3) энап Н, капозид
- 4) морфин, кордиамин

4. ФАКТОР РИСКА РАЗВИТИЯ АТЕРОСКЛЕРОЗА

- 1) высокий уровень холестерина
- 2) занятия физической культурой
- 3) неотягощенная наследственность
- 4) рациональное питание

5. ПРИ АТЕРОСКЛЕРОЗЕ ПОРАЖАЮТСЯ

- 1) артерии
- 2) вены
- 3) капилляры
- 4) мышцы

6. АЭРОЗОЛЬНАЯ ФОРМА НИТРОГЛИЦЕРИНА

- 1) нитронг
- 2) нитросорбид
- 3) нитрогранулонг
- 4) нитроминт

7. ПРОДУКТЫ, БОГАТЫЕ КАЛИЕМ

- 1) изюм, курага
- 2) конфеты, печенье
- 3) молоко, творог
- 4) мясо, рыба

8. ОСНОВНАЯ ПРИЧИНА СМЕРТИ СРЕДИ СЕРДЕЧНО - СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ПОЖИЛЫХ

- 1) гипертоническая болезнь

- 2) ишемическая болезнь сердца
- 3) пороки сердца
- 4) ревматизм

9. ФУНКЦИОНАЛЬНЫЙ КЛАСС СТЕНОКАРДИИ, ПРИ КОТОРОМ ПРИСТУП БОЛИ ВОЗНИКАЕТ ПРИ ХОДЬБЕ МЕНЕЕ ЧЕМ НА 100 М ИЛИ В ПОКОЕ

- 1) первый
- 2) второй
- 3) третий
- 4) четвертый

10) НЕТИПИЧНАЯ ФОРМА ИНФАРКТА МИОКАРДА ДЛЯ ПОЖИЛЫХ ЛЮДЕЙ

- 1) абдоминальная
- 2) ангинозная
- 3) астматическая
- 4) безболевая

11) ИЗМЕНЕНИЯ В БИОХИМИЧЕСКОМ АНАЛИЗЕ КРОВИ ПРИ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА

- 1) гиперпротеинемия
- 2) гипохолестеринемия
- 3) гиперферментемия
- 4) гипоферментемия

12) АНЕВРИЗМА СЕРДЦА — ЭТО

- 1) гипертрофия левого желудочка
- 2) гипертрофия правого желудочка
- 3) уменьшение левого желудочка
- 4) взбухание участка сердца

13. НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМ ВОЗБУДИТЕЛЕМ ИНФЕКЦИОННОГО ЭНДОКАРДИТА ЯВЛЯЕТСЯ:

- 1) синегнойная палочка;
- 2) зеленающий стрептококк
- 3) цитомегаловирус
- 4) β -гемолитический стрептококк группы А

14. «БОЛЬШИМИ» ДИАГНОСТИЧЕСКИМИ КРИТЕРИЯМИ ОСТРОЙ РЕВМАТИЧЕСКОЙ ЛИХОРАДКИ ЯВЛЯЮТСЯ:

- 1) полиартрит
- 2) узловатая эритема
- 3) кардит
- 4) все перечисленное

15. ХАРАКТЕРНЫЙ ПРИЗНАК СУСТАВНОГО СИНДРОМА ПРИ ОСТРОЙ РЕВМАТИЧЕСКОЙ ЛИХОРАДКЕ:

- 1) частое поражение первого плюснефалангового сустава в дебюте заболевания
- 2) эрозии суставных поверхностей
- 3) контрактуры мелких суставов кистей
- 4) «мигрирующий» характер болей

16. ЛАБОРАТОРНЫЙ ПРИЗНАК АКТИВНОСТИ ПАТОЛОГИЧЕСКОГО ПРОЦЕССА ПРИ ОСТРОЙ РЕВМАТИЧЕСКОЙ ЛИХОРАДКЕ:

- 1) лейкопения
- 2) протеинурия
- 3) повышение титра антистрептолизина-О (АСЛО)
- 4) выявление антинуклеарного фактора в крови

17. ОСНОВНАЯ ПРИЧИНА ПРИОБРЕТЕННЫХ ПОРОКОВ СЕРДЦА

- 1) гипертоническая болезнь
- 2) инфаркт миокарда
- 3) стенокардия
- 4) ревматизм

18. ЖАЛОБЫ БОЛЬНОГО ПРИ КОМПЕНСИРОВАННОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ МИТРАЛЬНОГО КЛАПАНА

- 1) головная боль
- 2) одышка
- 3) отеки
- 4) жалоб нет

19. ЦВЕТ КОЖНЫХ ПОКРОВОВ ПРИ МИТРАЛЬНОМ СТЕНОЗЕ

- 1) бледные
- 2) желтушные
- 3) нормальной окраски
- 4) цианотичные

20. КРОВОХАРКАНИЕ ЯВЛЯЕТСЯ ЧАСТЫМ ПРИЗНАКОМ

- 1) аортальной недостаточности
- 2) инфаркта миокарда
- 3) стенокардии
- 4) митрального стеноза

21. ТИПИЧНАЯ ФОРМА ИНФАРКТА МИОКАРДА

- 1) абдоминальная
- 2) ангинозная
- 3) астматическая
- 4) безболевая

22. ПРИ НАЛИЧИИ ОТЕКОВ БОЛЬНОМУ РЕКОМЕНДУЮТ

- 1) ограничение приема жидкости и соли
- 2) ограничение приема белков и жиров
- 3) увеличение приема жидкости и соли
- 4) увеличение приема белков и жиров

23. ПРИ ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ПРИМЕНЯЮТ

- 1) антибиотики, нитрофураны
- 2) бронхолитики, муколитики
- 3) глюкокортикостероиды, цитостатики
- 4) ингибиторы АПФ, диуретики

24. «ЗОЛОТЫМ СТАНДАРТОМ» В ДИАГНОСТИКЕ МИОКАРДИТА ЯВЛЯЕТСЯ:

- 1) сцинтиграфия миокарда в покое

- 2) эхокардиография
- 3) сцинтиграфия миокарда с нагрузкой
- 4) электрокардиография

25. ЭТИОЛОГИЧЕСКИМИ ФАКТОРАМИ ОСТРОГО ПЕРИКАРДИТА ЯВЛЯЮТСЯ:

- 1) бактериальная инфекция
- 2) простейшие
- 3) грибки
- 4) злоупотребление алкоголем

26. ЭЛЕКТРОКАРДИОГРАФИЧЕСКИМИ ПРИЗНАКАМИ ОСТРОГО ПЕРИКАРДИТА ЯВЛЯЮТСЯ:

- 1) патологические Q-зубцы
- 2) депрессия сегмента PR
- 3) депрессия сегмента ST
- 4) высокие, остроконечные зубцы T

27. К ИСТОЧНИКУ СЕРДЕЧНОГО РИТМА В ЗДОРОВОМ СЕРДЦЕ ОТНОСЯТ

- 1) пучок Гиса
- 2) синусовый узел
- 3) волокна Пуркинье
- 4) атриовентрикулярный узел

28. ПРЕПАРАТОМ, ОКАЗЫВАЮЩИМ ГИПОТЕНЗИВНЫЙ И АНТИАНГИНАЛЬНЫЙ ЭФФЕКТ, ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) гепарин натрия
- 2) бисопролол
- 3) триметазидин
- 4) метамизол натрия

29. К ИНВАЗИВНЫМ МЕТОДАМ ДИАГНОСТИКИ ИБС ОТНОСЯТСЯ:

- 1) стресс-Эхо
- 2) суточный монитор ЭКГ
- 3) велоэргометрия
- 4) коронароангиография

30. АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ МОЖЕТ БЫТЬ ЗАПОДОЗРЕНА ПО СЛЕДУЮЩИМ КЛИНИЧЕСКИМ ПРИЗНАКАМ И ПРОЯВЛЕНИЯМ:

- 1) кратковременные эпизоды потери сознания
- 2) нарушение сердечного ритма и проводимости
- 3) наличие периферических отеков
- 4) боль в теменной и затылочных областях

СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ

Ситуационная задача №1

Пациент N, 53 года, обратился в поликлинику с жалобами на приступообразную боль сжимающего характера за грудиной на высоте любого напряжения как эмоционального, так и физического; характер боли – жгучий, давящий, тяжелый, сжимающий. В легких случаях – просто дискомфорт в груди; длительность приступа составляет от 1 до 10 минут.

Из анамнеза известно, что пациент наблюдается у врача по поводу ИБС, стабильной стенокардии напряжения, ФК II, постинфарктного кардиосклероза и недостаточности кровообращения, ФК I.

В настоящее время приступы стенокардии беспокоят при значительной физической нагрузке, легко снимаются нитроглицерином.

Объективно: общее состояние средней степени тяжести.

Температура тела 36,7 °С. Сознание ясное. Положение активное.

Сердечно-сосудистая система. Верхушечный толчок расположен в V межреберье на 1,5–2 см кнутри от левой срединноключичной линии. При перкуссии границы относительной сердечной тупости в пределах нормы. При аускультации тоны сердца приглушены, ритмичные, шумов не выслушивается. ЧСС – 78 ударов в минуту. Артериальное давление 130/80 мм рт. ст. Имеется пастозность голеней и стоп.

На ЭКГ – ритм синусовый, ритм правильный, ЧСС – 75 ударов в минуту, глубокий зубец Q в отведениях II, III, aVF, при велоэргометрии – толерантность к физической нагрузке 600 кгм/мин.

Вопросы:

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Назначьте дополнительные методы исследования.
3. Какова тактика лечения пациента?

Ответ:

1. Предварительный диагноз.
ИБС, ПИКС, стабильная стенокардии напряжения, ФК II. ХСН 2а ФК II
2. Дополнительные методы исследования.

Лабораторные исследования

стандартные биохимические анализы
общий анализ крови
коагулограмма

Инструментальные исследования

Электрокардиограмма (ЭКГ) в покое и/или во время или сразу после приступа боли в грудной клетке,

эхокардиографию (ЭхоКГ)

ультразвуковое исследование сонных артерий

3. Тактика лечения пациента.

1. Выявление и лечение сопутствующих заболеваний, которые могут провоцировать или ухудшать течение ИБС.

2. Изменение образа жизни, коррекция факторов риска.

3. Отказ от курения.

4. Контроль АД. Цель снижения АД < 140/90 мм рт. ст. или АД < 140/85 мм рт. ст. при ХБП или СД, у больных > 80 лет < 150/80 мм рт. ст.

Купирование приступа стабильной стенокардии:

- 1) прекратить физическую нагрузку;

- 2) принять сидячее положение с опущенным ногами;

3) принять сублингвально 1 таблетку нитроглицерина (500

мкг) или 1–2 дозы (1,25–2,5 мг) аэрозоля изосорбида динитрата;

4) при неэффективности повторить прием нитроглицерина каждые 5 минут до достижения максимальной дозы 1,2 мг в течение 15 минут. Если нет эффекта от трех таблеток, необходимо организовать вызов врача или бригады Скорой медицинской помощи.

Медикаментозное лечение.

Нитраты, β -блокаторы и антагонисты кальция.

Целью антиангинальной терапии является снижение потребности миокарда в кислороде и/или увеличение перфузии миокарда. Низкие дозы аспирина рекомендуются всем пациентам со стабильной ИБС.

Клопидогрел рекомендуется в качестве альтернативного препарата в случае непереносимости аспирина.

Статины рекомендуются всем пациентам со стабильной ИБС.

Ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента или блокаторы рецепторов ангиотензина II показаны при наличии сердечной недостаточности, артериальной гипертензии и сахарного диабета.

Другие антиишемические препараты:

Ивабрадин – начальная доза составляет 5 мг 2 раза в сутки.

Никорандил – применяется в дозе 20 мг 2 раза в сутки.

Триметазидин – применяется в дозе 35 мг 2 раза в сутки.

Ранолозин – начинается по 500 мг 2 раза в сутки.

Гиполипидемическая терапия.

Всем пациентам, при отсутствии противопоказаний, необходимо назначить статины.

При недостижении целевого уровня ХС ЛПНП необходима комбинированная терапия статина с эзетимибом. При отсутствии эффекта от комбинированной терапии целесообразно включение в терапию ЛПНП-афереза или назначение новых гиполипидемических препаратов (ингибиторы PCSK9).

Ситуационная задача №2

Пациент И, 54 года, обратился в поликлинику с жалобами на головную боль в затылочной области, рвоту, головокружение, мелькание мушек перед глазами.

Из анамнеза известно, что вышеперечисленные жалобы появились сегодня во второй половине дня. До этого не лечился. Головные боли беспокоили периодически в течение нескольких лет, но больной не придавал им значения и к врачам не обращался.

Объективно: общее состояние средней степени тяжести.

Температура тела 36,4 °С. Сознание ясное. Положение активное.

Удовлетворительного питания. Кожные покровы бледные, чистые. Подкожная жировая клетчатка однородной консистенции, отеков и пастозности нет.

Дыхание везикулярное, хрипов нет, ЧД 13 в минуту. Левая граница относительной сердечной тупости на 1 см снаружи от среднеключичной линии. Тоны сердца приглушены, выраженный акцент 2-го тона на аорте. ЧСС 92 в мин, пульс твердый, напряженный. АД 200/110 мм рт. ст. При пальпации живот мягкий, безболезненный. Перкуторные границы печени в пределах нормы. Желчный пузырь не прощупывается, пальпация в проекции его безболезненна. Стул и диурез в норме.

Вопросы:

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Назначьте дополнительные методы исследования.
3. Какова тактика лечения пациента?

Ответ

1. Предварительный диагноз.

Гипертоническая болезнь III степени 2 стадия, высокий риск 3.ХСН 1.

2. Дополнительные методы исследования.

Лабораторные методы исследования:

общий анализ крови и мочи; исследование глюкозы в плазме крови (натощак); исследование общего холестерина (ОХС), холестерина липопротеидов высокой плотности (ХС ЛВП), холестерина липопротеидов низкой плотности (ХС ЛПНП), триглицеридов (ТГ);

исследование калия, натрия в сыворотке крови.

Всем пациентам с АГ рекомендуется определять наличие белка в моче в утренней или суточной порции.

Для выявления нарушений толерантности к глюкозе и диагностики СД рекомендуется проведение перорального теста толерантности к глюкозе

Инструментальные исследования

электрокардиографии (ЭКГ)

всем больным АГ для выявления гипертрофии левого желудочка. Гипертрофию левого ЭКГ-тест с нагрузкой (физическая, фармакологическая, чреспищеводная электростимуляция)

Проведение ЭхоКГ

УЗИ почек рекомендуется проводить для оценки их размеров, структуры и врожденных аномалий.

Исследование глазного дна

Проведение рентгенографии органов грудной клетки

Суточное мониторирование АД (СМАД) проводят медицинские работники амбулаторно или в условиях стационара.

3. Тактика лечения пациента

Режим полупостельный.

Диета щадящая, ограничение поваренной соли до 5–8 г/сутки.

Антагонисты ионов кальция: верапамил, нифедипин.

Ингибиторы АПФ: эналаприл, каптоприл.

В-адреноблокаторы: атенолол, пропранолол.

Диуретики: верошпирон, гипотиазид.

Комбинированные препараты: капозид, логимакс.

Лечебная физкультура.

Фитотерапия: зеленый чай, валериана, пустырник.

Прогноз благоприятный при стабильном течении и невысоких цифрах АД, отсутствии осложнений.

Ситуационная задача №3

Пациентка Е, 37 лет, обратилась в поликлинику с жалобами на сильные боли в грудной клетке, резкую одышку смешанного характера. Внезапно потеряла сознание.

Из анамнеза известно, что больная в течение 12 лет наблюдается у хирурга с тромбозом глубоких вен нижних конечностей, сопровождающимся тромбофлебитом; также страдает гипертонией II степени в течение 20 лет. Наследственность отягощена со стороны матери: гипертоническая болезнь III степени, очень высокого риска. Вредные привычки: курение – 1 пачка сигарет в день.

Объективно: общее состояние тяжелое, сознание отсутствует, отмечается сине-багровый цианоз верхней части тела. Дыхание поверхностное до 50 в 1 минуту. При аускультации дыхание в правой половине грудной клетки резко ослаблено, единичные сухие хрипы, в нижних отделах незвучные мелкопузырчатые хрипы. Шейные вены набухшие, пульс

нитевидный 100 в 1 минуту. АД – 90/40 мм рт. ст. Сердечные тоны глухие, расщепление второго тона над легочной артерией.

Живот увеличен, пальпация не доступна. Перкуторные границы печени в пределах нормы. Желчный пузырь не прощупывается, пальпация в проекции его безболезненна. Стул и диурез в норме.

Общий анализ крови (cito):

эритроциты – $4,5 \times 10^{12}/л$;

Нв – 135 г/л; ЦП – 0,9;

тромбоциты – $240 \times 10^9/л$;

лейкоциты – $9,5 \times 10^9/л$;

нейтрофилы палочкоядерные – 2 %;

нейтрофилы сегментоядерные – 65 %;

эозинофилы – 2 %;

лимфоциты – 21 %;

моноциты – 10 %;

СОЭ – 20 мм/час.

Анализ мочи (cito): соломенно-желтый, реакция кислая, уд. вес – 1016; лейкоциты – 1–2 в п/зр.; эпителиальные клетки – 1–2 в п/зр.

Вопросы:

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Назначьте дополнительные методы исследования.
3. Какова тактика лечения пациента?

Ответ

1. Предварительный диагноз.

Тромбоэмболия легочной артерии. ОССН. Тромбоз глубоких вен нижних конечностей

2. Дополнительные методы исследования.

Электрокардиография

Обзорная рентгенография грудной клетки позволяет исключить другую, нежели эмболия, патологию легких, сходную с ней по симптоматике.

Эхокардиография позволяет обнаружить возникновение острого легочного сердца, исключить патологию клапанного аппарата и миокарда левого желудочка.

Ультразвуковое ангиосканирование вен нижних конечностей дает возможность обнаружить источник эмболизации.

С помощью компьютерной томографии можно узнать точный размер и локализацию тромба МРТ также помогает рассмотреть ветви легких и обнаружить тромб.

3. Тактика лечения пациента

Антикоагулянты позволяют предотвратить вторичное тромбообразование в легочном сосудистом русле и прогрессирование венозного тромбоза – источника эмболии. Использование низкомолекулярных гепаринов (дальтепарин натрий, надропарин натрий, эноксапарин натрий).

Длительность гепаринотерапии 5–10 дней. Перед снижением дозы гепарина назначают непрямые антикоагулянты, которые, после подбора адекватной дозы, больной должен принимать не менее 6 мес для предотвращения рецидива флеботромбоза и ТЭЛА.

Тромболитическая терапия

Препараты стрептокиназы, в дозе 100000 ЕД в 1 ч. Продолжительность лечебного тромболитизиса обычно составляет 2–3 сут.

Урокиназа лишена антигенных свойств, но применяется нечасто из-за высокой стоимости.

Современные тромболитические средства могут вводиться в общий кровоток как через центральные, так и через периферические вены. При окклюзивных формах поражения

легочных артерий во время ангиографического исследования целесообразно предварительно провести туннелизацию и разрушение эмбола специальным катетером, а препарат инъецировать непосредственно в толщу тромбоэмбола.

Хирургическое лечение

Эмболэктомия показана больным с тромбоэмболией легочного ствола или обеих главных его ветвей при крайне тяжелой степени нарушения перфузии легких, сопровождающейся

резко выраженными гемодинамическими расстройствами.

Борьба с шоком, лечение сердечной недостаточности.

Купирование болевого синдрома.

Снижение давления в легочной артерии.

Фибринолитическая и антикоагуляционная терапия.

Ситуационная задача №4

Пациент А, 32 года, обратился в поликлинику с жалобами на ощущение частого беспорядочного сердцебиения, сопровождавшееся слабостью, неприятными ощущениями в области сердца.

Из анамнеза: две недели назад переболел ангиной, занимался самолечением, подобные ощущения сердцебиения отмечает чаще во время нагрузки, в течение последнего года. Данные эпизоды были кратковременными и проходили самостоятельно в состоянии покоя. При анализе амбулаторной карты за последние 2 года отмечено неоднократно выявляли повышенное содержание холестерина (общий холестерин до 7,6 ммоль/л; ЛПНП – 3,36 ммоль/л).

Объективно: общее состояние средней степени тяжести. Температура тела 37,1 °С. Сознание ясное. Положение активное. Удовлетворительного питания. Кожные покровы несколько бледноваты, гиперстенический тип сложения, повышенной влажности.

Сердечно-сосудистая система. АД – 100/60 мм рт. ст.

Пульс на лучевых артериях – частый, аритмичный, частота – 102 в 1 минуту. Тоны сердца на верхушке имеют непостоянную звучность, аритмичный, ЧСС – 112 в 1 минуту. Система органов дыхания. При осмотре грудная клетка правильной формы, симметричная. При сравнительной перкуссии над всей поверхностью легких определяется легочный звук. ЧД – 19 в 1 мин. При аускультации над легкими с обеих сторон определяется везикулярное дыхание, хрипы не выслушиваются.

При пальпации живот мягкий, безболезненный. Перкуторные границы печени в пределах нормы. Желчный пузырь не прощупывается, пальпация в проекции его безболезненна. Стул и диурез в норме.

Общий анализ крови:

эритроциты – $4,5 \times 10^{12}/л$;

Hb – 140 г/л;

ЦП – 0,9;

тромбоциты – $240 \times 10^9/л$;

лейкоциты – $11,0 \times 10^9/л$;

нейтрофилы палочкоядерные – 1 %;

нейтрофилы сегментоядерные – 59 %;

эозинофилы – 6 %;

лимфоциты – 20 %;

моноциты – 14 %;

СОЭ – 26 мм/час.

Общий анализ мочи – уд. вес – 1020; белка нет, сахара нет; л – 1–2 в п/зр.

Анализ крови на сахар – глюкоза крови – 4,5 ммоль/л.

Кровь на общий холестерин – 7,6 ммоль/л;

АСТ – 5 ед/л; АЛТ – 4 ед/л; СРБ – 0; ПТИ – 102 %; свертываемость – 8 мин.
ЭКГ – желудочковая экстрасистолия, ЧСС - 110

Вопросы:

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Назначьте дополнительные методы исследования.
3. Какова тактика лечения пациента?

Ответ

1. Предварительный диагноз.

Острая ревматическая лихорадка: кардит средней тяжести, нарушение сердечного ритма по типу желудочковой экстрасистолии, ХСН I степени, ФК II.

2. Дополнительные методы исследования

Лабораторные исследования

- анализ крови: увеличение СОЭ и положительный СРБ;
- бактериологическое исследование: выявление в мазке из зева БГСА (может быть как при активной инфекции, так и при носительстве);
- серологические исследования: титры антистрептолизина-О, антистрептогиалуронидазы и антидезоксирибонуклеазы-В.

Инструментальные исследования

1. ЭКГ: уточнение характера нарушений сердечного ритма и проводимости (при сопутствующем миокардите), холтеровское ЭКГ мониторингирование.

2. Эхокардиография необходима для диагностики клапанной патологии сердца и выявления перикардита.

3. При отсутствии вальвулита ревматическую природу миокардита или перикардита следует трактовать с большой осторожностью.

4. Рентген грудной клетки.

3. Тактика лечения пациента

- 1-й этап – стационарное лечение.

- 2-й этап – долечивание в местном кардиоревматологическом санатории.

- 3-й этап – диспансерное наблюдение в поликлинике.

Цели лечения:

Эрадикация БГСА.

Подавление активности воспалительного процесса.

Предупреждение у больных с перенесенным кардитом формирования ППС.

Компенсация застойной сердечной недостаточности у больных ППС.

Тактика лечения:

немедикаментозное лечение: постельный режим на 2–3 недели, медикаментозное лечение. Физиотерапевтическое лечение при ОРЛ противопоказано.

Перечень основных медикаментов

Антибактериальная терапия

1. Амоксициллин/клавулановая кислота 625 мг, таблетки.

2. Цефуросим – 250 мг, таблетки.

3. Цификсим – 400 мг, капсулы.

4. Линкомицин – 250 мг, таблетки.

5. Азитромицин – 500 мг, таблетки. Нестероидные противовоспалительные средства (диклофенак 2,5%-й – 3 мл, диклофенак – 50 мг в таблетках, нимесил – 100 мг, порошок).

Глюкокортикоиды:

1. Преднизолон – 5 мг, таблетки.

2. Преднизолон – 30 мг, ампулы.

3. Метилпреднизолон – 4 мг, таблетки.

Перечень дополнительных медикаментов

Диуретическая терапия:

1. Фуросемид – 40 мг, таблетки.
2. Торасемид – 5 мг, 10 мг, таблетки (торсид, диувер, торсид).
3. Индапамид – 2,5 мг, капсулы.
4. Гипотиазид – 100 мг, таблетки.
5. Верошпирон – 25 мг, 50 мг, таблетки.

Сосудистая терапия:

1. Пентоксифиллин 2%-й, 5 мл, ампулы.
2. Гастропротекторы: Омепразол – 20 мг, капсулы.
3. Антигипертензивные средства:
 4. 1. Амлодипин 5 мг, 10 мг, таблетки.
 5. 2. Метопролол 50 мг, таблетки.
6. Сердечные гликозиды: Дигоксин, 25 мг, таблетки.

Этиотропная (антистрептококковая) терапия

Бензилпенициллин применяют в течение 10 дней у взрослых и подростков по 500 тысяч – 1 млн ЕД 4 раза в сутки в/м, у детей по 100 тыс. – 150 тыс. ЕД 4 раза в сутки в/м в течение 10 дней.

В дальнейшем переходят на применение пенициллинов пролонгированного действия в режиме вторичной профилактики. При непереносимости пенициллинов применяют макролиды или линкозамиды.

Ситуационная задача №5

Пациент Г, 47 лет, обратился в поликлинику с жалобами на боли в эпигастральной области, сопровождающиеся слабостью, потливостью, тошнотой.

Из анамнеза: ранее боли не беспокоили, считал себя здоровым. Попытка купировать боли раствором соды облегчения не принесла. После приема Нитроглицерина под язык боли уменьшились, но полностью не прошли. Сохранялись тошнота, слабость, потливость. Под утро была вызвана бригада Скорой помощи. На снятой ЭКГ выявлен глубокий зубец Q в III и aVF отведениях; сегмент ST в этих же отведениях приподнят над изолинией, дугообразный, переходит в отрицательный зубец T; сегмент ST в отведениях I, a VL и с V1 по V4 ниже изолинии.

Объективно: общее состояние средней степени тяжести. Температура тела 36,6 °С. Сознание ясное. Положение активное.

Сердечно-сосудистая система. Верхушечный толчок расположен в V межреберье на 1,5–2 см кнутри от левой срединно-ключичной линии. При перкуссии границы относительной сердечной тупости в пределах нормы. При аускультации тоны сердца приглушены, ритмичные, шумов не выслушивается. ЧСС – 80 ударов в минуту. Артериальное давление 125/75 мм рт. ст.

Система органов дыхания. При осмотре грудная клетка правильной формы, симметричная. При сравнительной перкуссии над всей поверхностью легких определяется легочный звук. ЧД – 20 в 1 мин. При аускультации над легкими с обеих сторон определяется везикулярное дыхание, хрипы не выслушиваются.

При пальпации живот мягкий, безболезненный. Перкуторные границы печени в пределах нормы. Желчный пузырь не прощупывается, пальпация в проекции его безболезненна. Стул и диурез в норме.

Вопросы:

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Назначьте дополнительные методы исследования.
3. Какова тактика лечения пациента?

Ответ

1. Предварительный диагноз:

ИБС: острый Q-инфаркт миокарда в области нижней стенки левого желудочка.

Диагноз поставлен на основании жалоб на боли в эпигастральной области, сопровождающиеся слабостью, потливостью, тошнотой; данных анамнеза: после приема

Нитроглицерина под язык боли уменьшились; данных клинколабораторного исследования: на снятой ЭКГ выявлен глубокий зубец Q в III и aVF отведениях; сегмент ST в этих же отведениях приподнят над изолинией, дугообразный, переходит в отрицательный зубец T.

2. Дополнительные методы исследования.

-биохимические анализы: уровень тропонина T или I, общий

- общий анализ крови

-коагулограмма

Инструментальные исследования

Электрокардиограмма (ЭКГ) в покое и/или во время или сразу

эхокардиография (ЭхоКГ) в покое

Компьютерная томография коронарных артерий выполняется без введения контрастного вещества или после внутривенного введения йодсодержащего контраста.

Инвазивная коронароангиография

Инвазивная коронароангиография проводится с целью определения возможности проведения реваскуляризации.

3. Тактика лечения пациента

нитраты, β -блокаторы и антагонисты кальция.

Целью антиангинальной терапии является снижение потребности миокарда в кислороде и/ или увеличение перфузии миокарда.

Низкие дозы аспирина рекомендуются всем пациентам со стабильной ИБС.

Клопидогрел рекомендуется в качестве альтернативного препарата в случае непереносимости аспирина.

Статины рекомендуются всем пациентам со стабильной ИБС.

Ингибиторы ангиотензин-превращающего фермента или блокаторы рецепторов ангиотензина II показаны при наличии сердечной недостаточности, артериальной гипертензии и сахарного диабета.

Комбинация антагонистов кальция дигидроперидинового ряда (нифедипин) и пролонгированных нитратов (β -блокаторы)

Комбинация пролонгированных нитратов с антагонистами

Гиполипидемическая терапия

Всем пациентам, при отсутствии противопоказаний, необходимо назначить статины, с гиперлипидемией – фенофибрат или омега-3-полиненасыщенные жирные кислоты.

Фенофибрат назначается по 250–500 мг в сутки, омега-3-полиненасыщенные жирные кислоты – 1–2 г в сутки.

КРИТЕРИИ ОТВЕТОВ НА ТЕСТОВЫЕ ЗАДАНИЯ:

1 – 3	11 – 3	21 – 2
2 – 1	12 – 4	22 – 1
3 – 3	13 – 4	23 – 4
4 – 1	14 – 4	24 – 3
5 – 1	15 – 4	25 – 1
6 – 4	16 – 3	26 – 4
7 – 1	17 – 4	27 – 2
8 – 2	18 – 4	28 – 2
9 – 2	19 – 4	29 – 4
10 – 2	20 – 4	30 – 4

II. Диагностика и лечение соединительной ткани (ГАПОУ РБ «Бирский медико-фармацевтический колледж»)

*Зорина Юлия Павловна,
Гареева Софья Валерьевна*

Системные поражения соединительной ткани, такие как системная красная волчанка, склеродермия, дерматомиозит, узелковый периартериит относятся к категории аутоиммунных заболеваний, старт которых приходится на детский и юношеский возраст. Именно поэтому данные заболевания чаще рассматриваются как ювенильные.

Системная красная волчанка – системное аутоиммунное заболевание неизвестной этиологии, в основе которого лежит генетически обусловленное нарушение иммунной регуляции, определяющее образование органонеспецифических антител к антигенам ядер клеток и иммунных комплексов с развитием иммунного воспаления в тканях многих органов.

Этиология. СКВ возникает:

- у генетически предрасположенных лиц при воздействии комплекса гестационных и перинатальных факторов,
- при гормональных нарушениях
- при воздействии факторов окружающей среды, таких как солнечный свет, лекарственные препараты, вирусные инфекции и загрязнители воздуха (окись углерода, диоксид серы, диоксид азота, озон и твердые частицы).

Диагностические критерии СКВ (ACR, 1997)

1. Сыпь на скулах: фиксированная эритема, с тенденцией к распространению на носогубную зону.
2. Дискоидная сыпь: эритематозные приподнимающиеся бляшки с прилипающими кожными чешуйками и фолликулярными пробками, на старых очагах возможны атрофические рубцы.
3. Фотосенсибилизация: кожная сыпь, возникающая в результате реакции на солнечный свет.
4. Язвы в ротовой полости: изъязвления полости рта или носоглотки, обычно безболезненные.
5. Артрит: неэрозивный артрит, поражающий 2 или более периферических сустава, проявляющийся болезненностью, отеком и выпотом.
6. Серозит:
 - плеврит (плевральные боли и/или шум трения плевры, и/или плевральный выпот),
 - перикардит (шум трения перикарда при аускультации и/или признаки перикардита при эхокардиографии).
7. Поражение почек:
 - персистирующая протеинурия не менее 0,5 г/сутки
 - и/или цилиндрурия (эритроцитарная, зернистая или смешанная).
8. Поражение ЦНС:
 - судороги,
 - психоз (в отсутствие приема ЛС или метаболических нарушений).
9. Гематологические нарушения:
 - гемолитическая анемия с ретикулоцитозом,
 - лейкопения $< 4,0 \times 10^9$ /л (зарегистрированная 2 и более раза),
 - тромбоцитопения $< 100 \times 10^9$ /л (при отсутствии приема лекарственных препаратов).
10. Иммунологические нарушения:
 1. а-ДНК,
 2. а-SM,
 3. антитела к фосфолипидам,

4. положительный тест на волчаночный антикоагулянт,
5. стойкая ложно-положительная реакция Вассермана (не менее 6 месяцев) при лабораторно подтвержденном отсутствии сифилиса.

11. Повышение титров АНФ (при отсутствии лекарств, вызывающих волчаночноподобный синдром).

Лечение СКВ. Основная цель фармакотерапии – достижение ремиссии (или низкой активности) заболевания. Оценка эффекта терапии должна основываться на стандартизованных индексах: BILAG, SELENA-SLEDAI, SLEDAI2K, SRI, SFI включающих клинико-лабораторные признаки поражения внутренних органов и систем, также индекс глобальной оценки состояния пациента – PGA.

Лечение пациентов с СКВ должно проводиться врачами-ревматологами (в виде исключения врач общей практики, но при консультативной поддержке врача-ревматолога) с привлечением специалистов других медицинских специальностей (нефрологи, дерматологи, гематологи, кардиологи, невропатологи, психиатры и др.) и основываться на тесном взаимодействии врача и пациента.

Следует рекомендовать пациентам избегать факторов, которые могут провоцировать обострение болезни (интеркуррентные инфекции, стресс, инсоляция, немотивированный прием медикаментов и др.), отказаться от курения, стремиться к поддержанию нормальной массы тела. У больных СКВ повышен риск развития интеркуррентных инфекций, атеросклероза, артериальной гипертензии, диабета, злокачественных заболеваний, что в значительной степени увеличивает летальность. Пациенты с повышенным риском подлежат наблюдению и обследованию совместно с профильными специалистами.

Локализованная склеродермия – хроническое заболевание соединительной ткани, характеризующееся появлением на различных участках кожного покрова очагов локального воспаления (эритемы, отёка) с последующим формированием в них склероза и/или атрофии кожи и подлежащих тканей.

Этиология локализованной склеродермии не выяснена. К основным провоцирующим факторам относят инфекции (в частности, боррелиоз), травмы, инсоляция, некоторые лекарственные препараты (блеомицин, витамин К и др.). Описаны семейные случаи заболевания.

Лечение необходимо подбирать индивидуально каждому пациенту в зависимости от формы, стадии и тяжести течения заболевания, а также локализации очагов поражения. Больным бляшечной, генерализованной и линейной склеродермией, а также атрофодермией Пазини-Пьерини и экстрагенитальным склероатрофическим лихеном при неглубоком поражении кожи и подлежащих тканей рекомендуется проведение курсового медикаментозного лечения (с включением пенициллина, гиалуронидазы, вазоактивных и наружных средств) или фототерапии (УФА-1 терапии или ПУВА-терапии).

Больным с активным, быстро прогрессирующим течением заболевания и выраженными воспалительными явлениями (главным образом, при наличии линейных или множественных очагов склеродермии) показано включение в комплексное лечение глюкокортикостероидных препаратов системного действия.

Больным тяжёлыми формами локализованной склеродермии с формированием глубокого поражения кожи и подлежащих тканей (линейная, генерализованная, пансклеротическая склеродермия, прогрессирующая гемиатрофия лица Парри-Ромберга) назначают лечение метотрексатом в виде монотерапии или в комбинации с глюкокортикостероидными препаратами системного действия.

При наличии эрозивно-язвенных дефектов и поверхностной атрофии кожи показано применение стимуляторов регенерации тканей, при сухости кожи – использование увлажняющих и смягчающих наружных средств.

Иногда может наблюдаться спонтанный регресс склероза кожи или полное разрешение очагов поражения.

Дерматомиозит (*Dermatomyositis*) — это системное прогрессирующее аутоиммунное заболевание, в процессе которого иммунная система повреждает клетки собственного организма, вызывая воспаление поперечнополосатой мускулатуры. Дерматомиозит ещё называют болезнью Вагнера, болезнью Вагнера — Унферрихта — Хеппа или лиловой болезнью. В первую очередь болезнь поражает мышцы и кожу.

Причина возникновения болезни неизвестна. К основным факторам, с которыми связывают развитие дерматомиозита, относятся:

– *Генетика* — случаи дерматомиозита и других аутоиммунных заболеваний у близких родственников (например, аутоиммунного тиреоидита, аутоиммунного гепатита и ревматоидного артрита) или индивидуальные особенности антигенов HLA, которые распознают чужеродные ткани и формируют иммунный ответ.

– *Инфекции* — парвовирус В19, вирусы Коксаки, Эпштейн — Барра, иммунодефицит и Т-клеточной лейкемия часто провоцируют аллергию на компоненты собственных тканей у генетически предрасположенных лиц, т. е. у людей с маркерами HLA. Это доказано отдельными клиническими наблюдениями, при которых инфекционное заражение предшествовало или сочеталось с дерматомиозитом. Некоторые инфекции сопровождаются сыпью, повышением температуры, болью в горле и кашлем.

– *Иммунитет* — аутоантитела нарушают работу гуморального иммунитета, призванного защищать организм от патогенных бактерий и токсинов. При этом в сосудах скапливается белковая жидкость, которая пропитывает скелетные мышцы, вызывая воспаление.

– *Внешняя среда* — переохлаждение, перегревание, гиперинсоляция (слишком сильное воздействие прямых солнечных лучей на голову).

– *Физические травмы* — переломы, ушибы, разможение мягких тканей и др.

– *Психозмоциональные травмы* — смерть близких или их длительная болезнь, потеря работы, стресс или другие негативные ситуации.

– *Вакцинация и приём лекарств* — употребление D-пенициллина, антибактериальных средств (например, Бисептола, Ко-тримоксазол-акри, Сульгин авексима), ртути, свинца, Зидовудина, инсулина, статинов (уменьшают уровень холестерина, например Крестор, Розистарк, Ливазо) и др.

Клиническая картина.

Пациенты могут жаловаться на выраженную слабость, невозможность выполнить обычные действия, боли в мышцах, в суставах, высыпания на коже, потерю массы тела, повышение температуры тела до субфебрильных, фебрильных цифр, затруднение дыхания, одышку, поперхивание, гнусавость голоса

При сборе анамнеза необходимо выяснить, что предшествовало развитию болезни (физическая, психологическая травма, ОРИ, бактериальная инфекция, вакцинация, инсоляция); получал ли пациент лекарственные препараты: какие, какова была их доза и продолжительность приема. Необходимо установить характер дебюта, а также особенности и длительность течения заболевания.

В отечественной ревматологии выделяют 3 варианта течения ЮДМ (таблица 1).

Таблица 1 - Варианты течения ЮДМ (Л.А. Исаева, М.А. Жвания)

Течение	Критерии
Острое (10%)	Бурное начало (тяжелое состояние больного развивается в течение 3–6 недель) Высокая лихорадка Яркий дерматит Прогрессирующая мышечная слабость Нарушение глотания и дыхания Болевой и отечный синдромы Висцеральные проявления

Подострое (80–85%)	Полная клиническая картина проявляется в течение 3–6 месяцев (иногда в течение 1 года) Развитие симптомов – постепенное Субфебрильная температура тела Висцеральные поражения встречаются реже Характерно для большинства больных
Первично-хроническое (5–10%)	Постепенное начало и медленное прогрессирование симптомов на протяжении нескольких лет Дерматит Гиперпигментация Гиперкератоз Минимальная висцеральная патология Преобладают общие дистрофические изменения, атрофия и склероз мышц Отмечается склонность к развитию кальцинатов и контрактур

При физикальном обследовании необходимо провести оценку общего состояния.

Общее состояние может быть средней тяжести, иногда тяжелое. Тяжесть состояния определяется уровнем и объемом поражения мышц. У больных ЮДМ могут наблюдаться снижение массы тела, поведенческие нарушения (раздражительность, негативизм и т.д.).

Рекомендуется оценить наличие лихорадки, повышение температуры тела наблюдается у 50% пациентов. Температура может быть субфебрильной, фебрильной.

Необходимо провести осмотр кожных покровов. Для ЮДМ характерны специфические высыпания на коже:

Периорбитальная эритема («симптом лиловых очков», гелиотропная сыпь) – эритематозные изменения различной степени выраженности на нижнем и верхнем веке, часто распространяющиеся до уровня бровей. При выраженном васкулите на фоне эритемы формируются участки гиперкератоза, пренекротические изменения, оставляющие после разрешения небольшие рубцы. Наиболее типичная локализация пренекрозов – внутренний угол глаза.

Симптом Готтрона – эритематозные высыпания над разгибательной поверхностью суставов (пястно-фаланговые и проксимальные, иногда дистальные, межфаланговые суставы кистей), реже – над локтевыми и коленными суставами, изредка – над латеральными и медиальными лодыжками. Выраженность варьирует от легкого, полностью обратимого покраснения до яркой эритемы с гиперкератозом, шелушением, формированием некротических изменений, после разрешения которых остаются атрофические рубцы.

Эритема лица – локализуется на щеках, лбу, ушных раковинах, подбородке и т.д. Часто напоминает волчаночную «бабочку»; никогда не имеет четкой границы и не возвышается над поверхностью кожи. Возможно формирование пренекротических и некротических изменений (особенно часто – на ушных раковинах).

Эритематозная сыпь – располагается на груди, лице и шее (V-образная), в верхней части спины и верхних отделах рук (симптом «шали»), на животе, ягодицах, бедрах и голени. Может полностью покрывать всю поверхность тела или обширные участки кожи на туловище и конечностях.

Необходимо оценить степень поражения мышц. Поражение скелетных мышц – симметричная мышечная слабость проксимальных мышц конечностей, мышц туловища и шеи, выраженные миалгии и уплотнение пораженных мышц за счет отека. Возможно развитие мышечной дистрофии и сухожильно-мышечных контрактур в крупных суставах.

Поражение дыхательной и глотательной мускулатуры может привести к дыхательной недостаточности. При поражении мышц глотки возникают дисфагия и дисфония: изменения тембра голоса (гнусавость), поперхивание, трудности при глотании твердой, а иногда и жидкой пищи, выливание жидкой пищи через нос, аспирация пищи с развитием аспирационной пневмонии или непосредственно летального исхода.

У пациентов с ЮДМ чаще возникает поражение красной каймы губ (хейлит) в виде эритемы, гиперкератоза, десквамации; реже – слизистой оболочки полости рта (стоматит, гингивит, глоссит), дыхательных путей и другой локализации.

Для заболевания характерны артралгии, ограничение подвижности в суставах, утренняя скованность в мелких и крупных суставах. Экссудативные изменения встречаются редко. Изменения в суставах, как правило, регрессируют на фоне лечения и лишь редко, в случае поражения мелких суставов кистей, оставляют после себя веретенообразную деформацию пальцев.

Диагноз устанавливается по диагностическим критериям, представленным в таблице 2.

Таблица 2 - Диагностические критерии дермато- и полимиозита (К. Tanimoto и соавт., 1995).

Критерии	Характеристика
Кожные изменения	<ol style="list-style-type: none"> 1. Гелиотропная сыпь (красно-фиолетовая отечная эритема на верхних веках) 2. Симптом Готтрона (красно-фиолетовая кератотическая атрофическая эритема над разгибательными поверхностями суставов пальцев) 3. Эритема на разгибательной поверхности суставов (приподнятая красно-фиолетовая эритема над локтями и коленями)
Признаки полимиозита	<ol style="list-style-type: none"> 1. Проксимальная мышечная слабость (верхних или нижних конечностей), прогрессирующая в течение нескольких недель или месяцев, в сочетании с дисфагией / поражением дыхательной мускулатуры или при их отсутствии 2. Повышение уровня КФК или альдолазы в сыворотке крови 3. Мышечная боль (пальпаторная или спонтанная) 4. Положительные анти-Jo-1-антитела (гистидил-тРНК-синтетаза) 5. Миогенные изменения на ЭМГ (короткая продолжительность, полифазные потенциалы моторных единиц со спонтанными фибрилляционными потенциалами) 6. Недеструктивный артрит или артралгии 7. Системные признаки воспаления (температура тела выше 37°C в подмышечной области, повышение уровня СРБ или СОЭ > 20 мм/ч) 8. Морфологическое подтверждение мышечного воспаления (воспалительная инфильтрация скелетных мышц с дегенерацией или некрозом, активный фагоцитоз, активная регенерация)
<p>Диагноз дерматомиозита может быть установлен при наличии как минимум 1 из кожных критериев в сочетании с 4 критериями полимиозита.</p>	

Консервативное лечение

1) Для индукции ремиссии (3-6 мес) назначение:

-преднизолона перорально. Преднизолон назначается в дозе 0,5-2 мг/кг в сутки в течение 6-8 недель с последующим снижением дозы. Через 6 месяцев лечения доза должна составлять не менее 0,5, а к концу первого года лечения – не менее 0,25-0,3 от исходной. Длительность приема ГК при отсутствии рецидивов составляет 4-5 лет. Применение преднизолона для перорального приема сочетать с пульс-терапией метилпреднизолоном.

-применение метотрексата в дозе 10-15 мг/м² поверхности тела в неделю перорально. Длительность приема – 2-3 года до достижения стойкой клинико-лабораторной ремиссии при условии отсутствия осложнений.

-применение иммуноглобулина человеческого нормального в дозе 2 гр/кг на курс. Применяется при высокой активности заболевания (в составе комплексной терапии), инфекционных осложнениях (в сочетании с антибактериальными препаратами).

2) Для сосудорасширяющего, антиагрегантного и ангиопротективного действия:

-применение аналога естественного простагландина E1- алпростадила, вводят внутривенно в дозе 3-6 мкг/кг/час в течение 12 часов. Длительность терапии составляет 14-28 дней. Во избежание развития нежелательных явлений (резкое снижение АД, экстрасистолия, тахи-, брадикардия) введение препарата необходимо осуществлять под контролем ЭКГ (монитор).

-применение низкомолекулярных гепаринов в дозах 65-85 МЕ на кг массы тела в сутки подкожно под контролем анти-Ха активности. Уровень анти-Ха в плазме крови должен быть в пределах 0.2-0.4 МЕ анти-Ха/мл. Максимальный допустимый уровень 1-1.5 МЕ анти-Ха/мл.

-применение антикоагулянта непрямого действия – варфарина перорально после завершения терапии низкомолекулярными гепаринами с целью профилактики тромботических осложнений. Дозу препарата контролируют по уровню МНО. Рекомендуемый коридор международного нормализованного отношения составляет 2,0-3,0.

-применение антиагрегантов: ацетилсалициловой кислоты или дипиридамола. Ацетилсалициловая кислота применяется в дозе 1-2 мг/кг 1 раз в день перорально, дипиридамол - 2,5 мг/кг дважды в день перорально.

Контроль эффективности и безопасности терапии проводится через 1 неделю, 1, 3 месяца и далее каждые 6 месяцев. Коррекция терапии проводится при ее неэффективности и/или непереносимости на любом этапе лечения.

Узелковый полиартериит – очаговое некротизирующее воспаление артерий преимущественно среднего калибра любой локализации с образованием аневризм, тромбозом, разрывом аневризм с кровотечением, инфарктом пораженных органов и тканей. Не сопровождается гломерулонефритом или поражением артериол, капилляров и венул.

Причиной данного заболевания является чаще генетическая предрасположенность, при которой под воздействием факторов внешней среды развивается заболевание.

Клинические критерии диагностики

похудение >4 кг, сегчатое ливедо, боль или болезненность яичек, миалгии, мононеврит или полинейропатия, диастолическое давление >90 мм рт.ст.

Симптомы, течение

Клинические проявления УП отличаются значительным полиморфизмом.

Лихорадка наблюдается у 71-88% больных. Характерна постоянная фебрильная лихорадка, не снижающаяся под действием антибиотиков. Продолжительность лихорадки от нескольких недель до 3-4 месяцев. Температура тела может понижаться самостоятельно при появлении системных признаков болезни или при назначении глюкокортикоидов.

Похудание или прогрессирующая кахексия - классические признаки УП. Выраженное похудание за короткий период времени имеет не только диагностическое значение, но и свидетельствует об активности болезни.

Миалгии встречаются в 31-58% случаев. Боли в мышцах обусловлены их ишемией вследствие васкулита. Замечено, что выраженный миалгический синдром предшествует развитию невритов.

Суставной синдром наблюдается более чем у половины больных. Типично поражение крупных суставов нижних конечностей. Суставные проявления варьируют от преходящих артралгий до артритов.

Поражение почек при классическом УП - самый частый (встречается у более 60% больных) и прогностически серьезный симптом. Ишемия почек приводит к хронической почечной недостаточности и/или к артериальной гипертензии (АГ). Поражение почек неуклонно прогрессирует, но темп развития хронической почечной недостаточности может быть различным.

Клинические симптомы поражения почек появляются в разгар заболевания и свидетельствуют о выраженных морфологических изменениях.

Абдоминальный синдром - второй диагностически важный и прогностически серьезный признак, свидетельствующий о генерализации болезни. Он обусловлен сосудистыми расстройствами и ишемией органов брюшной полости. Частота его составляет 36-44%. При поражении селезеночной артерии могут наблюдаться инфаркты селезенки, реже поражается

поджелудочная железа и желчный пузырь с клиническими признаками панкреатита и холецистита. Основные проявления васкулита ЖКТ - боль, диарея, тошнота, рвота, анорексия, перфорация язв и кровотечения. Боль в животе постоянная, разлитая, иногда очень интенсивная. Длительность болевого синдрома от нескольких часов до нескольких недель. В 10-13% случаев при абдоминальном синдроме развиваются инфаркты брыжейки или кишки, перфорация язв, перитонит. В 6-7% случаев отмечены желудочно-кишечные кровотечения.

Поражение периферической нервной системы (третий классический признак УП) встречается в 50-60% случаев. Периферические мононевриты - симптом сравнительно ранний при УП, возникающий в первые месяцы болезни. Развитие невритов связано с разлитием васкулита *vasa nervorum*. Могут присоединиться двигательные нарушения. Чаще поражается малоберцовый, лучевой, ребе локтевой и срединный нервы. Для УП характерна асимметрия в виде множественных невритов, что сопровождается атрофией мышц конечностей, парезами кистей и стоп, снижением сухожильных рефлексов.

Поражение ЦНС встречается у 10-20% больных и проявляется симптомами цереброваскулита в виде динамических нарушений мозгового кровообращения, эпилептических приступов, психических расстройств.

Поражение сердца отмечается в 36-58% случаев. Прижизненно поражения сердца распознают реже, чем при патологоанатомическом исследовании. Основной клинический синдром - коронарная недостаточность. Диагноз коронарита может быть установлен при динамическом ЭКГ-наблюдении. Инфаркт миокарда встречается в 6-12% случаев. Перикардит при УП редок, у половины больных связан с уремией.

Поражение легких встречается у 15% больных. В клинической картине легочного синдрома могут наблюдаться два типа изменений: легочный васкулит (сосудистая пневмония) и интерстициальная пневмония с развитием прогрессирующего фиброза. Малая эффективность антибиотиков является дифференциально-диагностическим признаком данной патологии. Для легочного васкулита характерна быстрая рентгенологическая динамика с обратным развитием изменений под влиянием глюкокортикоидов и цитостатиков. Частота поражения **кожи** составляет 41-43%. Наиболее часты следующие изменения кожи: узелки, сетчатое ливедо, язвы, геморрагическая пурпура, гангрена пальцев кистей и стоп. После заживления язв и обширных некрозов остаются рубцы.

Анкилозирующий спондилит (Болезнь Бехтерева) - хроническое воспалительное заболевание из группы спондилоартритов, характеризующееся обязательным поражением крестцово-подвздошных суставов (КПС) и/или позвоночника с потенциальным исходом их в анкилоз, с частым вовлечением в патологический процесс энтезисов и периферических суставов.

Диагноз АС устанавливается согласно Модифицированным Нью-Йоркским критериям.

Клинические критерии:

- Боль в нижней части спины, уменьшающаяся после физических упражнений, но сохраняющаяся в покое (в течение более 3 месяцев)
- Ограничение движений в поясничном отделе позвоночника, как в сагиттальной, так и во фронтальной плоскостях
- Ограничение дыхательной экскурсии грудной клетки в сравнении с показателями у здоровых лиц
- Рентгенологический критерий: Сакроилиит: двусторонний (стадия ≥ 2) или односторонний (стадия 3-4).

Диагноз устанавливается при наличии рентгенологического критерия и хотя бы одного клинического критерия.

Клиническая стадия:

Ранняя (нерентгенологическая) стадия: отсутствуют достоверные рентгенологические изменения в КПС (сакроилиит (СИ) двусторонний второй стадии и выше или односторонний третьей стадии и выше, оцениваемый по методу Келлгрена) и в позвоночнике (синдесмофиты), однако имеется достоверный СИ по данным магнитно-резонансной томографии (МРТ).

Развернутая стадия: на обзорной рентгенограмме костей таза определяется достоверный СИ (сacroилит двусторонний второй стадии и выше или односторонний третьей стадии и выше, оцениваемый по методу Келлгрена), но отсутствуют четкие структурные изменения в позвоночнике в виде синдесмофитов.

Поздняя стадия: на обзорной рентгенограмме костей таза определяется достоверный СИ (сacroилит двусторонний второй стадии и выше или односторонний третьей стадии и выше, оцениваемый по методу Келлгрена) и имеются четкие структурные изменения в позвоночнике (синдесмофиты).

Консервативные методы лечения анкилозирующего спондилита: образование пациентов (школы больных) и регулярные физические упражнения (лечебная физкультура).

Медикаментозная терапия. Основными целями лекарственной терапии являются: уменьшение (купирование) воспаления, улучшение самочувствия, увеличение функциональных возможностей и замедление (предотвращение) структурных повреждений.

К лекарственным средствам, которые активно используются и рекомендованы при АС относятся:

- НПВП;
- Анальгетики;
- Глюкокортикоиды (ГК);
- Синтетические БПВП;
- иФНОα;
- ингибиторы ИЛ-17 (иИЛ-17).

Ревматоидный артрит (РА) - иммуновоспалительное (аутоиммунное) ревматическое заболевание, характеризующееся прогрессирующей деструкцией суставов и поражением внутренних органов, развитие которого определяется сложным взаимодействием факторов внешней среды и генетической предрасположенности, ведущих к глобальным нарушениям в системе гуморального и клеточного иммунитета.

Хотя этиология РА неизвестна, риск развития заболевания связан с широким спектром генетических, гормональных и внешнесредовых (курение, загрязнение воздуха, инфекционные агенты) и метаболических (дефицит витамина D, ожирение, низкое потребление полиненасыщенных жирных кислот) факторов, а также нарушениями микробиоты кишечника (ротовая полость, легкие).

Патогенез РА определяется сложным взаимодействием факторов внешней среды и генетической предрасположенности, ведущих к глобальным нарушениям в системе врожденного и приобретенного иммунитета, которые выявляются задолго до развития клинических симптомов болезни.

Клиническая картина заболевания:

Примерно в половине случаев заболевание начинается с постепенного (в течение месяцев) нарастания болей и скованности преимущественно в мелких суставах кистей и стоп.

В дебюте заболевания клинические проявления бывают выражены умеренно и часто носят субъективный характер. Только у некоторых больных с очень активным течением заболевания выявляют классические признаки воспаления суставов, такие как повышение температуры кожи над суставами и их отек (чаще коленных, реже — проксимальных межфаланговых и запястья). Иногда заболевание дебютирует как острый моноартрит крупных суставов, напоминающий септический или микрокристаллический артрит.

Болезнь может начинаться с рецидивирующих бурситов и тендосиновитов, особенно часто локализующихся в области лучезапястных суставов, приводя к развитию синдрома запястного канала. У лиц пожилого возраста начало заболевания может проявиться в виде острого полиартрита мелких и крупных суставов с генерализованной полиартралгией или симптомов, напоминающих ревматическую полимиалгию.

Для большинства пациентов характерно симметричное поражение суставов кистей (проксимальных межфаланговых, пястно-фаланговых и лучезапястных), а также

плюснефаланговых суставов. Наиболее частый и характерный признак воспаления синовиальной оболочки суставов при РА —утренняя скованность. Ее длительность обычно тесно связана с выраженностью синовита и составляет не менее 1 ч.

Поражения суставов при РА артрите можно разделить на 2 категории:

- потенциально обратимые (обычно ранние), связанные с развитием синовита,
- необратимые структурные, развивающиеся на поздних стадиях болезни.

Это разделение имеет значение для оценки стадии заболевания, прогноза и тактики лечения. Следует иметь в виду, что структурные повреждения могут развиваться очень быстро, уже в течение первых 2 лет от начала болезни.

РА — системное иммуновоспалительное ревматическое заболевание, поэтому у многих больных возникают различные внесуставные проявления. Некоторые из них наблюдаются уже в дебюте заболевания, и они могут (хотя и очень редко) преобладать в клинической картине болезни. Факторы риска развития системных проявлений: тяжелое поражение суставов, высокие титры РФ, АЦБ. Наиболее частыми системными (эксраартикулярными) проявления РА являются конституциональные симптомы (особенно депрессия), сердечнососудистые осложнения, связанные с артериальной гипертензией и атеросклеротическим поражением сосудов, интерстициальное заболевание легких (ИЗЛ), ревматоидные узелки, лимфаденопатия, остеопороз, синдром Шегрена, которые ассоциируются с развитием тяжелого серопозитивного по РФ и АЦБ РА.

Лечение РА рекомендуется основывать на стратегии «Лечения до достижения цели» (“Treat to target”): активное назначение противовоспалительной терапии, включающей СБПВП, ГИБП, тСБПВП, НПВП, ГК, контроль над состоянием пациента с момента постановки диагноза частый (каждые 3 мес. до достижения ремиссии, каждые 6 мес. после достижения ремиссии) и объективный (с применением количественных методов), изменение схемы лечения при отсутствии приемлемого эффекта терапии

Подагра – системное тофусное заболевание, характеризующееся отложением в различных тканях кристаллов моноурата натрия и развивающимся в связи с этим воспалением у лиц с гиперурикемией, обусловленной внешнесредовыми и/или генетическими факторами.

Облигатным фактором развития подагры является гиперурикемия, повышение сывороточного уровня мочевой кислоты выше 420 мкмоль/л, при котором у части пациентов происходит образование кристаллов моноурата натрия. Чем выше сывороточный уровень мочевой кислоты, тем выше риск развития подагры. Формирования кристаллов возможно и при более низком уровне показателя (360 мкмоль/л), прежде всего, у женщин.

Основными причинами гиперурикемии являются генетические факторы, приводящие к повышению реабсорбции и снижению экскреции мочевой кислоты с мочой либо к её гиперпродукции; избыточная масса тела и ожирение, повышение артериального давления, приём алкоголя, потребление большого количества животного белка, приём мочегонных препаратов, заболевания и состояния, характеризующиеся гиперурикемией.

Основные клинические проявления подагры: рецидивирующие атаки острого артрита, накопление кристаллов уратов в тканях с образованием тофусов, нефролитиаз, подагрическая нефропатия.

В развитии подагры выделяют 3 стадии:

- острый подагрический артрит
- периоды между приступами подагрического артрита (межприступная подагра)
- хроническая тофусная подагра.

Классификационные критерии острого подагрического артрита

А. Наличие характерных кристаллов мочевой кислоты в суставной жидкости

Б. Наличие тофусов, содержание кристаллов мочевой кислоты, в которых подтверждено химически или поляризационной микроскопией

В. Наличие 6 из 12 ниже перечисленных признаков:

1. Более одной атаки острого артрита в анамнезе
2. Воспаление сустава достигает максимума в 1-й день болезни

3. Моноартрит
4. Гиперемия кожи над пораженным суставом
5. Припухание и боль в первом плюснефаланговом суставе
6. Одностороннее поражение первого плюснефалангового сустава
7. Одностороннее поражение суставов стопы
8. Подозрение на тофусы
9. Гиперурикемия
10. Асимметричный отек суставов
11. Субкортикальные кисты без эрозий (рентгенография)
12. Отрицательные результаты при посеве синовиальной жидкости

Лечение подагры

1. Оптимальное лечение 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, сопутствующие, полипрагмазия).

2. Обучение больного правильному образу жизни (уменьшение веса тела при ожирении, диета, уменьшение приема 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

3. Гиперлипидемия, гипертензия, гипергликемия, ожирение и курение должны выявляться в каждом случае, т.к. являются важными компонентами при ведении больного с подагрой (уровень доказательности Ib).

Лечение острого приступа подагрического артрита

1. НПВП и колхицин могут быть эффективны в терапии острого приступа артрита и являются первой линией терапии.

2. Удаление синовиальной жидкости и введение внутрисуставно длительно действующих глюкокортикоидов может быть эффективным и безопасным лечением острого приступа артрита.

Антигиперурикемическая терапия.

1. Антигиперурикемическая терапия показана больным с персистирующей гиперурикемией и острыми атаками, артропатией, тофусами или рентгенологическими изменениями. Проведение антигиперурикемической терапии показано в указанных случаях при неэффективности нефармакологических методов лечения. Решение о подобной терапии должно быть принято индивидуально, учитывая баланс между пользой и потенциальными рисками и согласовано с больным.

2. 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 растворении уже имеющихся кристаллов моноурата натрия, возможно при достижении указанного сывороточного уровня мочевой кислоты.

3. Аллопуринол – эффективное средство для долгосрочного медикаментозного лечения у больных с хронической подагрой. Назначение аллопуринола – реальная возможность проведения адекватной длительной антигиперурикемической терапии. При этом эффект в отношении снижения сывороточного уровня мочевой кислоты дозозависимый.

Препарат должен быть назначен в исходно низкой дозе (100 мг ежедневно) с последующим увеличением (при необходимости) по 100 мг каждые две-четыре недели, что особенно важно у больных с почечной недостаточностью (уровень IV). При наличии почечной недостаточности доза должна быть подвергнута коррекции.

В случае развития побочных эффектов, связанных с применением аллопуринола, возможно назначение других ингибиторов ксантиноксидазы, урикозуриков. Проведение десенсибилизации к аллопуринолу возможно только при умеренных кожных проявлениях аллергической реакции.

4. Урикозурические агенты (пробенецид, сульфинпразон) могут применяться как альтернатива аллопуринолу у пациентов с нормальной функцией почек, но относительно противопоказаны больным с уролитиазом.

5. 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 серьезные побочные эффекты и их назначение предопределяет необходимость соотнести потенциальные пользу и вред.

Дорсопатии (МКБ 10 M40-M54) — это обширный термин, описывающий заболевания позвоночника и ближайших тканей, сопровождающиеся болевым синдромом, который может проявляться как острым, так и хроническим. Эти заболевания затрагивают подвижность и могут приводить к слабости мышц, нарушению чувствительности, сосудистым и трофическим расстройствам. Установка диагноза начинается с жалоб пациента, объективного осмотра и последующей диагностики, включающей рентгенографию, КТ и МРТ.

Врачи обращают внимание на факторы риска, такие как постоянная перегрузка, малоподвижный образ жизни, дефицит витаминов, травмы, аномалии строения позвоночника и даже наследственные предрасположенности. Все это способствует развитию сколиоза, спондилолистеза, остеопороза, а также различных спондилоартропатий и спондилёза. Кроме того, дорсопатия позвоночника может быть связана с прогрессирующими заболеваниями и серьезными осложнениями, влияя на костно-мышечную систему, спинной мозг и паравертебральные структуры. Таким образом, ранняя диагностика и адекватная терапия критически важны для восстановления и поддержания здоровья опорно-двигательного аппарата.

В зависимости от течения заболевания, дорсопатии могут быть классифицированы на острые, подострые и хронические формы. Острые дорсопатии, как правило, возникают внезапно и сопровождаются выраженными болевыми синдромами, в то время как хронические дорсопатии имеют длительное течение и могут проявляться периодической болью и дискомфортом.

Согласно Международной классификации болезней (МКБ-10), дорсопатии могут быть первичными и вторичными. Первичные дорсопатии включают в себя остеохондроз, спондилопатии, спондилолиз и спондилолистез, а вторичные дорсопатии часто связаны с травмами, воспалительными заболеваниями (например, спондилитами или остеомиелитом) и опухолями. Деформирующие дорсопатии могут приводить к деформациям позвоночника, искривлениям и сужению позвоночного канала (спинальному стенозу).

Существует также классификация дорсопатий по локализации, включая цервикальную дорсопатию (поражение шейного отдела позвоночника), дорсопатию грудного отдела, дорсопатию поясничного отдела, пояснично-крестцовую дорсопатию и т. д. Эти состояния могут вызывать локальные боли, проекционные боли и корешковые боли, свидетельствующие о сдавлении нервных корешков. Радикулопатия и миелопатия являются наиболее распространенными формами неврологических нарушений, связанных с дорсопатиями.

Основные проявления, которые могут наблюдаться у пациентов, включают общие боли, ноющие и интенсивные боли, а также внезапные и острые боли, которые могут принимать форму прострела. Болевой синдром может быть постоянным или периодическим, а характер боли может варьироваться от тупой и колющей до режущей и простреливающей.

При дорсопатии шейного отдела часто возникает головная боль, головокружение, шум в ушах, а также потемнение в глазах и мелькание «мушек». В области шейного отдела могут также наблюдаться парестезии, снижение чувствительности и миотонический синдром, что

приводит к ощущениям покалывания или ползания мурашек. Мышечное напряжение и спазмы могут ограничивать физическую активность и уменьшать объем движений.

Для дорсопатии грудного отдела характерна интенсивная боль за грудиной, которая может усиливаться при глубоком дыхании и сопровождаться межреберной невралгией. В случае дорсопатии поясничного отдела пациенты могут ощущать внезапные боли в пояснице, которые сопровождаются тяжестью в спине и простреливающими болями, распространяющимися на ягодицу и нижнюю конечность. При этом могут возникать такие явления, как хромота, ограничение подвижности и изменение походки, а также спазмы мышц.

Сдавление позвоночной артерии может вызывать дополнительные симптомы, такие как головные боли и невропатические расстройства, включая парезы и даже параличи.

Дегенеративно-дистрофические изменения, такие как остеохондроз и спондилолистез, могут привести к функциональному блокированию и нарушению рефлексов, что усугубляет общий клинический статус пациента.

Также следует обратить внимание на системные симптомы, такие как утомляемость спины и снижение качества жизни, которые нередко становятся следствием хронической боли.

В рамках дорсопатий могут возникнуть специфические болевые типы, такие как корешковый синдром, вызывающий локальные и иррадиирующие боли, а также двигательные расстройства.

Таким образом, при дорсопатии симптомы охватывают широкий спектр болевых и неврологических проявлений, которые могут значительно влиять на повседневную жизнь и качество жизни пациента. Эффективная диагностика и лечение требуют внимательного анализа всех этих признаков и симптомов.

При дорсопатии лечение требует комплексного подхода и может включать как консервативную терапию, так и хирургическое вмешательство в зависимости от тяжести состояния. В амбулаторных условиях часто применяются симптоматические и патогенетические методики для облегчения болевого синдрома. Нестероидные противовоспалительные препараты (НПВС), такие как ибупрофен и диклофенак, а также миорелаксанты помогают снизить воспаление и расслабить мышцы. В некоторых случаях могут быть назначены блокады с кортикостероидами, такими как бетаметазон и дексаметазон, для быстрого снятия боли.

Медикаменты для стимуляции восстановления, включая витамины группы В и хондропротекторы, могут быть полезны для улучшения состояния межпозвонковых дисков и костной ткани. Анаболические и сосудистые препараты, а также успокоительные средства могут быть включены в программу лечения для улучшения общего состояния пациента.

Физиотерапия играет важную роль в восстановлении. Методы, такие как электрофорез, магнитотерапия, лазеротерапия и грязевые аппликации, помогают улучшить кровообращение и снять воспаление. Лечебная физкультура (ЛФК) под руководством инструктора, массаж и иглотерапия также способствуют восстановлению мышечного корсета и улучшению подвижности.

В случаях, когда консервативная терапия не приносит результатов, может потребоваться хирургическое лечение дорсопатии. Операции, такие как дискэктомия, микродискэктомия, нуклеопластика и спондилодез, могут быть необходимы для устранения межпозвоночных грыж или сдавления спинномозговых корешков. Важно учитывать возможные побочные эффекты, такие как патологии желудочно-кишечного тракта и сердечно-сосудистой системы, при выборе методов лечения.

III. Диагностика и лечение заболеваний крови и кроветворных органов (ГАПОУ РБ «Салаватский медицинский колледж»)

Рахматуллина Галия Раисовна

Заболевания крови и кроветворных органов представляют собой обширную группу патологий, которые могут быть как врожденными, так и приобретенными. Они затрагивают различные компоненты крови (эритроциты, лейкоциты, тромбоциты) и органы кроветворения (костный мозг, селезенка, лимфатические узлы). Эти заболевания могут существенно снижать качество жизни пациента и требовать комплексного подхода к диагностике и лечению.

Классификация заболеваний крови

Заболевания крови можно условно разделить на несколько групп:

1. Анемии:

- Железодефицитная анемия
- Мегалобластная анемия (дефицит витамина В12 или фолиевой кислоты)
- Апластическая анемия
- Гемолитическая анемия

2. Лейкозы и лимфомы:

- Острые и хронические лейкозы (миелоидные, лимфоидные)
- Лимфомы (Ходжкина и неходжкинские)

3. Нарушения свертываемости крови:

- Гемофилия
- Тромбоцитопении
- Синдром ДВС (диссеминированного внутрисосудистого свертывания)

4. Миелопролиферативные заболевания:

- Эритремия (полицитемия)
- Миелофиброз

5. Инфекционные заболевания крови:

- Сепсис
- Малярия

6. Другие нарушения:

- Гемохроматоз
- Порфирии

Диагностика заболеваний крови

Диагностика заболеваний крови требует комплексного подхода, включающего лабораторные исследования, инструментальные методы и клинический анализ симптомов.

Лабораторные методы диагностики

1. Общий анализ крови (ОАК):

- Оценка уровня гемоглобина, эритроцитов, лейкоцитов и тромбоцитов.
- Выявление морфологических изменений клеток (например, микроцитоз при железодефицитной анемии или анизоцитоз при мегалобластной анемии).

2. Биохимический анализ крови:
 - Определение уровня железа, ферритина, витамина В12, фолиевой кислоты.
 - Исследование уровня билирубина при подозрении на гемолиз.
3. Коагулограмма:
 - Анализ свертываемости крови для выявления нарушений гемостаза.
4. Цитологическое исследование костного мозга:
 - Миелограмма позволяет оценить состояние костного мозга при подозрении на лейкоз или апластическую анемию.
5. Иммунологические тесты:
 - Определение аутоантител при аутоиммунных заболеваниях крови.
6. Генетические тесты:
 - Используются для выявления наследственных патологий (например, талассемии или гемофилии).

Инструментальные методы диагностики

1. Ультразвуковое исследование (УЗИ):
 - Для оценки состояния селезенки, печени и лимфатических узлов.
2. Компьютерная томография (КТ) и магнитно-резонансная томография (МРТ):
 - Используются для диагностики опухолевых процессов в органах кроветворения.
3. Биопсия лимфатических узлов или костного мозга:
 - Применяется для подтверждения диагноза злокачественных заболеваний крови.

Симптомы заболеваний крови

Симптоматика заболеваний крови разнообразна и зависит от конкретной патологии. Однако существуют общие признаки:

- Постоянная слабость, утомляемость.
 - Бледность кожи или желтушность.
 - Одышка даже при минимальной физической нагрузке.
 - Кровоточивость десен, носовые кровотечения.
 - Легкое образование синяков или петехий на коже.
 - Увеличение лимфатических узлов.
 - Лихорадка или озноб без видимой причины.
 - Боли в костях или суставах.
- Эти симптомы требуют немедленного обращения к врачу для проведения обследования.

Лечение заболеваний крови

Лечение заболеваний крови зависит от их природы: инфекционной, аутоиммунной, онкологической или метаболической. Основные подходы включают медикаментозную терапию, хирургическое вмешательство и поддерживающие процедуры.

Медикаментозное лечение

1. При анемиях:
 - Препараты железа (феррум-сульфат) при железодефицитной анемии.
 - Введение витамина В12 или фолиевой кислоты при мегалобластной анемии.
 - Иммунодепрессанты при аутоиммунной гемолитической анемии.
2. При нарушениях свертываемости:

- Концентраты факторов свертывания при гемофилии.
- Антикоагулянты (гепарин) при тромбозах.
- Антиагреганты (аспирин) для профилактики тромбообразования.

3. При онкологических заболеваниях:

- Химиотерапия для лечения лейкозов и лимфом.
- Таргетная терапия с использованием моноклональных антител.

4. Антибиотики и противовирусные препараты:

- Применяются при инфекционных осложнениях.

Хирургическое лечение

1. Пересадка костного мозга:

- Используется при тяжелых формах лейкоза, апластической анемии.

2. Спленэктомия (удаление селезенки):

- Проводится при гиперспленизме или других патологиях селезенки.

Переливание компонентов крови

- Переливание эритроцитарной массы проводится при тяжелой анемии.
- Переливание тромбоцитов необходимо при выраженной тромбоцитопении.
- Использование плазмы помогает восполнить дефицит факторов свертывания.

Поддерживающая терапия

1. Диета с высоким содержанием железа, витаминов группы В.
2. Иммуностимулирующие препараты для повышения сопротивляемости организма.
3. Симптоматическое лечение для облегчения общего состояния пациента.

Профилактика заболеваний крови

Профилактические меры включают:

1. Рациональное питание с достаточным содержанием железа, витаминов В12 и фолиевой кислоты.
2. Избегание контакта с токсическими веществами (радиация, химикаты).
3. Регулярное медицинское обследование для раннего выявления патологий.
4. Вакцинация для предотвращения инфекционных осложнений у пациентов с ослабленным иммунитетом.

Заключение

Заболевания крови и кроветворных органов требуют своевременной диагностики и комплексного лечения с учетом их природы и тяжести течения. Современные методы диагностики позволяют выявлять патологии на ранних стадиях, а прогрессивные подходы к лечению помогают значительно улучшить прогнозы пациентов даже в сложных случаях.

ТЕСТОВЫЕ ЗАДАНИЯ

Выберите один или несколько верных вариантов ответа.

Вариант 1

1. ВЫБЕРИТЕ КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ:

- 1) геморрагическая сыпь
- 2) извращение вкуса
- 3) «шкура леопарда»
- 4) заеды в углах рта

2. ДОПИШИТЕ ПРЕДЛОЖЕНИЕ::

Лейкоз – заболевание системы, возникающее из

3. ОРГАНАМИ КРОВЕТВОРЕНИЯ В ЭМБРИОНАЛЬНЫЙ ПЕРИОД ЯВЛЯЮТСЯ:

- 1) печень
- 2) лимфоидная ткань
- 3) сердце
- 4) кости

4. ПРИЧИНА ВОЗНИКНОВЕНИИ ГЕМОФИЛИИ:

- 1) инфекции
- 2) аллергическая настроенность
- 3) ионизирующее излучение
- 4) наследственность

5. ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ЛЕЙКОЗОВ ПРИМЕНЯЮТ:

- 1) коагулограмма
- 2) стерильная пункция
- 3) УЗИ печени
- 4) кал на скрытую кровь

6. УСТАНОВИТЕ СООТВЕТСТВИЕ:

Заболевание	Осложнения
1. геморрагический васкулит	1. кровоизлияния в мозг
2. тромбоцитопеническая пурпура	2. гломерулонефрит
	3. инвагинация кишечника
	4. кровоизлияния в надпочечники

7. ПРЕПАРАТЫ, ПРИМЕНЯЕМЫЕ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ЛЕЙКОЗА:

- 1) винкристин
- 2) дицинон
- 3) биомицин
- 4) преднизолон

8. КУРС ЛЕЧЕНИЯ ПРЕПАРАТАМИ ЖЕЛЕЗА СОСТАВЛЯЕТ:

- 1) 1 – 2 месяца
- 2) 1 – 6 месяцев
- 3) 1 год

4) пожизненно

9. В ОАК ПРИ ГЕМОФИЛИИ ОТМЕЧАЕТСЯ:

- 1) признаки анемии
- 2) лейкоцитоз
- 3) тромбоцитопения
- 4) ускорение СОЭ

10. НА ПРИЕМЕ У ПЕДИАТРА РЕБЕНОК, ПРИ ТРОМБОЦИТОПЕНИЧЕСКОЙ ПУРПУРЕ, СОСТОИТ:

- 1) 2 месяца
- 2) 5 лет
- 3) 7 лет
- 4) пожизненно

Вариант 2

1. ВЫБЕРИТЕ СИНДРОМЫ, ХАРАКТЕРНЫЕ ДЛЯ КЛИНИЧЕСКОЙ КАРТИНЫ ЛЕЙКОЗА:

- 1) геморрагический
- 2) абдоминальный
- 3) интоксикационный
- 4) пролиферативный

2. ДОПИШИТЕ ПРЕДЛОЖЕНИЕ:

Геморрагический васкулит заболевание, в основе которого лежит поражение , с образованием

3. ЦЕНТРАЛЬНЫМ ОРГАНОМ ИММУНИТЕТА ЯВЛЯЕТСЯ:

- 1) селезенка
- 2) щитовидная железа
- 3) вилочковая железа
- 4) миндалины

4. ВЫБЕРИТЕ ПРИЧИНЫ, ВЕДУЩИЕ К РАЗВИТИЮ ГЕМОРРАГИЧЕСКОГО ВАСКУЛИТА:

- 1) реакция на проф. прививки
- 2) наследственность
- 3) вирусные инфекции
- 4) травмы

5. ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ АНЕМИИ ИСПОЛЬЗУЮТ:

- 1) ОАК
- 2) УЗИ селезенки
- 3) люмбальная пункция
- 4) кал на скрытую кровь

6. УСТАНОВИТЕ СООТВЕТСТВИЕ:

Заболевание	Рекомендуемые продукты
1. лейкоз	1. citrusовые
2. железодефицитная анемия	2. морковь
	3. гречневая каша
	4. печень
	5. говядина

7. ПРЕПАРАТЫ, ПРИМЕНЯЕМЫЕ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ГЕМОРРАГИЧЕСКОГО ВАСКУЛИТА:

- 1) димедрол
- 2) трентал
- 3) винкристин
- 4) викасол

8. ЛЕЧЕНИЕ ПРИ ЛЕЙКОЗЕ ДЛИТСЯ:

- 1) 1 – 2 недели
- 2) 1 – 3 месяца
- 3) 6 – 12 месяцев
- 4) 1 – 2 года

9. НА УЧЕТЕ У ГЕМАТОЛОГА ПРИ ГЕМОФИЛИИ РЕБЕНОК СОСТОИТ:

- 1) 5 лет
- 2) 10 лет
- 3) 2 недели
- 4) пожизненно

10. В ОАМ ПРИ ГЕМОРРАГИЧЕСКОМ ВАСКУЛИТЕ ОТМЕЧАЕТСЯ:

- 1) гематурия
- 2) высокий уровень сахара
- 3) протеинурия
- 4) соли

Вариант 3

1. МЕСТА ЛОКАЛИЗАЦИИ СЫПИ ПРИ ГЕМОРРАГИЧЕСКОМ ВАСКУЛИТЕ:

- 1) по всему телу
- 2) на ладонях и лице
- 3) на разгибательных поверхностях голени и стоп
- 4) только на спине и животе

2. ДОПИШИТЕ ПРЕДЛОЖЕНИЕ:

Гемофилия - заболевание, характеризующееся свертываемостью
..... .

3. ОРГАН, В КОТОРОМ ПРОИСХОДИТ ОБРАЗОВАНИЕ ЛИМФОЦИТОВ:

- 1) система макрофагов
- 2) селезенка
- 3) вилочковая железа
- 4) лимфоузлы

4. ПРИЧИНЫ ВОЗНИКНОВЕНИЯ ТРОМБОЦИТОПЕНИЧЕСКОЙ ПУРПУРЫ:

- 1) инфекции
- 2) наследственность
- 3) хронические заболевания
- 4) токсические вещества

5. ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ТРОМБОЦИТОПЕНИЧЕСКОЙ ПУРПУРЫ ПРИМЕНЯЮТ:

- 1) коагулограмма
- 2) миелограмма
- 3) кал на скрытую кровь
- 4) биохимический анализ крови

6. УСТАНОВИТЕ СООТВЕТСТВИЕ:

Заболевание	ЛОР
1. железодефицитная анемия	1. прогулки на свежем воздухе
2. геморрагический васкулит	2. строгий постельный режим на 2 – 3 недели
	3. назначение диеты
	4. полноценный сон

7. ЛЕКАРСТВЕННЫЕ СРЕДСТВА, ПРИМЕНЯЕМЫЕ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ТРОМБОЦИТОПЕНИЧЕСКОЙ ПУРПУРЫ:

- 1) тромбин
- 2) преднизолон
- 3) гепарин
- 4) дицинон

8. В ТЯЖЕЛЫХ СЛУЧАЯХ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ТРОМБОЦИТОПЕНИЧЕСКОЙ ПУРПУРЫ ПРИМЕНЯЮТ:

- 1) плазмоферез
- 2) спленэктомия
- 3) фитотерапия
- 4) симптоматическое лечение

9. ПРИ ЛЕЙКОЗЕ ПРОФ. ПРИВИВКИ РЕБЕНКУ ПРОВОДЯТСЯ:

- 1) по плану
- 2) через 2 месяца после выздоровления
- 3) освобождается от проф. прививок
- 4) по индивидуальному плану

10. В БИОХИМИЧЕСКОМ АНАЛИЗЕ КРОВИ ПРИ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ ОТМЕЧАЕТСЯ:

- 1) снижение сывороточного железа
- 2) диспротеинемия
- 3) билирубин
- 4) альбумины

СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ

Ситуационная задача №1

Больная 45 лет, поступила в больницу с жалобами на общую слабость, недомогание.

При исследовании крови получены следующие результаты: эритроциты - $3,05 \times 10^{12}$ / л, Нв - 62 г/л, цветной показатель - 0.6, тромбоциты 180×10^9 /л лейкоциты - $4,2 \times 10^9$ /л.

Лейкоцитарная формула: палочкоядерные нейтрофилы - 6%, сегментоядерные – 51%, лимфоциты - 40%, моноциты - 3%. Эритроциты гипохромные. СОЭ - 15 мм/ч.

Вопросы:

1. Какие отклонения от нормы приведены в анализе крови?
2. О каком заболевании можно думать в данном случае?
3. Как изменяются эритроциты при этом заболевании?

Ситуационная задача №2

Больную в возрасте 27 лет госпитализировали в тяжелом состоянии. Кожа и слизистые оболочки бледные. Печень увеличена.

Во время исследования крови получили следующие результаты: эритроциты - $1,2 \times 10^{12}$ /л; гемоглобин - 52 г/л; цветной показатель -1,2; тромбоциты- 80×10^9 /л; лейкоциты - 4×10^9 /л.

Лейкоцитарная формула: миелоциты — 1 %, метамиелоциты — 1%, палочкоядерные нейтрофилы — 8 %, сегментоядерные нейтрофилы — 22 %, лимфоциты — 67 %, моноциты - 0,5%, эозинофилы — 0,5 %. Эритроциты преимущественно гиперхромные.

Встречаются макро - мегалоциты. Эритроциты с тельцами Жолли. Встречаются гигантские гиперсегментированные нейтрофилы. Ретикулоциты – 0,03 %. СОЭ — 38 мм/ч.

Вопросы:

1. Какие отклонения от нормы в приведенном анализе крови?
2. О каком заболевании можно думать в данном случае?
3. Какие встречаются дегенеративные формы эритроцитов в мазке крови при этом заболевании?

Ситуационная задача №3

Больная 34 лет, поступила в терапевтическое отделение с жалобами на боли в правом подреберье, желтушность кожных покровов, общую слабость.

С детства у больной отмечалась небольшая желтушность кожных покровов при общем удовлетворительном состоянии; 3 мес. назад появились боли в правом подреберье, усилилась желтуха.

Анализ крови: Нв 81 г/л, эр. $2,9 \times 10^{12}$ /л, цветной показатель 0,8, лейкоциты 8×10^9 /л.

Лейкоцитарная формула без особенностей, ретикулоциты 18%, тромбоциты 200×10^9 /л, СОЭ 19 мм в час.

Мазок — микросфероцитоз (диаметр эритроцитов 6,53 мкм). Обнаружен уробилин в моче.

Вопросы:

1. Какие отклонения от нормы в приведенном анализе крови?
2. О каком заболевании можно думать в данном случае?
3. Какое дополнительное исследование необходимо сделать для подтверждения этого заболевания?

Ситуационная задача №4

Больной 16 лет, госпитализирован в подростковое отделение на обследование с жалобами на боль в горле при глотании, кровотечение десны, лихорадку, озноб.

Анализ крови: Нв - 78 г/л, эритроциты - $2,5 \times 10^{12}$ /л, цветной показатель - 0,96, лейкоциты - 240×10^9 /л.

Лейкоцитарная формула - базофилы - 0%, эозинофилы - 0%, палочкоядерные нейтрофилы - 1%, сегментоядерные - 0,5%, лимфобласты - 95,5%, нормобласты - 3:100, ретикулоциты - 1,3%, тромбоциты - 18×10^9 /л, СОЭ - 60 мм/ч.

Вопросы:

1. Какие отклонения от нормы в приведенном анализе крови?
2. О каком заболевании можно думать в данном случае?
3. Как называется отсутствие созревающих клеток в мазке крови при этом заболевании?

Ситуационная задача №5

Больного в возрасте 40 лет, госпитализировали в гематологическое отделение с жалобами на резкую слабость, одышку, боль в левом подреберье, снижение аппетита, частое носовое кровотечение.

Анализ крови: эритроциты - 3×10^{12} /л, гемоглобин – 90 г/л; цветной показатель – 0,9; тромбоциты - 80×10^9 /л; лейкоциты - 67×10^9 /л.

Лейкоцитарная формула: палочкоядерные нейтрофилы - 1%, сегментоядерные нейтрофилы – 11 %, лимфоциты – 85%, моноциты - 2% В мазке встречаются тени Боткина - Гумпрехта. СОЭ — 25мм / ч.

Вопросы:

1. Какие отклонения от нормы в приведенном анализе крови?
2. О каком заболевании можно думать в данном случае?
3. Как образуются тени Боткина – Гумпрехта?

Ситуационная задача №6

Больную в возрасте 25 лет госпитализировали в связи с приступом бронхиальной астмы.

При исследовании крови получили следующие результаты: лейкоциты $6,0 \times 10^9$ /л.; палочкоядерные нейтрофилы – 5%; сегментоядерные нейтрофилы – 50%; эозинофилы – 18%; базофилы – 0%; лимфоциты – 22%; моноциты – 5%.

Вопросы:

1. Какие отклонения от нормы в приведенном анализе крови?
2. Как называется повышение эозинофилов в крови?
3. Какой реактив и сколько используют для подсчета лейкоцитов?

ОТВЕТЫ НА СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ

Ситуационная задача №1

1. По таким показателям анализ не соответствует нормам: снижены эритроциты гемоглобин, цветной показатель. Эритроциты гипохромные.
2. Железодефицитная анемия.
3. Анизоцитоз, пойкилоцитоз, гипохромия.

Ситуационная задача №2

1. По таким показателям анализ не соответствует нормам: эритроциты резко снижены, гемоглобин снижен, тромбоциты снижены.
Лейкоцитарная формула: эритроциты гиперхромные с тельцами Жолли, встречаются макро – мегалоциты, гиперсегментированные нейтрофилы, СОЭ повышено.
2. В₁₂ – фолиево - дефицитная анемия
3. Эритроциты с базофильной пунктуацией, с остатками ядер в виде телец Жолли, колец Кебота.

Ситуационная задача №3

1. По таким показателям анализ не соответствует нормам: гемоглобин резко снижен, снижены эритроциты, ретикулоциты повышены, СОЭ повышено. Микросфероцитоз. Обнаружен уробилин в моче.
2. Гемолитическая анемия.
3. Определить осмотическую резистентность эритроцитов.

Ситуационная задача №4

1. По таким показателям анализ не соответствует нормам: гемоглобин резко снижен, эритроциты снижены, лейкоциты резко повышены.
Лейкоцитарная формула: снижены сегментоядерные нейтрофилы, лимфобласты 95,5%, нормобласты, тромбоциты резко снижены, СОЭ повышено.
2. Острый лимфобластный лейкоз.
3. Лейкемическое зияние.

Ситуационная задача №5

1. По таким показателям анализ не соответствует нормам: эритроциты снижены, гемоглобин снижен, тромбоциты снижены, лейкоциты повышены.
Лейкоцитарная формула: лимфоциты резко повышены, сегментоядерные нейтрофилы снижены, СОЭ повышено. В мазке встречаются тени Боткина – Гумпрехта.
2. Хронический лимфолейкоз.
3. Тени Боткина – Гумпрехта образуются в результате разрушения лимфоцитов.

Ситуационная задача №6

1. По таким показателям анализ не соответствует нормам: повышены эозинофилы.
2. Эозинофилия.
3. 3% раствор уксусной кислоты 0,4 мл.

КРИТЕРИИ ОТВЕТОВ НА ТЕСТОВЫЕ ЗАДАНИЯ:

Вариант 1

- 1 – 2, 4
- 2 – злокачественное, кроветворной, кроветворных клеток
- 3 – 1, 2
- 4 – 4
- 5 – 2, 3
- 6 – 1-2, 3; 2-1, 4
- 7 – 1, 3, 4
- 8 – 2
- 9 – 1
- 10 – 2

Вариант 2

1 – 1, 3, 4

2 – инфекционно-аллергическое, капилляров, микротромбов

3 – 3

4 – 1, 2, 3

5 – 1

6 – 1-1, 2, 3; 2-3, 4, 5

7 – 1, 2

8 – 3

9 – 4

10 – 1, 3

Вариант 3

1 – 3

2 – наследственное, замедленной, крови

3 – 2

4 – 1, 2

5 – 1, 2

6 – 1-1, 3, 4; 2-2, 3

7 – 1, 2, 4

8 – 2

9 – 3

10 – 1, 2

IV. Диагностика и лечение заболеваний органов дыхания (ГАПОУ РБ «Сибайский медицинский колледж»)

Тимирясова Эльвира Димовна,

ТЕСТОВЫЕ ЗАДАНИЯ

Тестовые задания по МДК 02.01 Проведение обследования с целью диагностики, назначения и проведения лечения заболеваний терапевтического профиля

Выберите один или несколько верных вариантов ответа.

1. ПРИ ПРИСТУПЕ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ БОЛЬНОЙ ПРИНИМАЕТ ПОЛОЖЕНИЕ:

- 1) ортосноэ
- 2) ортопноэ
- 3) горизонтальное
- 4) вертикальное

2. ПРИ СУХОМ ПЛЕВРИТЕ ПОЛОЖЕНИЕ БОЛЬНОГО:

- 1) лежит на пораженной стороне
- 2) лежит на спине
- 3) лежит на здоровой стороне
- 4) лежит в любом удобном для него положении

3. РАСШИРЕНИЕ МЕЖРЕБЕРНЫХ ПРОМЕЖУТКОВ ХАРАКТЕРНО ДЛЯ:

- 1) бронхиальной астмы, эмфиземы легких
- 2) хронического бронхита, ателектаза
- 3) ХОБЛ
- 4) аллергического бронхита

4. БОЧКООБРАЗНАЯ ГРУДНАЯ КЛЕТКА РАЗВИВАЕТСЯ ПРИ:

- 1) туберкулезе
- 2) онкопатологии органов дыхания
- 3) эмфиземе легких
- 4) абсцессе легкого

5. ОСНОВНЫЕ ЖАЛОБЫ БОЛЬНОГО ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ:

- 1) повышение температуры, кашель, мокрота, одышка, боль в грудной клетке
- 2) кашель, тахикардия, отеки, боль в грудной клетке
- 3) одышка в покое, боль в груди, слабость
- 4) мокрота, кашель

6. СКОЛЬКО В НОРМЕ ВЗРОСЛОГО ЧЕЛОВЕКА ДЫХАТЕЛЬНЫХ ДВИЖЕНИЙ В МИНУТУ:

- 1) 16 – 20
- 2) 12 – 1
- 3) 14 – 24
- 4) 20 – 24

7. ПРИ ОСТРОМ БРОНХИТЕ ТЕМПЕРАТУРА:

- 1) нормальная 36.6 -36.8 °С
- 2) фебрильная выше 39.0- 39.1°С
- 3) субфебрильная до 37.8 - 38.0 °С
- 4) пиретическая 39 - 41°

8. ПОКАЗАТЕЛИ ОБЩЕГО АНАЛИЗА КРОВИ ПРИ ОСТРОМ БРОНХИТЕ

- 1) выраженный лейкоцитоз, СОЭ норма
- 2) умеренный лейкоцитоз, СОЭ норма
- 3) умеренный лейкоцитоз, ускоренное СОЭ
- 4) лейкоциты и СОЭ показатели в пределах возрастной нормы

9. ЛЕЧЕНИЕ ОСТРОГО БРОНХИТА:

- 1) муколитики, антибиотики, витамины.
- 2) режим, полноценное питание, витамины.
- 3) режим, полноценное питание, муколитики, бронхолитик.
- 4) режим, полноценное питание, бронхолитики, мукалитики, антибиотики, ингаляции, витамины.

10. ЛИСТ НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ ПРИ ОБОСТРЕНИИ ХРОНИЧЕСКОГО БРОНХИТА ВЫДАЕТСЯ ДО:

- 1) 12-15 дней
- 2) 3-5 дней
- 3) 7-12 дней
- 4) 5-9 дней

11. ПЕРКУТОРНО ПРИ ХОБЛ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ

- 1) коробочный звук, нижние границы легких опущены
- 2) патологических симптомов не выявляют
- 3) коробочный звук
- 4) тупость и притупление легочного звука с тимпаническим оттенком

12. ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ ПРИ ХОБЛ:

- 1) ОАК, общий анализ мокроты
- 2) ОАК, рентген ОГК, анализ мокроты, ЭКГ, спирометрия
- 3) ОАК, Б/х анализ крови, УЗИ. МРТ
- 4) ОАК, рентген ОГК, анализ мокроты, ЭКГ, спирометрия, ФВД, фибробронхоскопия

13. ЛЕЧЕНИЕ ХОБЛ ПРОВОДИТСЯ

- 1) пожизненно, амбулаторно
- 2) пожизненно, стационарно
- 3) курсом по 10-15 дней
- 4) до выздоровления

14. МКБ 10 - БРОНХИАЛЬНАЯ АСТМА

- 1) J45
- 2) J20
- 3) N10
- 4) B20

15. НЕКУПИРУЕМЫЙ ПРИСТУП УДУШЬЯ, ЗАТЯНУВШИЙСЯ В ТЕЧЕНИЕ СУТОК:

- 1) акроцианоз
- 2) приступ удушья
- 3) апноэ
- 4) астматический статус

16. ИНЪЕКЦИОННЫЕ ЛЕКАРСТВЕННЫЕ ПРЕПАРАТЫ ДЛЯ КУПИРОВАНИЯ АСТМАТИЧЕСКОГО СТАТУСА:

- 1) эуфиллин, преднизолон, гепарин
- 2) теопек, дексаметазон, аспирин
- 3) эуфиллин, беротек, флуимуцил
- 4) эуфиллин, преднизолон, этамзилат

17. ВОЗБУДИТЕЛЬ ПНЕВМОНИИ ЧАЩЕ ВСЕГО:

- 1) стрептококк, кишечная палочка
- 2) пневмококк, стрептококк, стафилококк, вирус
- 3) COVID 19
- 4) вирусы герпеса, кандиды

18. ОАК ПРИ КРУПОЗНОЙ ПНЕВМОНИИ

- 1) нейтрофилез, СОЭ норма
- 2) лейкоцитопения, эритроцитопения
- 3) нейтрофильный лейкоцитоз, ускорение СОЭ
- 4) показатели в пределах возрастной нормы

19. АНТИБИОТИКИ ВЫБОРА ПРИ КРУПОЗНОЙ ПНЕВМОНИИ

- 1) макролиды
- 2) бензилпенициллины
- 3) фторхинолоны
- 4) сульфаниламиды

20. ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ ПО ОПИСАНИЮ РЕНТГЕН СНИМКА ОГК - ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ КРУПНООЧАГОВОЕ ЗАТЕМНЕНИЕ С НЕРОВНЫМИ КРАЯМИ И КОНТУРАМИ:

- 1) абсцесс
- 2) бронхоэктатическая болезнь
- 3) бронхит
- 4) эмфизема легких

21. В ПЕРИОД РЕМИССИ БРОНХОЭКТИТИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ, ЧТО БУДЕМ РЕКОМЕНДОВАТЬ ПАЦИЕНТУ:

- 1) хирургическое лечение
- 2) санаторно-курортное лечение
- 3) гирудотерапию
- 4) оксигенотерапию

22. ЭМФИЗЕМОЙ ЛЕГКИХ ЧАЩЕ БОЛЕЮТ:

- 1) мужчины в возрасте 45-60 лет
- 2) женщины в возрасте 45-60 лет
- 3) мужчины в возрасте 60-75 лет

4) мужчины в возрасте 20-45 лет

23. ОСЛОЖНЕНИЕ ЭМФИЗЕМЫ ЛЕГКИХ:

- 1) отёк легких
- 2) отёк головного мозга
- 3) сердечно-легочная недостаточность
- 4) острая дыхательная недостаточность

24. БАКТЕРИЯ ТУБЕРКУЛЕЗА НАЗВАНА:

- 1) палочкой Бога
- 2) палочкой Коха
- 3) спирохета
- 4) палочка Корана

25. НАИБОЛЕЕ ПАТОГЕННЫЙ ТИП МИКОБАКТЕРИЙ:

- 1) бычий
- 2) птичий
- 3) человеческий
- 4) мышинный

26. ХАРАКТЕРНЫЙ ПРИЗНАК ПРИ ИНФИЛЬТРАТИВНОЙ ФОРМЕ ТУБЕРКУЛЕЗА:

- 1) одышка
- 2) кашель
- 3) кровохарканье
- 4) лихорадка

27. ДИАГНОСТИКА ТУБЕРКУЛЕЗА:

- 1) КТ органов грудной клетки.
- 2) рентген органов грудной клетки, проба- Манту, исследование мокроты, ОАК.
- 3) биохимический анализ крови, рентген органов грудной клетки, ОАК.
- 4) диаскинтест

28. ЛЕЧЕНИЕ ОНКОПАТОЛОГИИ ЛЕГКИХ:

- 1) химиотерапия
- 2) лучевая
- 3) оперативное лечение, химио-лучевая терапия
- 4) хирургическое лечение

29. ТАКТИКА ФЕЛЬДШЕРА ПРИ АСТМАТИЧЕСКОМ СТАТУСЕ

- 1) назначить амбулаторное лечение
- 2) госпитализация в реанимационное отделение или ПИТ
- 3) направит пациента к участковому терапевту.
- 4) оставит дома

30. ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЙ ПРОЦЕСС ПРИ ПНЕВМОНИИ МОЖЕТ БЫТЬ
ЛОКАЛИЗОВАН В

- 1) крупных бронхах
- 2) бронхиолах альвеолах интерстициальной ткани легких
- 3) трахее
- 4) легкие, крупные бронхи

СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ

Ситуационные задачи по МДК 02.01 Проведение обследования с целью диагностики, назначения и проведения лечения заболеваний терапевтического профиля

Тема: Диагностика и лечение заболеваний органов дыхания

Ситуационная задача №1

Мужчина 23 лет обратился к фельдшеру с жалобами на общую слабость, недомогание, головную боль, повышение температуры тела до 38,50С, частый сухой кашель. Болен второй день, заболевание связывает с переохлаждением, упал в водоем во время рыбалки.

Объективно: температура тела 38,2 С. Общее состояние удовлетворительное. Периферические лимфатические узлы не увеличены. Перкуторный звук над легкими ясный. Дыхание жесткое, рассеянные сухие жужжащие и свистящие хрипы. ЧДД - 16 в мин. Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС - 72 в мин, АД 120/80 мм рт.ст. Абдоминальной патологии не выявлено.

Вопросы:

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз.
2. Перечислите необходимые дополнительные исследования.
3. Назовите возможные осложнения данного заболевания.
4. Определите Вашу тактику в отношении данного пациента, расскажите о принципах лечения, прогнозе и профилактике данного заболевания.
5. Продемонстрируйте технику паровых ингаляций с эфирными маслами в домашних условиях.

Ситуационная задача №2

Больная В., 43 лет, обратилась к фельдшеру с жалобами на ежедневные приступы удушья, особенно затруднен выдох, общую слабость, недомогание. После приступа отходит небольшое количество вязкой стекловидной мокроты. Больна 3 года, указанные жалобы возникают ежегодно в июне, в июле все симптомы исчезают. Свое заболевание связывает с потерей близкого человека.

Есть двое детей 7-и и 13-ти лет, у которых тоже бывают приступы удушья. У матери и бабушки также отмечались приступы удушья. У больной имеется аллергия на клубнику, пенициллин.

Объективно: состояние средней тяжести. Больная сидит, опираясь руками о край стула. Кожа чистая, с цианотичным оттенком. Грудная клетка бочкообразная, над- и подключичные области сглажены, межреберные промежутки расширены, отмечается набухание шейных вен, участие вспомогательной мускулатуры, втяжение межреберий. Дыхание громкое, со свистом и шумом, 26 раз в мин. При перкуссии отмечается коробочный звук, нижняя граница легких по среднеподмышечной линии определяется на уровне 9 ребра, экскурсия легких по этой линии составляет 2 см. На фоне ослабленного везикулярного дыхания с удлинненным выдохом выслушиваются сухие свистящие хрипы. ЧДД - 26 в мин. Тоны сердца ритмичные, ясные, 92 в мин., АД 110/70 мм рт.ст. Абдоминальной патологии не выявлено.

Пиковая скорость выдоха при пикфлоуметрии составляет 70% от должной.

Вопросы:

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз.
2. Назовите необходимые дополнительные исследования.
3. Определите Вашу тактику в отношении данного пациента, расскажите о принципах лечения, прогнозе и профилактике данного заболевания.

Ситуационная задача №3

Больная Е., 50 лет, доставлена на ФАП с жалобами на головную боль, высокую температуру, резкую колющую боль в правой половине грудной клетки, усиливающуюся при кашле, одышку, кашель с мокротой ржавого цвета. Заболевание началось остро, после переохлаждения. Больна 2-день.

Объективно: температура 39,40С. Общее состояние тяжелое. Лицо гиперемировано, на губах определяются герпетические высыпания. ЧДД - 28 в мин. При осмотре правая половина грудной клетки отстает при дыхании, при пальпации голосовое дрожание справа усилено, при перкуссии справа над нижней долей определяется притупление звука, при аускультации справа над нижней долей дыхание ослабленное, везикулярное, определяется крепитация. Тоны сердца приглушены. Пульс 110 в мин., ритмичный, АД 110/70 мм рт.ст. Абдоминальной патологии не выявлено.

Вопросы:

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз.
2. Назовите необходимые дополнительные исследования.
3. Перечислите возможные осложнения.

Ситуационная задача №4

Больной Ж., 35 лет, обратился к фельдшеру с жалобами на слабость, недомогание, одышку, кашель с выделением обильной слизисто-гноющей мокроты без запаха, особенно по утрам, за сутки выделяется до 300 мл. Иногда отмечается кровохарканье. Болен в течение 5 лет, периодически состояние ухудшается, неоднократно лечился в стационаре.

Объективно: температура 37,40С. Общее состояние удовлетворительное. Кожа бледная, цианоз губ, подкожно-жировая клетчатка развита недостаточно, ногтевые фаланги пальцев ног и рук в форме “барабанных палочек”, ногти в форме “часовых стекол”, ЧДД - 22 в мин. При перкуссии над нижними отделами легких отмечается притупление перкуторного звука, при аускультации дыхание ослабленное, в нижних отделах выслушиваются единичные влажные хрипы. Тоны сердца приглушены. Пульс - 95 в мин., ритмичный. АД - 130/60 мм рт.ст. Абдоминальной патологии не выявлено.

Вопросы:

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз.
2. Назовите необходимые дополнительные исследования.
3. Перечислите возможные осложнения.
4. Принципы лечения, прогнозе и профилактике заболевания.

Ситуационная задача №5

Больной К., 28 лет, обратился к фельдшеру с жалобами на повышение температуры по вечерам до 37,30С, ночные поты, упорный сухой кашель, общую слабость, плохой аппетит. Болен в течение 2-х месяцев.

Объективно: температура - 37,0С. Общее состояние удовлетворительное. Кожа чистая, влажная. При перкуссии грудной клетки справа в области 2-3 межреберья определяется притупление перкуторного звука, при аускультации дыхание в этой области с бронхиальным оттенком, выслушиваются единичные сухие хрипы. Тоны сердца приглушены, ритмичны. ЧСС 94 в мин. АД 115/80 мм рт.ст. Абдоминальной патологии не выявлено.

Вопросы:

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз.
2. Назовите необходимые дополнительные исследования.
3. Перечислите возможные осложнения.

4. Определите Вашу тактику в отношении пациента, расскажите о принципах лечения, прогнозе и профилактике заболевания.

КРИТЕРИИ ОТВЕТОВ НА ТЕСТОВЫЕ ЗАДАНИЯ:

1 – 2	11 – 1	21 – 2
2 – 1	12 – 4	22 – 1
3 – 1	13 – 1	23 – 3
4 – 3	14 – 1	24 – 2
5 – 1	15 – 4	25 – 3
6 – 2	16 – 1	26 – 3
7 – 3	17 – 2	27 – 2
8 – 3	18 – 3	28 – 3
9 – 4	19 – 1	29 – 2
10 – 3	20 – 1	30 – 2

ОТВЕТЫ НА СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ

Ситуационная задача №1

1. Острый бронхит.

Обоснование:

1) данные анамнеза: синдром интоксикации (общая слабость, недомогание, головная боль, повышение температуры тела), симптом поражения бронхов (сухой кашель); острое начало заболевания;

связь заболевания с переохлаждением

2) объективные данные: субфебрильная температура.

при аускультации - дыхание жесткое, рассеянные сухие жужжащие и свистящие хрипы с обеих сторон.

2. Общий анализ крови: возможен лейкоцитоз, увеличение СОЭ, микроскопическое исследование мокроты, бактериологическое исследование мокроты: выявление возбудителя и определение его чувствительности к антибиотикам.

3. Очаговая пневмония, переход в хроническую форму.

4. Пациент является временно нетрудоспособным. Оформляется больничный лист. Лечение проводится в амбулаторных условиях.

Принципы лечения:

Постельный режим, частое проветривание помещения.

Диета № 15, обогащенная витаминами. Обильное теплое питье: молоко с содой, щелочные минеральные воды, чай с малиновым вареньем.

При сухом мучительном кашле в начале заболевания - противокашлевые препараты (либексин, глаувент, стоптуссин).

Паровые ингаляции эфирных масел (анисовое, ментоловое) и отваров трав (ромашка, зверобой, эвкалипт).

При бронхоспазме - бронхолитики (эуфиллин, бронхолитин, сальбутамол).

Отхаркивающие средства (мукалтин, термопсис, алтей, мать-и-мачеха, чабрец).

Витамины (аскорбиновая кислота, поливитамины).

Нестероидные противовоспалительные средства (ацетилсалициловая кислота, бруфен).

Отвлекающие средства (горчичники, горчичные ножные ванны, согревающие компрессы, перцовый пластырь).

При появлении гнойной мокроты, а также пациентам пожилого и старческого возраста назначают антибиотики (ампициллин, оксациллин, ампиокс, эритромицин, тетрациклин) или сульфаниламиды (бисептол).

Прогноз в отношении здоровья благоприятный. При неосложненном течении и эффективном лечении наступает полное выздоровление.

Профилактика:

- закаливание организма
- предупреждение острых респираторных инфекций
- своевременное лечение заболеваний верхних дыхательных путей
- эффективное носовое дыхание (ликвидация искривлений носовой перегородки, удаление полипов)
- санитарно-гигиенические мероприятия (борьба с запыленностью, задымленностью, загазованностью, ликвидация влажности)
- борьба с курением и алкоголизмом

5. Техника паровых ингаляций с эфирными маслами - согласно алгоритму действия.

Ситуационная задача №2

1. Атопическая бронхиальная астма, средней степени тяжести. Эмфизема легких.

Обоснование:

1) данные анамнеза:

- ежедневные приступы удушья, экспираторная одышка, выделение небольшого количества вязкой стекловидной мокроты;
- связь возникновения приступов с периодом цветения;
- связь начала заболевания с психоэмоциональным потрясением;
- наследственная предрасположенность (приступы удушья у ближайших родственников);
- наличие аллергии на пищевые продукты и лекарственные препараты;

2) объективные данные:

- при осмотре: вынужденное положение, занимаемое для облегчения дыхания, цианотичный оттенок кожи, бочкообразная форма грудной клетки, сглаженность над- и подключичных ямок, расширение межреберных промежутков, втяжение межреберий, набухание шейных вен, ЧДД - 26 в мин.;
- при перкуссии легких - коробочный звук, опущение нижней границы легких, снижение экскурсии легких;
- при аускультации - сухие свистящие хрипы на фоне ослабленного везикулярного дыхания, удлинение выдоха.

2. Общий анализ крови: на фоне воспаления может быть лейкоцитоз и увеличение СОЭ, повышение количества эозинофилов. Биохимический анализ крови: повышение уровня иммуноглобулинов. Микроскопическое исследование мокроты: эозинофилы, разрушающиеся эозинофилы (кристаллы Шарко-Лейдена), слепки мелких бронхов (спирали Куршмана). Исследование функции внешнего дыхания - спирография (снижение показателя Тиффно), пневмотахометрия (низкая мощность выдоха), пневмотахография (бронхиальная обструкция на уровне мелких или средних бронхов). Рентгенография органов грудной клетки: при эмфиземе определяется повышенная прозрачность легочных полей, расширение межреберных промежутков, низкое стояние и ограничение подвижности диафрагмы.

3. Пациентка является временно нетрудоспособной. Нуждается в назначении базового лечения бронхиальной астмы, консультации аллерголога.

Принципы лечения:

Режим полупостельный.

Диета гипоаллергенная.

Симпатомиметики короткого и пролонгированного действия: беротек, сальбутамол, теопек.

Комбинированные препараты: беродуал

Стабилизаторы мембран тучных клеток: интал, тайлед

Ингаляционные глюкокортикостероиды: бекотид, бекламет.
Дыхательная гимнастика.
Массаж.
Психотерапия.
Санаторно-курортное лечение.

Ситуационная задача №3

1. Крупозная пневмония.

Обоснование:

1) данные анамнеза:

- синдром интоксикации, боль в грудной клетке, усиливающаяся при кашле, одышка, кашель со “ржавой мокротой”;
- острое начало заболевания;

2) объективные данные: лихорадка,

- при осмотре: гиперемия лица, герпетические высыпания на губах, отставание пораженной стороны грудной клетки при дыхании;
- при перкуссии: притупление звука над нижней долей правого легкого;
- при пальпации - усиление голосового дрожания;
- при аускультации - ослабленное везикулярное дыхание, крепитация.

2. Общий анализ крови: нейтрофильный лейкоцитоз со сдвигом лейкоформулы влево, увеличение СОЭ. Микроскопическое и бактериологическое исследования мокроты: выявление возбудителя и определение его чувствительности к антибиотикам. Рентгенография органов грудной клетки: затенение соответствующей доли легкого.

3. Плеврит, острая дыхательная недостаточность, коллапс при критическом снижении температуры, миокардит, очаговый нефрит, менингит, сердечная недостаточность, абсцесс легкого.

Ситуационная задача №4

1. Бронхоэктатическая болезнь в стадии обострения.

Обоснование:

1) данные анамнеза:

- синдром интоксикации, одышка, кашель с выделением большого количества мокроты по утрам;
- длительность заболевания, наличие обострений;

2) объективные данные:

- при осмотре: лихорадка субфебрильная, ЧДД - 22 в мин. Бледность кожи, акроцианоз, пониженное развитие подкожно-жировой клетчатки, деформация ногтевых фаланг и ногтей;
- при перкуссии: притупление звука над нижними отделами легких;
- при аускультации: дыхание ослабленное, влажные хрипы.

2. Общий анализ крови: лейкоцитоз со сдвигом лейкоформулы влево, увеличение СОЭ. Микроскопическое и бактериологическое исследование мокроты: выявление возбудителя и определение его чувствительности к антибиотикам. Рентгенография органов грудной клетки: при эмфиземе - повышенная прозрачность легких, деформация легочного рисунка и тяжесть в нижних отделах легких, сотовый или ячеистый рисунок легкого. Бронхография: различные формы бронхоэктазов.

3. Эмфизема легких, дыхательная недостаточность, хроническое легочное сердце, кровохарканье, легочное кровотечение, пневмония, абсцесс легкого.

4. Пациент является временно нетрудоспособным, лечение обострения проводится в амбулаторных условиях.

Принципы лечения:

Режим постельный.

Диета № 15, обогащенная белками (мясо, рыба, творог) и витаминами (фрукты, овощи, соки, сиропы).

Антибактериальная терапия: полусинтетические пенициллины (ампициллин, оксациллин), цефалоспорины, гентамицин.

Отхаркивающие препараты: микстура с термопсисом, алтеем, бромгексин, мукалтин .

Обильное щелочное питье: минеральные воды.

Постуральный дренаж: положение Квинке (ножной конец кровати приподнят на 25-30 см, пациент находится в таком положении 3-4 часа с перерывами).

Массаж грудной клетки.

Дыхательная гимнастика.

Лаваж (промывание) бронхов.

Ситуационная задача №5

1. Туберкулез легких.

Обоснование:

1) данные анамнеза:

- синдром интоксикации, субфебрильная температура тела по вечерам, ночная потливость, сухой кашель;
- постепенное начало заболевания;

2) объективные данные:

- при перкуссии: в верхнем отделе правого легкого участок притупления;
- при аускультации: дыхание над этим участком с бронхиальным оттенком, сухие хрипы.

2. Общий анализ крови: может быть лейкоцитоз, увеличение СОЭ. Микроскопическое и бактериологическое исследование мокроты и промывных вод бронхов, рентгенография органов грудной клетки в прямой и боковой проекциях (изменения, соответствующие определенной форме туберкулеза). Градуированная в/к проба Манту.

3. Кровохарканье и легочное кровотечение, экссудативный плеврит, дыхательная и легочно-сердечная недостаточность, ателектаз, спонтанный пневмоторакс, бронхиальные и торакальные свищи, амилоидоз, почечная недостаточность, распространение инфекции на другие органы и системы.

4. Пациент является временно нетрудоспособным, требуется обязательная госпитализация в противотуберкулезный диспансер и стационарное лечение.

Принципы лечения:

Режим полупостельный.

Диета № 11, питание разнообразное, высококалорийное.

Туберкулостатики: рифампицин, изониазид, этионамид, этамбутол.

Оксигенотерапия.

Витамины.

Санаторно-курортное лечение.

Прогноз благоприятный в случае адекватного и своевременного лечения, при отсутствии осложнений.

V. Диагностика и лечение заболеваний органов пищеварения (ГАПОУ РБ «Туймазинский медицинский колледж»)

Урманчина Светлана Борисовна

По статистике заболеваниями органов пищеварения страдает почти каждый второй современный человек. При этом заболевания ЖКТ в России это одна из самых распространенных патологий, которая требует своевременного диагностирования и лечения. На сегодняшний день существует множество способов диагностики заболеваний органов пищеварения, позволяющие с высокой точностью и в короткие сроки определить проблему и определить методы ее устранения.

Современные методики позволяют выявлять наличие патологий ЖКТ на ранних стадиях развития. В направлении на обследование врач может назначить следующие виды исследований:

- общие анализы крови, мочи, кала;
- биохимический анализ крови;
- измерение кислотности в пищеводе при диагностике рефлюкса и гастрита;
- анализ крови на анализ на эластазу-1 при подозрении на панкреатит;
- фиброгастродуоденоскопия - применяется для исследования слизистой желудка и двенадцатиперстной кишки;
- колоноскопия - передовой метод исследования прямой кишки и толстого кишечника;
- УЗИ органов брюшной полости - позволяет визуализировать анатомическую структуру внутренних органов, определить их размеры, выявить наличие новообразований, конкрементов, узлов;
- рентгенография с контрастом - помогает выявить области воспаления, уточнить их границы и характер кровообращения в пораженных органах, смежных тканях;
- КТ или МРТ - самое детализированное рентгеновское исследование, незаменимое в диагностике онкологических заболеваний, а также при выявлении патологий ЖКТ на ранних стадиях;
- биопсия - методика забора тканей внутренних органов для микроскопии.

Эндоскопия - один из методов исследования, заключающийся в прямом осмотре внутренней поверхности полостных органов ЖКТ с помощью эндоскопа. Современные эндоскопы представляют собой гибкую трубку с оптической системой, в которой изображение и световой пучок от собственного источника света, применяющийся для освещения исследуемого органа, передаются по нитям стекловолокна. Абсолютная безопасность для пациента при диагностических манипуляциях обеспечивается техническим совершенством используемых для исследования приборов. Роль эндоскопии в диагностике заболеваний желудочно-кишечного увеличивается благодаря возможности во время исследования органа брать материал с поверхности его слизистой оболочки для цитологического анализа или кусочков ткани для биопсии [2].

Метод, который основан на регистрации электрических биопотенциалов, возникающих в процессе функционирования органов брюшной полости для желудка, называется электрогастрографией, а для кишечника - электроинтестинографией. Возникновение электрических потенциалов обуславливается двигательной деятельностью желудка или кишечника, регистрация и обработка которых дает представление о характере ритма перистальтики исследуемых органов. Методы электрогастрографии и электроинтестинографии помогают специалистам не только устанавливать гипермоторику отделов желудочно-кишечного тракта, но и выявлять количественные параметры этих расстройств, осуществлять контроль эффективности терапии.

Реография представляет собой метод регистрации сопротивления ткани органов или слизистых оболочек проходящему через нее электрическому току. С помощью реографа

регистрируются колебания электрического сопротивления, обусловленные изменениями кровенаполнения ткани. Реография желудка, печени, двенадцатиперстной кишки, поджелудочной железы, выходного отдела кишечника позволяет получать важную информацию о состоянии кровообращения исследуемых органов, обнаруживать расстройства местного кровоснабжения и находить причинные связи заболеваний органов пищеварения с обнаруженными нарушениями, определять целенаправленное лечение и контролировать результативность его проведения.

Отдельную группу методов составляют устройства, приборы и способы обследования больных, которые благодаря радиотелеметрической системе позволяют изучать в естественных условиях ЖКТ человека. Установка для радиотелеметрического исследования пищеварительного тракта человека включает в себя радиопередатчик (радиопиллюля, радиокапсула, эндорадиозонд), проглатываемого пациентом перед исследованием, приемную антенну, радиоприемник и самописец - регистрирующий прибор. Радиокапсула, которая проходит по ЖКТ, излучает радиосигналы в соответствии с зарегистрированными ею параметрами температуры, давления, кислотности. Принятые радиосигналы от радиокапсулы специальной антенной, отправляются в радиотелеметрическую установку, в которой они записываются и сохраняются в памяти. Расшифрованные сигналы о деятельности различных отделов ЖКТ представляют собой важную для постановки диагноза заболевания и необходимую врачу информацию об особенностях возникновения и течения патологических процессов [1].

Метод регистрации звуковых явлений, возникающих в процессе моторно-эвакуаторной деятельности желудка, называется фоногастрографией, а для кишечника данный метод называется фоноинтестинографией. Использование данных методов исследования направлены не только на обнаружение расстройства двигательной функции ЖКТ, но и для контроля качества терапии и индивидуализации лечения.

Таким образом, проанализировав существующие методы диагностики, можно прийти к выводу, что универсального метода исследования для всех заболеваний ЖКТ не существует. Необходимо использовать несколько методов для более точной постановки диагноза, выработки верной тактики лечения и контроля выздоровления пациента.

Лечение заболеваний органов пищеварения должно быть основано на комплексном подходе, включая патогенетическую, симптоматическую и превентивную терапию. Основой этиопатогенетической терапии является воздействие на причину и механизм развития заболевания. При инфекционных заболеваниях, например, ассоциированной с НР язвенной болезни желудка, проводится антибактериальная эрадикационная терапия, включающая комбинации ингибиторов протонной помпы, антибиотиков и препаратов висмута. В случае аутоиммунных процессах рекомендуются иммуносупрессоры.

При функциональных расстройствах, таких как СРК, терапия направлена на регуляцию моторики кишечника с использованием спазмолитиков, прокинетики и коррекцию психоэмоционального состояния (седативные средства, антидепрессанты).

Симптоматическая терапия применяется для купирования острых проявлений (симптомов и признаков) заболевания и повышения качества жизни пациента. Например, при изжоге и болевом синдроме при ГЭРБ используются антациды и ингибиторы протонной помпы. Ферментные препараты применяются при нарушении пищеварения, связанном с недостаточностью функции ПЖ. Сорбенты и регидратационные средства рекомендуются при острой диарее и инфекционных заболеваниях.

Диетотерапия. Важное место в лечении диспептических расстройств у больных с заболеваниями органов пищеварения занимает диетическое питание (принцип щадящего режима с точки зрения воздействия механических, химических и термических факторов). Питание должно быть дробным, 5–6 раз в день. Избегать употребления продуктов, раздражающих слизистую оболочку желудка: крепких бульонов, копченостей и консервов, приправ и специй (лук, чеснок, перец, горчица), кофе, крепкого чая, газированных и алкогольных напитков. Рекомендуется прекратить прием лекарственных препаратов,

оказывающих неблагоприятное действие на слизистую оболочку желудка, отказаться от курения.

Антисекреторная терапия. Выделяют четыре основные группы препаратов, влияющих на желудочную секрецию.

1. Антациды способствуют нейтрализации соляной кислоты, адсорбции пепсина. Кроме того, алюминийсодержащие антациды обладают цитопротекторным действием, повышают синтез гликопротеинов желудочной слизи, улучшают репаративные процессы. В настоящее время предпочтение отдают невсасывающимся (несистемным) антацидам. Антациды целесообразно назначать через 1–2 ч после еды 3–4 раза в сутки и перед сном. Все антациды делят на две группы:

- Всасывающиеся (растворимые, системные) антациды короткого действия.

- Невсасывающиеся (нерастворимые) препараты продолжительного действия, такие как магния гидроксид (алмагель, маалокс).

2. Неселективные м-холиноблокаторы (атропин, платифиллин, метацин) обладают небольшим антисекреторным эффектом, действие непродолжительно, возникают побочные реакции (сухость во рту, тахикардия, запоры, нарушение мочеиспускания, повышение внутриглазного давления и др.), поэтому в настоящее время их применяют редко. Селективные м-холиноблокаторы пирензепин (гастроцепин) избирательно блокируют рецепторы фундальных желез слизистой оболочки желудка и не оказывают существенного влияния на м-холинорецепторы гладкой мускулатуры и сердца. Пирензепин назначают перорально по 50 мг 2 раза в сутки (утром и вечером за 30 мин до еды); в первые дни лечения допустим трехкратный прием препарата. Курс лечения составляет около 4–6 недель.

3. Блокаторы H⁺-гистаминовых рецепторов: применяют ранитидин (150 мг 2 раза в сутки перорально или внутримышечно) и фамотидин (20 мг 2 раза в сутки перорально или внутривенно). Циметидин (800–1200 мг/сут.) применяют редко из-за большого количества побочных эффектов (нарушение функций ЦНС, жировая дистрофия печени, импотенция и др.).

4. Ингибиторы протонной помпы (омепразол, лансопризол, пантопризол, рабепразол (париет), эзомепразол) оказывают высоко- цию желудка. Суточная доза омепразола и эзомепразола составляет 40 мг (20 мг 2 раза в сутки или 40 мг однократно), лансопризола - 30 мг, рабепразола – 20–40 мг. На сегодняшний день рабепразол (париет) является эталонным представителем группы ИПП и обладает более выраженным, продолжительным и быстро наступающим антисекреторным эффектом, чем омепразол и лансопризол, а также более высокой безопасностью длительного лечения.

Современная терапия, направленная на эрадикацию инфекции *H. pylori*. В регионах с низким уровнем резистентности к кларитромицину схемы с кларитромицином рекомендуются в качестве первой линии эмпирической терапии. К примеру, следующая схема из трех препаратов, как минимум, на семь дней: «ингибитор протонной помпы (ИПП) в стандартной дозе 2 раза в день + кларитромицин 500 мг 2 раза в день + амоксициллин 1000 мг 2 раза в день или метронидазол 500 мг 2 раза в день».

Назначение высокой дозы ИПП (дважды в день) повышает эффективность тройной терапии. Увеличение продолжительности тройной терапии с ИПП и кларитромицином с семи до 10–14 дней повышает уровень успешной эрадикации на 5 %.

Эффективность схем «ИПП + кларитромицин + метронидазол» и «ИПП + кларитромицин + амоксициллин» эквивалентна.

После неэффективной схемы с ИПП и кларитромицином рекомендуется назначение терапии второй линии: квадротерапии с препаратом висмута или тройной терапии с левофloxацином.

После неэффективной терапии второй линии назначение лечения должно определяться при любой возможности тестированием чувствительности к антибиотикам.

В регионах с высоким уровнем резистентности к кларитромицину квадротерапия с препаратом висмута (де-нол) рекомендуется в качестве первой линии эмпирической терапии.

Если эту схему невозможно осуществить, рекомендуется последовательная терапия или квадротерапия без препарата висмута.

В регионах с высокой резистентностью к кларитромицину после неудачи квадротерапии с препаратом висмута рекомендуется назначение тройной терапии с левофloxацином.

Для определения успешной эрадикации *H.pylori* интервал после завершения эрадикационной терапии должен составлять, как минимум, четыре недели.

Следует отметить, что именно для лечения ХГ перечисленные схемы могут оказаться наиболее приемлемыми, т. к. при назначении эрадикации *H.pylori* необходимость быстрого купирования болевого и диспептического синдрома заставляет отдать предпочтение схемам на основе ИПП.

При отсутствии *H.pylori* и повышенной секреторной функции желудка: препараты, понижающие кислотность желудочного сока (альмагель, фосфалюгель, гелусил-лак, маалокс и др.) через 1–2 часа после еды 3–4 раза в сутки и перед сном. Ранитидин 150 мг 2 раза в сутки перорально или внутримышечно, фамотидин – 20 мг 2 раза в сутки перорально или внутривенно. Омепразол, рабепразол – 20 мг 2 раза в сутки, лансопразол – 30 мг 2 раза в сутки. Препараты, защищающие (обволакивающие) слизистую оболочку: сукральфат, висмута дицитрат.

Спазмолитики. Купирование болевого синдрома требует тщательной оценки механизма боли. При язвенноподобном течении антрального ХГ и преобладании спастического механизма болей показано парентеральное применение неселективных М-холинолитиков (атропин, платифиллин, метацин) или миотропных спазмолитиков (дротаверин, но-шпа).

Прокинетики. Если в патогенезе болевого синдрома и диспепсических расстройств преобладает снижение тонуса стенки желудка или ДПК и имеются признаки ГЭРБ, показано назначение прокинетиков (церукал, реглан, мотилиум).

ТЕСТОВЫЕ ЗАДАНИЯ

Выберите один верный вариант ответа

Хронические колиты. Синдром раздраженного кишечника (СРК)

1. ПОНОСЫ ПРИ КОЛИТАХ ОБЫЧНО БЫВАЮТ:

- 1) с мелким вкраплением слизи
- 2) 1 раз в сутки
- 3) обильные
- 4) необильные

2. ОТЛИЧИТЕЛЬНЫЙ ПРИЗНАК КИШЕЧНЫХ БОЛЕЙ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ КОЛИТЕ - ОТСУТСТВИЕ СВЯЗИ С:

- 1) волнением
- 2) временем приема пищи
- 3) генетическим фактором
- 4) кровотечением

3. ОБЛЕГЧЕНИЕ БОЛЕЙ ПРИ КОЛИТАХ НАСТУПАЕТ ПОСЛЕ:

- 1) рвоты
- 2) изменения положения тела
- 3) мочеиспускания
- 4) отхождения газов

4. ТЕНЕЗМЫ СВИДЕТЕЛЬСТВУЮТ О ЛОКАЛИЗАЦИИ КОЛИТА В ОБЛАСТИ:

- 1) правой паховой
- 2) прямой кишке
- 3) левой паховой
- 4) надлобковой

5. СИМПТОМ ДИСПЕПТИЧЕСКОГО СИНДРОМА ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ КОЛИТЕ:

- 1) рвота
- 2) дисфагия
- 3) металлический вкус во рту
- 4) боли вокруг пупка

6. ОТЛИЧИТЕЛЬНЫЙ ПАТОЛОГИЧЕСКИЙ ПРИЗНАК НЕСПЕЦИФИЧЕСКОГО ЯЗВЕННОГО КОЛИТА:

- 1) изъязвление слизистой оболочки
- 2) атрофия стенки толстого кишечника
- 3) неизменная слизистая
- 4) гангрена кишечника

7. СХВАТКООБРАЗНЫЕ БОЛИ ПРИ НЕСПЕЦИФИЧЕСКОМ ЯЗВЕННОМ КОЛИТЕ:

- 1) усиливаются после дефекации
- 2) успокаиваются после дефекации
- 3) постоянные
- 4) успокаиваются только после лечения

8. ВНЕЗАПНАЯ БОЛЬ И ДЕФАНС - ПРИЗНАК ОСЛОЖНЕНИЯ НЕСПЕЦИФИЧЕСКОГО ЯЗВЕННОГО КОЛИТА:

- 1) обезвоженности
- 2) кровотечения
- 3) перфорации кишечника
- 4) непроходимости кишечника

9. ОСНОВНАЯ ЖАЛОБА ПАЦИЕНТОВ С НЕСПЕЦИФИЧЕСКИМ ЯЗВЕННЫМ КОЛИТОМ:

- 1) смена диареи и запоров
- 2) диарея с жидким обильным стулом
- 3) тошнота и рвота
- 4) диарея с гноем и кровью

10. В КОПРОЦИТОГРАММЕ ПРИ НЕСПЕЦИФИЧЕСКОМ ЯЗВЕННОМ КОЛИТЕ:

- 1) много лейкоцитов, эритроцитов
- 2) стеаторея
- 3) креаторея
- 4) много плоского эпителия

11. В ОАК ПРИ НЕСПЕЦИФИЧЕСКОМ ЯЗВЕННОМ КОЛИТЕ ЛЕЙКОЦИТОЗ, УВЕЛИЧЕНИЕ СОЭ И:

- 1) эритроцитоз
- 2) тромбоцитоз
- 3) анемия
- 4) эозинофилия

12. БАЗИСНАЯ ТЕРАПИЯ ПРИ НЕСПЕЦИФИЧЕСКОМ ЯЗВЕННОМ КОЛИТЕ ПРЕПАРАТЫ:

- 1) метронидазол, цефалоспорины
- 2) сульфасалазин, салофальк
- 3) бисептол, диазолин
- 4) глюкоза, гемодез

13. В ПАТОГЕНЕЗЕ СИНДРОМА РАЗДРАЖЕННОГО КИШЕЧНИКА ОСНОВНАЯ РОЛЬ ОТВОДИТСЯ:

- 1) кишечной инфекции
- 2) экзогенной интоксикации
- 3) генетическому фактору
- 4) нарушению регулирующей функции нервной системы

14. ОТЛИЧИТЕЛЬНЫЙ ПРИЗНАК БОЛЕЙ ПРИ СИНДРОМЕ РАЗДРАЖЕННОГО КИШЕЧНИКА:

- 1) ночные
- 2) постоянные
- 3) отсутствие ночных болей
- 4) связь с приемом пищи

15. ХАРАКТЕРНЫЙ ПРИЗНАК СИНДРОМА РАЗДРАЖЕННОГО КИШЕЧНИКА:

- 1) метеоризм во II половине дня
- 2) метеоризм в I половине дня;
- 3) диарея — стул 10 раз в сутки;

4) повышение АД

16. ДЛЯ УМЕНЬШЕНИЯ МЕТЕОРИЗМА НАЗНАЧАЮТ:

- 1) бисакодил, регулакс
- 2) энтеродез, полифепан
- 3) имодиум, энтерол
- 4) смекта, папаверин

КРИТЕРИИ ОТВЕТОВ НА ТЕСТОВЫЕ ЗАДАНИЯ (СРК):

1 – 3	6 – 1	11 – 3
2 – 2	7 – 2	12 – 2
3 – 4	8 – 3	13 – 4
4 – 2	9 – 4	14 – 3
5 – 3	10 – 1	15 – 1
		16 – 2

Хронический панкреатит (ХП)

1. ПРИЧИНА ХРОНИЧЕСКОГО ПАНКРЕАТИТА (ТОКСИЧЕСКОЕ ВОЗДЕЙСТВИЕ)

- 1) никотином
- 2) алкоголем
- 3) змеиным ядом
- 4) выхлопными газами

2. ЧАСТАЯ ПРИЧИНА ХРОНИЧЕСКОГО ПАНКРЕАТИТА ЗАБОЛЕВАНИЯ ЖКТ:

- 1) язвенная болезнь, рак желудка
- 2) рак желудка, полип
- 3) хронические гепатиты, холециститы
- 4) хронический аппендицит

3. ЛЕКАРСТВЕННЫЕ СРЕДСТВА, КОТОРЫЕ ПРИ ДЛИТЕЛЬНОМ ПРИМЕНЕНИИ МОГУТ СТАТЬ ПРИЧИНОЙ ХРОНИЧЕСКОГО ПАНКРЕАТИТА:

- 1) инсулин, панкреатин
- 2) тетрациклин, цитостатики
- 3) димедрол, супрастин
- 4) аспирин, анальгин

4. ДЛЯ ХРОНИЧЕСКОГО ПАНКРЕАТИТА ХАРАКТЕРНЫ БОЛИ:

- 1) опоясывающие, интенсивные через 1-3 часа после приема жирной пищи
- 2) давящие в эпигастральной области через 1 час после приема жирной пищи
- 3) ноющие, постоянные в правом подреберье
- 4) острые в левом подреберье через 15 минут после приема жирной пищи

5. СИМПТОМЫ ОБОСТРЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ПАНКРЕАТИТА - БОЛЬ В ЭПИГАСТРИИ СПРАВА И:

- 1) боль в спине, диарея
- 2) головная боль, слабость
- 3) икота, запор
- 4) рвота, тошнота

6. ОТЛИЧИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА СТУЛА – ПОЛИФЕКАЛИЯ И:

- 1) водянистый, с кровью
- 2) жирный, зловонный
- 3) жидкий, слизисто-гнойный
- 4) водянистый с бродительным запахом

7. ДАННЫЕ ОСМОТРА ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ПАНКРЕАТИТЕ:

- 1) исхудание, акроцианоз
- 2) ожирение, темная пигментация
- 3) исхудание, желтуха
- 4) сухость кожи, цианоз

8. КЛИНИЧЕСКАЯ ФОРМА ХРОНИЧЕСКОГО ПАНКРЕАТИТА ПРИ НАРАСТАНИИ ЖЕЛТУХИ:

- 1) рецидивирующая
- 2) болевая
- 3) псевдоопухолевая
- 4) латентная

9. ПРИЗНАКИ НЕКРОЗА ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ - РОСТ АМИЛАЗЫ В СЫВОРОТКЕ КРОВИ И:

- 1) усиление болей, лихорадка
- 2) исчезновение болей, лихорадка
- 3) боли в сердце, субфебрильная температура тела
- 4) запор, снижение температуры

10. В СЫВОРОТКЕ КРОВИ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ПАНКРЕАТИТЕ УВЕЛИЧИВАЕТСЯ:

- 1) билирубин
- 2) амилаза
- 3) холестерин
- 4) белок

11. ПРИ НАРУШЕНИИ ВНУТРИСЕКРЕТОРНОЙ ФУНКЦИИ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ В СЫВОРОТКЕ КРОВИ:

- 1) увеличивается амилаза
- 2) уменьшается глюкоза
- 3) уменьшается липаза
- 4) увеличивается глюкоза

12. КАКИЕ ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ ПРОВОДЯТСЯ ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ХРОНИЧЕСКОГО ПАНКРЕАТИТА:

- 1) ФКГ, УЗИ
- 2) сканирование, УЗИ
- 3) ирригоскопия, сканирование
- 4) РРС, сканирование

13. ПРИЗНАКИ ХРОНИЧЕСКОГО ПАНКРЕАТИТА ПРИ КОПРОЛОГИЧЕСКОМ ИССЛЕДОВАНИИ:

- 1) яйца глистов, слизь
- 2) кровь, креаторея
- 3) стеаторея, креаторея
- 4) стеаторея, эритроцит

14. РЕЖИМ ПРИ ОБОСТРЕНИИ ХРОНИЧЕСКОГО ПАНКРЕАТИТА:

- 1) сухое тепло, голод, покой
- 2) холод, голод, покой
- 3) холод, диета высокобелковая
- 4) грелка, диета щадящая, покой

15. ПРОФИЛАКТИКА ХРОНИЧЕСКОГО ПАНКРЕАТИТА:

- 1) закаливание, рациональное питание
- 2) физическая активность, дробное питание
- 3) рациональное питание
- 4) борьба с алкоголизмом, наркоманией

КРИТЕРИИ ОТВЕТОВ НА ТЕСТОВЫЕ ЗАДАНИЯ(ХП):

1 – 2
2 – 3
3 – 2
4 – 1
5 – 4

6 – 2
7 – 3
8 – 3
9 – 1
10 – 2

11 – 4
12 – 2
13 – 3
14 – 2
15 – 3

СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ

Ситуационная задача №1

Больной И., 30 лет, жалобы на чувство полноты и боли в эпигастральной области, возникающие вскоре после еды, частую отрыжку тухлым, отмечает похудание. Считает себя больным в течение 5 лет. Последние 2 дня ухудшение самочувствия связывает с погрешностью в диете (выпивал). Вредные привычки: курит, употребляет алкоголь.

Объективно: общее состояние удовлетворительное, кожа бледная, подкожно-жировой слой выражен недостаточно. Со стороны сердечно-сосудистой системы и легких патологии нет. Язык обложен белым налетом. Живот вздут, при пальпации нерезкая болезненность в эпигастральной области. Печень и селезенка не пальпируются.

Вопросы:

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз.
2. Перечислите необходимые дополнительные исследования.
3. Принципы лечения заболевания.

Ситуационная задача №2

Больной А., 36 лет, жалобы на острые боли в животе, возникающие через 30 мин. после приема пищи, рвоту на высоте боли, приносящую облегчение. Иногда больной сам вызывает рвоту после еды для уменьшения боли. Аппетит сохранен, но из-за появления болей после еды, больной ограничивает прием пищи. Болен несколько лет, ухудшение состояния отмечается в осенне-весенний период, обострения провоцируются эмоциональными перегрузками. Больной курит в течение 20 лет по 1 пачке сигарет в день.

Объективно: общее состояние удовлетворительное. Кожные покровы и видимые слизистые оболочки бледные, подкожно-жировая клетчатка развита недостаточно. Легкие и сердце без патологии. Язык обложен беловатым налетом. При пальпации живота отмечается болезненность в эпигастральной области. Печень и селезенка не пальпируются.

Вопросы:

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз.
2. Перечислите необходимые дополнительные исследования.
3. Принципы лечения заболевания.

Ситуационная задача №3

Больной О., 20 лет, жалобы на сильные боли в животе, возникающие через 3-4 часа после еды, натошак, нередко ночью, боли проходят после приема молока. Отмечается склонность к запорам, похудание. Аппетит сохранен. Больным считает себя в течение года. Из анамнеза выяснилось, что больной много курит, злоупотребляет алкоголем.

Объективно: общее состояние удовлетворительное, кожные покровы бледные, подкожно-жировая клетчатка развита удовлетворительно. Со стороны легких и сердечно-сосудистой системы патологии нет. Язык обложен бело-желтым налетом. При пальпации живота отмечается резкая болезненность справа от средней линии выше пупка. Печень и селезенка не пальпируются.

Вопросы:

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз.
2. Перечислите необходимые дополнительные исследования.
3. Принципы лечения заболевания.

VI. Диагностика и лечение заболеваний органов пищеварения (ФГБОУ ВО БГМУ МЗ РФ Медицинский колледж)

*Широчян Марина Ураловна,
преподаватель клинических дисциплин*

Информационный материал к практическому занятию на тему: «Проведение диагностических мероприятий и планирование лечения у пациентов с заболеваниями органов пищеварения»
ПМ.02 «Осуществление лечебно-диагностической деятельности»
МД К 02.01. Проведение медицинского обследования с целью диагностики, назначения и проведения лечения заболеваний терапевтического профиля Специальность 31.02.01 Лечебное дело

ИНФОРМАЦИОННЫЙ МАТЕРИАЛ

Функциональная диспепсия – комплекс жалоб, включающих в себя боли и чувство жжения в подложечной области, ощущение переполнения в эпигастрии после еды и раннее насыщение, которые отмечаются у больного более 3 месяцев, и которые не могут быть объяснены органическими заболеваниями.

Патогенез функциональной диспепсии включает в себя нарушения секреции соляной кислоты, расстройства гастродуоденальной моторики и изменение висцеральной чувствительности.

Выделяют 2 основных клинических варианта ФД:

- синдром боли в эпигастрии
- постпрандиальный дистресс-синдром

Синдром боли в эпигастрии - отмечаются умеренные или выраженные боли или чувство жжения в эпигастральной области. При этом боли не носят постоянный характер, связаны с приемом пищи или возникают натощак, не уменьшаются после дефекации.

Постпрандиальный дистресс-синдром, когда у больного чаще 3 раз в неделю, после еды, при приеме обычного объема пищи возникают чувство переполнения в эпигастрии или раннее насыщение, может сочетаться с тошнотой и синдромом боли в эпигастрии.

Код по МКБ X: K30 - Диспепсия.

Факторы, способствующие развитию ФД:

- погрешности в питании;
- гиперсекреция соляной кислоты;
- вредные привычки;
- прием лекарственных средств;
- инфекция *H. pylori*;
- нарушения моторики желудка и двенадцатиперстной кишки;
- психические нарушения.

Дифференциальная диагностика

«Симптомы тревоги» при синдроме диспепсии:

- дисфагия;
- рвота с кровью, мелена, алая кровь в стуле;
- лихорадка;
- немотивированное похудание;
- анемия;
- лейкоцитоз;
- повышение СОЭ;

- появление симптомов впервые в возрасте старше 40 лет.

Заболевания, входящие в группу органической диспепсии:

- заболевания ЖКТ
- эндокринные заболевания
- заболевания соединительной ткани
- заболевания печени
- лекарственные (НПВП, антибиотики, теофиллин, препараты наперстянки, железа)
- алкоголь

Лабораторная диагностика

ОАК

БХ крови

ОА кала

анализ кала на скрытую кровь.

Лабораторные признаки диспепсии отсутствуют.

Инструментальные методы исследования

- Эзофагогастродуоденоскопия
- Определение инфицированности слизистой оболочки желудка *Helicobacter pylori*
- Ультразвуковое исследование
- Рентгенологическое исследование

Медикаментозная терапия

Антацидные и антисекреторные препараты.

Прокинетики.

Эрадикационная терапия.

Антидепрессанты и анксиолитики.

Направление пациента на консультацию к психотерапевту.

Пациентам показано длительное наблюдение гастроэнтеролога, во многих случаях совместно с психиатром.

Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь – это хроническое заболевание, при котором содержимое желудка и/или двенадцатиперстной кишки регулярно забрасывается в пищевод вследствие недостаточности нижнего пищеводного сфинктера, что приводит к повреждению слизистой оболочки дистального отдела пищевода.

Факторы, способствующие развитию ГЭРБ:

- избыточный вес
- курение
- злоупотребление алкоголем
- вынужденное наклонное положение тела, часто связанное с профессией
- беременность
- приём некоторых лекарств, понижающих тонус кардиального сфинктера, например блокаторов медленных кальциевых каналов, бета-адреноблокаторов, аминофиллина, антихолинергических препаратов
- переедание и употребление некоторых пищевых продуктов
- физическая нагрузка или горизонтальное положение тела сразу после еды
- грыжа пищеводного отверстия диафрагмы
- стресс.

Клиническая картина

Пищеводные проявления: изжога, кислая отрыжка, срыгивание, затруднённое прохождение пищи по пищеводу (дисфагия), дискомфорт за грудиной, боль при глотании (одинофагия), ощущения кома в горле, тошнота и повышенное слюноотделение, икота. Симптомы усиливаются при нарушении диеты, приёме алкоголя и газированных напитков, наклонах и в положении лёжа.

Внепищеводные проявления:

Бронхолегочный синдром.

Оториноларингологический синдром.

Стоматологический синдром.

МКБ-10:

K21 Гастроэзофагеальный рефлюкс.

K21.0 Гастроэзофагеальный рефлюкс с эзофагитом (рефлюкс-эзофагит).

K21.9 Гастроэзофагеальный рефлюкс без эзофагита.

K22.1 Язва пищевода.

Классификация

Выделяют две формы ГЭРБ:

- неэрозивную рефлюксную болезнь (НЭРБ)
- эрозивный эзофагит

Классификация рефлюкс-эзофагита

Степень рефлюкс-эзофагита	Эндоскопическая картина
Степень А	Один или несколько участков поражения слизистой в виде эрозии или изъязвления меньше 5 мм, не выходящий за пределы складки слизистой оболочки (расположен на вершине складки)
Степень В	Один или несколько участков поражения слизистой больше 5 мм, не выходящий за пределы складки слизистой оболочки (расположен на вершине складки)
Степень С	Один (или более) участок поврежденной слизистой оболочки, который распространяется на слизистую оболочку между двумя или более складками, но вовлекает менее 75 % окружности пищевода.
Степень D	Поражение больше 75 % слизистой оболочки окружности пищевода

Осложнения ГЭРБ: стриктуры, язвы, пищевод Баррета – могут быть при любой степени.

Пищевод Баррета представляет собой развитие цилиндрического метаплазированного эпителия в слизистой оболочке пищевода, повышающее в последующем риск развития АКП.

Осложнения

Бронхоспазм, бронхиальная астма.

ЛОР-патологии: ларингит, фарингиты др.

Кандидоз полости рта.

Неприятный запах изо рта.

Диагностика

Сбор анамнеза и жалоб

Эзофагогастродуоденоскопия

Рентгеноскопия пищевода и желудка

«Золотой стандарт» – суточная рН-метрия и эндоскопия

Дифференциальная диагностика

1. Ахалазия кардии
2. Рак пищевода.
3. Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки, желчнокаменная болезнь.
4. ИБС

Лечение

• Изменить образ жизни:

- при ожирении - снизить массу тела;
- отказаться от курения и алкоголя;
- наклоняться и ложиться только через 60–90 минут после еды;
- спать на кровати с приподнятым изголовьем, не менее чем на 15 см;
- не носить тесную одежду, тугий пояс, корсет и бандажи;
- избегать занятий, при которых повышается внутрибрюшное давление, например прыжков и поднятия тяжестей.

• **Изменить режим питания:**

- не есть слишком много пищи, особенно очень горячей;
- не есть на ночь: последний приём пищи должен быть за 3–4 часа до сна;
- 3-4 разовое питание и отказаться от перекусов;
- стараться не употреблять жирную пищу, алкоголь, кофе, шоколад, цитрусы, зелёный лук, чеснок, кислые фруктовые соки и продукты, которые усиливают образование газов.
- **Ограничить приём лекарств, вызывающих рефлюкс.**
- **Ограничить препараты, которые повреждают пищевод.**

Медикаментозное лечение

- Альгинаты – гевискон, гевискон форте;
- прокинетики – итоприда гидрохлорид и др.;
- антисекреторные средства – чаще ИПП, например омепразол и др.
- адсорбенты
- антациды – ренни, фосфалюгель и др.

Показания для стационарного лечения:

неэффективность адекватной терапии на протяжении восьми недель;
наличие осложнений.

Хирургические методы лечения.

Хронический гастрит:

- группа хронических заболеваний,
- с персистирующим воспалительным процессом,
- с развитием кишечной метаплазии и атрофии в слизистой оболочке желудка.

МКБ-10 Гастрит и дуоденит K29

K29.7 Гастрит неуточненный

Киотская классификация гастрита

- аутоиммунный;
- инфекционный:
 - вызванный *Helicobacter pylori*,
 - бактериальный,
 - флегмона желудка,
 - вирусный,
 - микотический,
 - паразитарный;
- вызванный внешними причинами:
 - лекарствами НПВС, ГКС, антибиотики, др.;
 - алкогольный,
 - радиационный,
 - химический
- билиарным рефлюксом (заброс желчи);
- вызванный специальными причинами (лимфоцитарный, эозинофильный и др.)
- обусловленный другими заболеваниями (болезнь Крона и др.)

Клиническая картина

Хронический гастрит:

- характеризуется определенными морфологическими изменениями слизистой,
- не является причиной возникновения симптомов,
- обусловленная хроническим *H. pylori*-ассоциированным гастритом диспепсия – самостоятельная клиническая форма,
- персистенция диспептических симптомов – функциональная диспепсия.

Диспепсия:

- боль или жжение в эпигастральной области,
- переполнение в эпигастральной области,
- чувство раннего насыщения.

Гастродуоденальные эрозии:

- малосимптомны,
- возможна манифестация острым ЖК-кровотечением.

Аутоиммунный гастрит:

- симптомы дефицита витамина В12 (макроцитарная анемия, неврологическая симптоматика),
- железодефицитная анемия,
- сочетание с симптомами аутоиммунного заболевания,
- гастроэнтерологические симптомы:
 - эпигастральная боль,
 - тошнота,
 - раннее насыщение,
 - тяжесть после еды,
 - изжога,
 - регургитация.

Диагностика

Физикальное обследование, как правило, нет проявлений.

Лабораторные диагностические исследования

- общий (клинический) анализ крови;
- анализ крови на антитела при подозрении на аутоиммунный гастрит;
- анализ крови на пепсиноген I, пепсиноген II и гастрин-17 при подозрении на предраковые изменения.

Инструментальные диагностические исследования

- ЭГДС
- биопсия слизистой

Иные диагностические исследования

Первичная диагностика инфекции *H. pylori*:

- дыхательные тесты с меченной мочевиной, уреазный на *Helicobacter pylori*;
- определение антигена *pylori* в кале;
- при ЭГДС быстрый уреазный тест с биопсией;
- ДНК *Helicobacter pylori* в биоптатах методом ПЦР;
- антитела класса IgG к *pylori*

Осложнения

- язва желудка;
- кровотечения;
- дефицит витаминов группы В;
- железодефицитная анемия;
- нарушения пищеварения (мальабсорбция и диспепсия);
- атрофия слизистой желудка;
- рак желудка.

Лечение

- **Ингибиторы протонной помпы (ИПП)**
- **Блокаторы H2-гистаминовых рецепторов**
- **Цитопротекторы.**
- **Антибактериальные препараты для эрадикации инфекции *Helicobacter Pylori*** – всегда применяется в комбинациях двух или трёх препаратов (полусинтетические пенициллины, макролиды, тетрациклины, метронидазол, левофлоксацин).
- **Прокинетики.**
- **Спазмолитики.**
- **Заместительная терапия** ферментами и препаратами желудочного сока – проводится при атрофическом гастрите и ахлоргидрии.

Показания к плановой госпитализации:

- необходимость проведения диффдиагноза при редких формах гастрита,

- выраженная анемия при аутоиммунном гастрите,
- выраженная клиника при эрозивном гастрите,
- необходимость проведения эрадикационной терапии *pylori* под контролем,

Показание к экстренной госпитализации:

- острое ЖК-кровотечение

Язвенная болезнь – хроническое рецидивирующее заболевание, с чередованием периодов обострения и ремиссии, с образованием дефекта (язвы) в стенке желудка и двенадцатиперстной кишки.

Локализация в двенадцатиперстной кишке: в 4 раза чаще язв в желудке, преобладают мужчины,

Локализация в желудке: соотношение мужчин и женщин примерно одинаковое.

Этиология

- обсеменение *H. pylori*: 60% язв желудка и 80% язв двенадцатиперстной кишки.

Дополнительные этиологические факторы:

- прием НПВП
- наследственная предрасположенность,
- 0 (I) группа крови,
- курение,
- нервно-психические стрессы и др.

МКБ 10 Язва желудка K25.

K25.9. – не уточненная как острая или хроническая без кровотечения и прободения

K26. – Язва двенадцатиперстной кишки

K26.9. – не уточненная как острая или хроническая без кровотечения и прободения

Классификация

- ассоциированная с инфекцией *H. pylori* и не ассоциированная (идиопатическая);
- самостоятельная (эссенциальная) и симптоматические язвы (лекарственные, «стрессовые», при эндокринной патологии, при других хронических заболеваниях);
- желудка, 12-перстной кишки и сочетанные язвы;
- одиночные и множественные;
- на малой или большой кривизне, передней и задней стенках;
- язвы малые (до 0,5 см), средние (0,6-1,9 см), большие (2,0 - 3,0 см) и гигантские (от 3,0 см).

Язвы желудка:

- кардиальные,
- субкардиального отделов,
- тела желудка,
- антрального отдела,
- пилорического канала

Язвы двенадцатиперстной кишки:

- луковицы,
- постбульбарного отдела.

По течению: легкое, средне-тяжелое, тяжелое

Осложнения ЯБ

- кровотечение,
- прободение,
- пенетрация,
- стеноз привратника
- малигнизация.

Клиническая картина

Ведущий симптом обострения ЯБ - боли в подложечной области:

- возможна иррадиация в левую половину грудной клетки и левую лопатку, грудной или поясничной отдел позвоночника,
- возникают после еды:

- проходят после приема антисекреторных и антацидных препаратов,
- сезонные усиления.

При обострении ЯБ часто:

- отрыжка кислым,
- тошнота,
- запоры,
- похудание при повышенном аппетите.

В неосложненных случаях ЯБ:

- чередование периодов,
- обострения от 3-4 до 6-8 недель,
- ремиссии от нескольких недель до многих лет.

Лабораторные и инструментальные исследования

- общий (клинический) анализ крови с гемоглобином и гематокритом;
- кал на скрытую кровь.

ЭГДС с биопсией

Рентгенография желудка и двенадцатиперстной кишки – симптом «ниши»

При подозрении на перфорацию язвы – КТ органов брюшной полости, при невозможности КТ - УЗИ и обзорная рентгенография органов брюшной полости.

Тесты на *H.pylori*

Лечение

Комплексное лечение ЯБ:

- диетическое питание,
- отказ от курения и злоупотребления алкоголем,
- отказ от ulcerогенных препаратов,
- нормализация режима труда и отдыха,
- санаторно-курортное лечение.

Антисекреторная терапия ИПН: омепразол, лансопразол и др.

При неэффективности ИПН H₂-блокаторы: ранитидин, фамотидин

При положительных тестах на *H. Pylori* - эрадикационная терапия.

При неосложненном течении - амбулаторное консервативное лечение.

Показания к плановой госпитализации: при выраженном болевом синдроме, высоком риске осложнений, тяжелые сопутствующие заболевания.

Показания к экстренной госпитализации:

- признаки желудочного кровотечения (мелена, рвота с кровью),
- перфорации,
- пенетрация язвы.

Особенности течения ЯБ у лиц пожилого и старческого возраста

- инфекция HP,
- атеросклеротические изменения сосудов желудка,
- фоновые заболевания (ХОБЛ) снижают защитные свойства слизистой желудка,
- прием ulcerогенных лекарств.

язвы:

- преимущественно в желудке по малой кривизне тела или в субкардиальном отделе,
- иногда очень большие,
- часто стертая и неопределенная клиника,
- отличаются склонностью к развитию осложнений,
- медленно рубцуются.

Синдром раздраженного кишечника определяется как функциональное заболевание кишечника, проявляющееся рецидивирующей болью животе, которая

1. связана с дефекацией
2. связана с изменением частоты стула

3. связана с изменением формы стула.

Эти симптомы должны отмечаться у больного последние 3 месяца при общей продолжительности не менее 6 месяцев.

Главная особенность СРК заключается в том, что лабораторные, инструментальные и гистологические исследования не выявляют никаких структурных нарушений в работе органов желудочно-кишечного тракта

Классификация

По преобладающему симптому:

- СРК с кишечной дисфункцией – при этом виде синдрома возникают диарея или запоры;
- СРК с болевым синдромом – пациенты страдают от боли в животе разного характера;
- СРК с метеоризмом – у больных возникает вздутие и тяжесть в животе, отхождение газов из кишечника.

По характеру стула:

- СРК с преобладанием запоров;
- СРК с преобладанием диареи;
- СРК со смешанным вариантом

Кишечные симптомы при СРК имеют ряд особенностей.

- Боль в животе не имеет четкой локализации, но чаще возникает в левых отделах. Обычно боль усиливается после приёма пищи. Важной отличительной особенностью абдоминальной боли при СРК считается ее отсутствие в ночные часы.
- Ощущение вздутия живота менее выражено в утренние часы, нарастает в течение дня, усиливается после еды
- Диарея возникает обычно утром, после завтрака, часто сопровождается императивными позывами и чувством неполного опорожнения кишечника. Диарея в ночные часы отсутствует.

Внекишечные симптомы:

могут развиваться сопутствующие хронические заболевания органов, расположенных рядом с кишечником – печени, поджелудочной железы, органов мочеполовой системы и малого таза (у женщин это нарушения цикла, у мужчин – дисфункция), хронические боли в спине.

Также выявляют сопутствующие тревожные, депрессивные и ипохондрические расстройства. При этом СРК никак не влияет на развитие рака или воспалительных заболеваний кишечника.

Лабораторные исследования

- общий анализ крови (без отклонений от нормы);
- общий анализ мочи (без отклонений от нормы);
- Б/х показатели (не изменены);
- копрограмма (отсутствие креато-, амило-, липореи);
- кал на дисбактериоз (может быть снижение содержания лакто и бифидобактерий, повышение содержания условно-патогенной и патогенной микрофлоры);
- анализ кала на скрытую кровь (не обнаруживается).

Инструментальные исследования

ректороманоскопия (отсутствие изменений слизистой);

ирригоскопия;

УЗИ органов брюшной полости и малого таза;

ФГДС;

колоноскопия с биопсией (отсутствие признаков воспаления).

«Симптомы тревоги», которые могут быть проявлением органического заболевания и требуют углубленного обследования:

- потеря массы тела
- начало в пожилом возрасте
- возникновение кишечных расстройств в ночное время
- рак толстой кишки у родственников
- постоянная боль в животе как единственный и ведущий симптом поражения ЖКТ
- прогрессирующее течение заболевания

- лихорадка
- изменения со стороны внутренних органов (гепатомегалия, спленомегалия и др.)
- анемия
- лейкоцитоз
- повышение СОЭ
- наличие скрытой крови в кале
- стеаторея и полифекалия

Дифференциальная диагностика

- **Органические заболевания:**
- **Эндокринные заболевания**
- **Гинекологические заболевания**
- **Прием лекарственных средств**, имеющих побочные эффекты в виде запоров или диареи (нитраты, антибиотики, препараты железа, калия, желчных кислот).

Лечение

Общие мероприятия

1. Помощь психотерапевта, гипнотерапия.
2. Диета в зависимости от ведущего симптома - запоров или диареи. Ведение пищевого дневника.
3. Выработка позыва на дефекацию (для больных с запорами).
4. Физическая активность.

Медикаментозная терапия

1. Для купирования болей: м-холиноблокаторы (платифиллин, бускопан), блокаторы фосфатидилэстеразы (дротаверин), миотропные спазмолитики мебеверин (дюспаталин).
2. При диарее: лоперамид, смекта.
3. При запорах: мукофальк, макроголь (форлакс); дюфалак (лактuloза).
4. Препараты для коррекции двигательных расстройств: тримебутин (тримедат).
5. При избыточном бактериальном росте кишечные антисептики широкого спектра действия с последующим курсом пробиотиков (бифиформ, линекс и др.).
6. Психофармакология: антидепрессанты, транквилизаторы, нейролептики.

Показания для плановой госпитализации:

1. необходимость выполнения сложных диагностических медицинских вмешательств;
- 2. наличие показаний к специализированному лечению СРК.

Язвенный колит

- хроническое заболевание толстой кишки,
- обязательно вовлекается прямая кишка,
- характеризуется иммунным воспалением слизистой,
- диффузное воспаление ограничивается слизистой оболочкой.

Этиология не установлена. Предрасполагающие факторы:

- генетическая предрасположенность;
- дефекты иммунитета;
- нарушения кишечной микрофлоры;

Пусковые факторы:

- курение;
- нервный стресс;
- дефицит витамина D;
- недостаток пищевых волокон;
- повышенное потребление животного белка;
- кишечные инфекции;
- цитомегаловирусная инфекция.

Классификация

По протяженности поражения:

- E1 Проктит - ограниченный прямой кишкой;

- E2 Левосторонний колит;
- E3 Тотальный колит (панколит) - вся толстая кишка.

По характеру течения:

- острое – менее 6 мес. от дебюта;
- хроническое непрерывное течение – ремиссии менее 6 мес.;
- хроническое рецидивирующее – ремиссии более 6 мес.

Клинические проявления

Первые признаки заболевания: кровь и слизь в стуле, диарея, боли в животе, повышение температуры тела.

Основными симптомами неспецифического язвенного колита кишечника являются:

- кишечные кровотечения;
- диарея;
- запор;
- боль в животе;
- тенезмы;
- лихорадка;
- снижение массы тела;
- тошнота, рвота;
- слабость;

Внекишечные симптомы:

- узловатая эритема (поражение кожи и подкожной клетчатки);
- гангренозная пиодермия (поражение кожи крупными болезненными язвами);
- эписклерит (поражение эписклеральной ткани глаза);
- артропатия (поражение суставов);
- анкилозирующий спондилит (воспаление суставов позвоночника);
- поражения печени;
- первичный склерозирующий холангит .

Кишечные осложнения ЯК:

- кишечное кровотечение
- перфорация толстой кишки
- колоректальный рак

Лабораторные исследования:

- общий анализ крови
- анализ крови биохимический

Инструментальные исследования:

- ректороманоскопия,
- колоноскопия с биопсией
- УЗИ брюшной полости, кишечника
- МРТ или КТ с контрастом
- при невозможности МРТ/КТ - ирригоскопия

Дифференциальный диагноз ЯК

- БК толстой кишки,
- острые кишечные инфекции,
- ассоциированные с *Cl.difficile* поражения кишечника,
- рак толстой кишки,
- дивертикулит.

Лечение

Диета

Назначаются диеты № 4, 4Б, 4В по Певзнеру. Цель диеты — уменьшить воспаление, бродильные и гнилостные процессы в кишечнике, нормализовать функции кишечника и других органов пищеварения. Блюда жидкие, полужидкие, протёртые, сваренные в воде или на пару. Исключены очень горячие и холодные блюда.

Консервативная терапия:

- аминосалицилаты, препараты 5-аминосалициловой кислоты (5-АСК, месалазин);
- кортикостероиды;
- иммунодепрессанты;
- иммуносупрессоры
- ГИБП (генно-инженерные биологические препараты)
- ТИС – таргетные иммуносупрессоры

Хирургическое лечение

Своевременное хирургическое лечение (субтотальная или тотальная колэктомия) при отсутствии эффекта от консервативного лечения прогрессировании и/или развитии осложнений.

Профилактика и диспансерное наблюдение:

- при клинической ремиссии колоноскопия каждые 3 года;
- при ГКС мониторинг уровня гликемии;
- при иммунодепрессантах контроль уровня лейкоцитов, печёночных ферментов;
- ежегодный прием акушера-гинеколога и скрининг рака шейки матки;
- каждые 6 мес. кальпротектин в кале и/или ректороманоскопия.

Показание для экстренной или неотложной госпитализации:

- осложнения ЯК;
- осложнения лечения ЯК.

Показание для плановой госпитализации:

показания к специализированному лечению в стационаре.

Болезнь Крона (БК) - хроническое, рецидивирующее заболевание желудочно-кишечного тракта неясной этиологии, характеризующееся трансмуральным, сегментарным, воспалением стенки тонкой и/или толстой кишки или всего желудочно-кишечного тракта с развитием местных и системных осложнений.

Этиология

Этиология БК, точно не установлена: заболевание развивается в результате сочетания нескольких факторов, включающих генетическую предрасположенность, дефекты врожденного и приобретенного иммунитета, изменения кишечной микробиоты (дисбиоз) и различные факторы окружающей среды.

Факторы риска

- курение увеличивает риск возникновения и ухудшает прогноз
- расовая и этническая принадлежность – заболевание более распространено среди белого населения
- аппендэктомия

Патогенез

Нарушения иммунной системы кишечника приводит к хроническому воспалению с образованием характерных для БК саркоидных гранулем, могут поражаться любые отделы желудочно-кишечного тракта, доминирует поражение илеоцекального отдела (70%).

БК не может быть излечена ни терапевтическими, ни хирургическими методами

МКБ 10 K50.

K50.9 – Болезнь Крона неуточненная

Классификация по локализации поражения

L1 Терминальный илеит: терминальный отдел подвздошной кишки

2 Колит: поражение толстой кишки

L3 Илеоколит: поражение подвздошной и толстой кишки

L4 Верхний отдел ЖКТ, исключая полость рта

По характеру течения

1. Острое течение (менее 6 месяцев от дебюта заболевания);

2. Хроническое течение (более 6 месяцев от дебюта заболевания)

Тяжесть заболевания в целом определяется: протяженностью поражения, наличием внекишечных проявлений и осложнений, рефрактерностью к лечению, в частности, развитием гормональной зависимости и резистентности.

Клиническая картина

Проявления заболевания различаются в зависимости от сегмента поражения.

В большинстве случаев пациенты отмечают следующие симптомы:

- *диарея* – наиболее распространённый симптом при болезни Крона;
- *спазмы в животе*, особенно после еды;
- *боли и вздутие живота*, потенциально прогрессирующего до частичной или полной непроходимости кишечника.

Внекишечные проявления болезни Крона

Кровь	<ul style="list-style-type: none"> • анемия • тромбофилия (повышение свёртывания крови с образованием тромбов)
Суставы	<ul style="list-style-type: none"> • сакроилеит • периферический артрит (коленных, голеностопных, локтевых, лучезапястных и других суставов) • анкилозирующий спондилоартрит
Глаза	<ul style="list-style-type: none"> • увеит • эписклерит
Кости	<ul style="list-style-type: none"> • остеопороз
Кожа	<ul style="list-style-type: none"> • узловая эритема • гангренозная пиодермия
Грудная клетка	<ul style="list-style-type: none"> • плеврит • миокардит
Почки	<ul style="list-style-type: none"> • амилоидоз • нефролитиаз
Гепато билиарный тракт	<ul style="list-style-type: none"> • холецистолитиаз • первичный склерозирующий холангит • холангиокарцинома (рак желчных протоков); • аутоиммунный гепатит
Поджелудочная железа	<ul style="list-style-type: none"> • панкреатит

Диагностика

Для установления диагноза используют следующие виды лабораторных и инструментальных исследований:

- анализы крови, общий и биохимический
- копрограмма и анализ кала на скрытую кровь
- ректороманоскопия
- обзорная рентгенография брюшной полости
- колоноскопия
- биопсия
- эзофагогастродуоденоскопии
- МРТ и/или
- КТ с контрастированием кишечника
- УЗИ

Дифференциальная диагностика

Основные диагнозы, с которыми необходимо различать болезнь Крона: синдром раздражённого кишечника язвенный и инфекционный колиты

острый аппендицит
рак тонкой кишки

Осложнения болезни Крона

Осложнения, требующие срочного оперативного лечения:

- Острая кишечная непроходимость
- Перфорация
- Кровотечение

Не требующие срочного оперативного лечения:

- Стеноз – сужение просвета.
- Свищи
- Абсцесс
- Дисплазия – это клеточные изменения, дают начало неоплазии с образованием злокачественных клеток.
- Рак тонкой или толстой кишки.

Лечение

Показанием для госпитализации пациента в медицинскую организацию в экстренной или неотложной форме является:

- 1) осложнения БК
- 2) осложнения лечения БК

Лекарственные препараты

- системные и местные глюкокортикостероиды (преднизолон, метилпреднизолон, будесонид)
- иммуносупрессоры (азатиоприн, меркаптопурин, метотрексат)
- таргетные иммуносупрессоры
- биологические генно-инженерные препараты
- селективные иммунодепрессанты
- антибиотики
- вспомогательные симптоматические средства: для коррекции анемии, белковых и электролитных нарушений, для профилактики остеопороза и др.

Хронический панкреатит – необратимое вследствие длительного воспаления изменение тканей ПЖ с болью и/или стойким снижением функции.

Этиология и патогенез заболевания

- токсический/метаболический: алкоголь (60-70% ХП), табакокурение, гипертриглицеридемия, гиперкальциемия, ХПН, действие медикаментов и токсинов;
- наследственный;
- аутоиммунный;
- следствие рецидивирующего и тяжелого острого панкреатита;
- обструктивный (наличие камней в ЖП и холедохе – наиболее частая причина ХП у женщин);
- идиопатический.

Код по МКБ-10 K86.1 Хронический панкреатит

Классификация заболевания

- По клинике: болевой, диспептический, сочетанный, латентный
- По течению: редко-рецидивирующий, часто-рецидивирующий, с постоянно присутствующей симптоматикой ХП

Осложнения

- нарушение оттока желчи и пассажа дуоденального содержимого,
- портальная гипертензия (подпеченочная),
- псевдоаневризма,
- эндокринные нарушения (панкреатогенный сахарный диабет, гипогликемические состояния),
- воспалительные изменения (абсцесс, «ферментативный» холецистит, пневмония, экссудативный плеврит и пр.)
- остеопороз;

- рак ПЖ.

Клиническая картина

- боль: у 80–90%, в эпигастрии с иррадиацией в спину, усиливается после еды, уменьшается в положении сидя или наклоне вперед;
- симптомы недостаточности функции ПЖ: при 90% снижении функции, стеаторея и метеоризм, потеря массы тела у 30–52%;
- эндокринная недостаточность: нарушение толерантности к глюкозе, сахарный диабет.

Клинические стадии ХП

- 1 ст. доклиническая: признаки только по данным УЗ-исследования;
- 2 ст. начальных проявлений: боль типа «А», повторные приступы острого панкреатита;
- 3 ст. персистирующей симптоматики: боль типа «В», эндо- экзокринная недостаточность;
- 4 ст. атрофии ПЖ: выраженная недостаточность ПЖ, интенсивность боли снижается, без эпизодов острого панкреатита, СД, трофологическая недостаточность.

Тип А: непродолжительные приступы в течение до 10 дней на фоне длительных безболевого периода.

Тип В: более тяжелые и продолжительные эпизоды с безболевыми периодами длительностью 1–2 мес., чаще наблюдаются при алкогольном ХП.

Физикальное обследование:

- болезненность в зоне Шоффара при умеренной резистентности мышц брюшной стенки;
- положительный симптом Мейо-Робсона – болезненность левого реберно-позвоночного угла.

Лабораторные исследования

– Панкреатическая эластаза-1 в кале: 0–100 мкг/г – тяжелая недостаточность; 101–200 мкг/г – средняя или легкая.

– Гликозилированный гемоглобин, глюкоза натощак или глюкозотолерантный тест для оценки эндокринной недостаточности.

Инструментальные исследования

Обзорная рентгенография брюшной полости

УЗИ органов брюшной полости:

КТ органов брюшной полости с контрастированием - метод выбора;

МРТ при непереносимости йода.

Дифференциальная диагностика

1. Дискинезия желчевыводящих путей.
2. Желчнокаменная болезнь.
3. Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки.
4. Заболевания пищевода: эзофагит, эрозивно-язвенные поражения.
5. Синдром раздраженного кишечника.
6. Заболевания, сопровождающиеся синдромом нарушения пищеварения и всасывания.
7. Рак поджелудочной железы.

Лечение

Диетотерапия:

- Полный отказ от алкоголя и курения.
- Дробное высокобелковое, углеводное питание с ограничением жиров.
- Скрининг дефицита витаминов А, D, E и K и восполнение дефицита.

Консервативное лечение

Купирование боли в животе периодически или курсами: анальгетики (парацетамол), или НПВС, при неэффективности - трамадол, прегабалин, опиаты.

Антидепрессанты - неселективные ингибиторы обратного захвата моноаминов.

Препараты пищеварительных ферментов: креон, микрозим, панкреатин

ИПН - омепразол, рабепразол.

Оценка эффективности:

- через 6 месяцев - прибавка массы тела и снижение выраженности симптомов;

Хирургическое лечение

Показания для госпитализации:

- 1) рецидивирующий болевой абдоминальный синдром, неконтролируемый в амбулаторных условиях;
- 2) нарастающая трофологическая недостаточность;
- 3) декомпенсация сахарного диабета;
- 4) выраженные изменения по результатам УЗИ;
- 5) появление признаков осложненного течения ХП: механической желтухи, портальной гипертензии и др.

Хронический бескаменный холецистит – длительно существующее (более шести месяцев) полиэтиологическое воспалительное заболевание желчного пузыря, сочетающееся с функциональными нарушениями желчевыводящих путей и изменениями физико-химических свойств и биохимического состава желчи.

Этиология и патогенез

Определенную роль как этиологический фактор развития ХБХ играет острый холецистит. Возможно развитие первично хронического холецистита.

- 1) эндогенная условно патогенная инфекция – восходящий (кишечная палочка, протей, энтерококки); гематогенный, лимфогенный пути (стрептококки, стафилококки);
- 2) вирусная инфекция (вирусы гепатита В, С, Д, Е, энтеровирусы, аденовирусы);
- 3) воздействие пищевых или бактериальных аллергенов (аутоиммунное воспаление);
- 4) асептическое поражение (рефлюксы).

Код по МКБ-10 K81.1 Хронический холецистит

Клиническая картина

Клинические проявления заболевания складываются из сочетания (или преобладания) следующих синдромов.

1. Болевой синдром в виде периодических приступов желчной колики различной интенсивности, либо – постоянной боли в правом подреберье; боли могут иррадиировать под правую лопатку, нередко в область сердца. Провоцируют нарушения режима питания, жирная, острая пища, физическое или эмоциональное напряжение, инфекция.

2. Диспепсический синдром отрыжка горечью или постоянный горький привкус во рту, чувство распирания в верхней половине живота, вздутие кишечника, нарушение стула, вздутие живота, склонность к запорам, реже тошнота, рвота горечью.

3. Воспалительно-интоксикационный синдром: в фазе обострения чаще лихорадка субфебрильная. Гектическая является следствием гнойного воспаления (эмпиема желчного пузыря, абсцесс печени). У ослабленных больных и лиц пожилого возраста даже при гнойном холецистите t может быть субфебрильной, даже нормальной вследствие пониженной реактивности.

Желтуха не характерна, но может наблюдаться при затруднении оттока желчи (холестазе) из-за скопления слизи, эпителия или паразитов в общем желчном протоке либо при развившемся воспалении желчных протоков (холангите).

Клинические проявления наиболее выражены в фазу обострения.

При осмотре:

1) на наличие симптомов раздражения брюшины, участков мышечной защиты;

2) наличие положительных «пузырных» симптомов:

Курвуазье (увеличенный желчный пузырь),

Ортнера – Грекова (болезненность при поколачивании ребром ладони по правой реберной дуге),

Кера (боль при вдохе во время пальпации правого подреберья),

Образцова – Мерфи (равномерно надавливая большим пальцем руки на область желчного пузыря, предлагают больному сделать глубокий вдох; при этом у него захватывает дыхание и отмечается значительная боль в этой области),

Василенко (болезненность при поколачивании в точке желчного пузыря при задержке дыхания на высоте вдоха),

Мюсси – Георгиевского, или «френикус-симптом» (болезненность при надавливании между ножками грудино-ключично-сосцевидной мышцы справа).

Диагностика

УЗИ

Лабораторные исследования

общий анализ крови: лейкоцитоз, палочкоядерный сдвиг формулы влево, повышение СОЭ при обострении;

общий анализ мочи: темная моча, наличие желчных пигментов при развитии механической желтухи;

копрограмма

биохимический анализ крови: билирубин и его фракции, АСТ, АЛТ, ЩФ, ГГТП, глюкоза крови, общий белок, С-реактивный белок.

Инструментальные исследования

УЗИ печени, желчного пузыря, поджелудочной железы;

ЭФГДС;

рентгеновское исследование грудной клетки.

Дифференциальная диагностика проводится с:

желчнокаменной болезнью;

опухольями желчного пузыря;

хроническим панкреатитом;

язвенной болезнью;

обострением хронического гастрита;

глистной инвазией и др.

Течение легкой, среднетяжелой, тяжелой степени.

В большинстве случаев прогноз при ХБХ благоприятный.

Лечение проводится, как правило, амбулаторно.

Показания для госпитализации

1. При клинически выраженном обострении в гастроэнтерологическое или терапевтическое отделение.

2. Впервые возникшем сильном болевом синдроме, при угрозе развития деструктивного холецистита в хирургическое отделение.

Лечение

Рекомендации по режиму питания и диете.

Частые приемы небольших количеств пищи – четырехразовое – в фазе ремиссии, пятишестиразовое питание при обострении. В фазе резкого обострения в первые два дня назначается только теплое питье.

Не рекомендуются блюда в холодном виде.

Исключить: жареные, копченые блюда; шоколад, кофе; пиво, вино, газированные напитки; крепкие мясные, грибные и рыбные бульоны; тугоплавкие жиры; изделия из сдобного теста.

Медикаментозная терапия: купирование болевого синдрома:

- спазмолитики и холинолитики.

- НПВП. Препараты для купирования боли назначают однократно или короткими курсами.

Антибактериальные средства (по показаниям).

Коррекция желчеобразования и желчевыделения с учетом типа функциональных расстройств, проводится холеретиками и холекинетиками.

Немедикаментозная терапия: ЛФК, физиотерапия, санаторно-курортное лечение показано в стадии ремиссии (Дорохово, Ессентуки, Железноводск, Пятигорск, Моршин).

Желчнокаменная болезнь (холелитиаз) – хроническое заболевание с генетической предрасположенностью к образованию камней в желчных путях.

Факторы риска:

- 1) возраст - 30% у пожилых, 40-69 лет.
- 2) женский пол - в 2-3 раза выше, выравнивается к 50-59 годам.
- 3) беременность.
- 4) приём эстрогенов.
- 5) отягощенная наследственность.
- 6) ожирение, гипертриглицеридемия, метаболический синдром.
- 7) сахарный.
- 8) цирроз печени.
- 9) быстрое снижение веса

Этиология и патогенез

Причина ЖКБ - избыточная концентрация желчи.

Мелкие - до 1 см; средние - 1-2 см; крупные - >2 см

Виды камней:

- Холестериновые - содержание холестерина от 50% до 90%.
- Пигментные - при хроническом воспалении желчных путей.

Условия формирования холестериновых камней:

1. Перенасыщение желчи ХС.
2. Ухудшение моторики ЖП.

Клиническая картина

- «Классический тип» пациента – гиперстенического телосложения женщина старше 40 лет с повышенным весом и анамнезом родов.
- ЖКБ может быть бессимптомной.
- Клиника развивается при воспалении или обструкции желчных путей камнем.
- Главные проявление - приступы желчной (печеночной) колики и острого холецистита.

Желчная колика

- Причина колики - вклинение камня в шейку ЖП, попадание в пузырный проток или холедох. Смещение камня могут провоцировать тряская езда, наклоны туловища.
- Развивается через 1-1,5ч после употребления жирной, жареной еды или большого объема пищи после длительного ограничения. Часто - в ночное время, через несколько часов после засыпания.
- Боль выраженная и постоянная, распирающая, быстро нарастает интенсивность, достигая «плато».
- Боль локализуется в эпигастрии и правом подреберье, иррадирует под правую лопатку, в межлопаточное пространство, правое плечо и шею справа.
- Сопровождается тошнотой, рвотой, не приносящей облегчения, тахи- или брадикардией, изменениями АД, парезом кишечника или позывами на дефекацию, субфебрилитетом.
- После введения спазмолитиков или самопроизвольно приступ быстро разрешается, реже – постепенно.
- Продолжительность колики - от минут до часов.
- Если приступ колики продолжается более 6 часов – подозрение на острый холецистит.

Осложнения: острый холецистит, острый панкреатит, холангит– воспалением желчных протоков, непроходимость кишечника, желчные свищи.

Дифференциальный диагноз

- Инфаркт миокарда.
- Атака панкреатита.
- Диспепсия.
- Дискинезия желчных путей.
- Абсцесс печени.

Диагностика ЖКБ

- УЗИ печени и желчных путей – метод выбора.
- Обзорная рентгенография брюшной полости

Холецистография с пероральным контрастированием.
Эндоскопическая ретроградная холангиография.
МРТ
КТ
Холецистосцинтиграфия.

Лечение

Тактика наблюдения при бессимптомном течении целесообразна.

Образ жизни, питание

- Поддержание нормальной массы тела.
- Умеренная калорийность рациона.
- Дробное питание 5-6 раз в день с перерывами не более 4-5 часов.
- Целесообразно обогащение рациона пищевыми волокнами (фрукты и овощи), злаками (зерновой хлеб, овес, коричневый рис, продукты с отрубями), фасоль и чечевица.
- Курица и индейка без кожи, не жирная рыба.
- Кисломолочные продукты с пониженным содержанием жира, молочные продукты - минимум.
- Избегать жареных блюд, копченостей, выпечки и пищи, богатой простыми углеводами.
- Регулярная физическая активность предотвращает рост веса.

Хирургическое лечение

- Главный метод лечения ЖКБ с клинической симптоматикой - холецистэктомия. С развитием новых технологий операцию выполняют лапароскопически.

Консервативное лечение ЖКБ

Растворение камней в желчном пузыре

Купирование билиарной колики:

Спазмолитики различных классов парентерально – гиосцина бутилбромид

1. «по требованию» 10-20 мг внутрь или суппозитории
2. курс 10-30 дней до еды 10-20 мг 3 раза в день

Купирование диспепсических явлений

Прогноз

Риск смерти от ЖКБ при выжидательной тактике низкий.

Риск рака ЖП на фоне ЖКБ повышен, максимально высокий – при «фарфоровом» ЖП, поэтому показана профилактическая холецистэктомия.

Хронический гепатит – это диффузное полиэтиологическое воспалительно-дистрофическое поражение печени, продолжительностью более 6 месяцев, с развитием в ней фиброзных изменений и исходом в ЦП.

Классификация

Коды по МКБ 10:

V18. K70. K71. K73.

K73.9 Хронический гепатит неуточненный

По этиологии и патогенезу:

1. Хронический вирусный гепатит В
2. Хронический вирусный гепатит С
3. Хронический вирусный гепатит D
4. Аутоиммунный гепатит (АИГ)
5. Лекарственно – индуцированный
6. Криптогенный (неустановленной этиологии).

Стадии ХГ:

- 0 - фиброз отсутствует
- 1 - слабый фиброз
- 2 - умеренный фиброз
- 3 - выраженный фиброз
- 4 – тяжелый фиброз, ЦП

Этиологические факторы ХГ

1. Вирусы гепатитов В, С, D, F, G, Эпштейна-Бара, цитомегаловирус, Коксаки, герпеса.
2. Токсические факторы (соли тяжелых металлов, тринитротолуол, четыреххлористый углерод, афлотоксины, грибной яд).
3. Лекарственные (допегит, тубазид, амиодарон, цитостатики, нестероидные противовоспалительные препараты (НПВС), антибактериальные, анаболические стероиды, БАДы).
4. Алкогольный
5. Метаболический: неалкогольный стеатогепатит (НЖБП)
6. Аутоиммунный
7. Наследственный
8. Холестатический
9. Другие: сифилис, гипервитаминоз А.
10. Криптогенный (неустановленной этиологии).

Клинические синдромы ХГ

Астеновегетативный

Диспепсический

Болевой

Холестатический

Иммуновоспалительный

Гепатомегалия

При высокой активности, прогрессировании заболевания и формировании цирротической стадии ХГ дополнительно развиваются:

ПГ

Печеночная недостаточность

Кожные синдромы

Геморрагический

Диагностика

• **УЗИ печени**

• **Фиброэластография**

• **МРТ, КТ**

4. **ЭГДС**

6. **Пункционная биопсия** печени «золотой стандарт»

7. **Лабораторная диагностика:**

Выделение биохимических синдромов: цитолиза, синдрома мезенхимального воспаления, печёчно-клеточной недостаточности, холестаза, иммунного воспаления

При вирусной этиологии – серологическая диагностика маркеров вирусной инфекции:

Дифференциальная диагностика

1) с острыми вирусными (аутоиммунными, лекарственными) гепатитами;

2) неалкогольной жировой болезнью печени;

3) холангитами;

4) опухолями печени;

5) абсцессами.

Немедикаментозное лечение

Диета. Отмена алкоголя, гепатотоксичных препаратов и средств.

Ограничение физических и психоэмоциональных нагрузок.

Коррекция метаболических нарушений (ожирения, ДЛП, СД).

Медикаментозное лечение

Гепатопротекторы: препараты на основе расторопши пятнистой; аденозилметионин; препараты урсодезоксихолевой кислоты; производные глицирризиновой кислоты – при всех формах ХГ.

Противовирусная терапия – ХГВ, ХГС.

ГКС, иммунодепрессанты – аутоиммунный гепатит.

Лечение синдрома холестаза.

Терапия ПГ.

Дезинтоксикационная терапия.

Улучшение процессов пищеварения и моторики, коррекция дисбактериоза

Тактика ведения больных ХГ При первичном обнаружении HBsAg в крови

при диспансеризации или в процессе планового обследования в поликлинике:

1) консультация врача-инфекциониста;

2) при отсутствии клинических симптомов заболевания амбулаторно исследуются биохимические показатели крови, проводится инструментальное обследование; дальнейшее обследование (вирусологическое, иммунологическое и др.), проводится в плановом порядке амбулаторно (в том числе в дневном стационаре) в специализированных гепатологических центрах.

Показания к госпитализации в инфекционный стационар: наличие желтухи, симптомов интоксикации (рвота, потеря аппетита, головокружение и т.д.), острое начало заболевания для исключения острого вирусного гепатита.

Показания к госпитализации в многопрофильный стационар:

1) обострение хронического заболевания печени;

2) тяжелое состояние пациента (при впервые выявленном циррозе печени в стадии декомпенсации, кровотечении из варикозно расширенных вен пищевода).

Репликативная фаза вирусного ХГ.

Особенности течения заболеваний ЖКТ у гериатрических пациентов:

- необходимость проведения комплексной гериатрической оценки пациента
- наличие сопутствующих заболеваний (течение и терапия которых негативно сказываются на состоянии пациента),
- возрастные изменения, ограничивающие применение сложных инструментальных методов исследования, трудности исследования и интерпретации функции ЖКТ,
- низкая приверженность к терапии,
- необходимость тщательного выбора лекарственного средства с учетом возможных взаимодействий с препаратами сопутствующей терапии, оценкой потенциальных нежелательных явлений;
- частые обострения, высокий риск смерти
- снижение реактивности, изменения системы иммунитета могут обуславливать атипичное течение
- индивидуальный подход к подбору лекарственных доз.

Список литературы

1. Абросимова, Л. Ф. Пропедевтика внутренних болезней. Практикум: учебное пособие для СПО / Л. Ф. Абросимова, Т. Ю. Заречнева. — Санкт-Петербург: Лань, 2021. — 104 с. — Текст : электронный // Лань : электронно-библиотечная система. — URL: <https://e.lanbook.com/book/183177> (дата обращения: 14.04.2022).
2. Заречнева, Т. Ю. Пропедевтика внутренних болезней. Курс лекций : учебное пособие для СПО / Т. Ю. Заречнева. — 2-е изд., стер. — Санкт-Петербург : Лань, 2022. — 80 с. — Текст : электронный // Лань : электронно-библиотечная система. — URL: <https://e.lanbook.com/book/200396> (дата обращения: 14.04.2022).
3. Нечаев, В. М. Лечение пациентов терапевтического профиля : учебник / В. М. Нечаев, Л. С. Фролькис, Л. Ю. Игнатюк [и др.]. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2018. - 864 с. : ил. - 864 с. - Текст : электронный // URL : <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970445457.html>
4. Клинические рекомендации МЗ РФ

Тестовые задания и ситуационные задачи к практическому занятию на тему: «Проведение диагностических мероприятий и планирование лечения у пациентов с заболеваниями органов пищеварения»

ПМ.02 «Осуществление лечебно-диагностической деятельности»

МД К 02.01. Проведение медицинского обследования с целью диагностики, назначения и проведения лечения заболеваний терапевтического профиля Специальность 31.02.01

Лечебное дело

ТЕСТОВЫЕ ЗАДАНИЯ

1. ПРИЧИНОЙ ПИЩЕВОДНОГО КРОВОТЕЧЕНИЯ ПРИ ЦИРРОЗЕ ПЕЧЕНИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) снижение гемоглобина крови
- 2) повышение давления в портальной вене
- 3) высокая вирусная нагрузка
- 4) желтуха

2. СНИЖЕНИЕ АЛЬБУМИНОВ КРОВИ ПРИ ЦИРРОЗЕ ПЕЧЕНИ ЯВЛЯЕТСЯ СЛЕДСТВИЕМ

- 1) нарушения всасывания белков из кишечника
- 2) портальной гипертензии
- 3) диспротеинемии
- 4) нарушения синтетической функции гепатоцитов

3. ЖЕЛЧНЫЙ ПУЗЫРЬ СОКРАЩАЕТСЯ ПОД ВЛИЯНИЕМ

- 1) гастрин
- 2) холецистокинина
- 3) панкреатического сока
- 4) секретина

4. ПОВЫШЕНИЕ УРОВНЯ КАЛЬПРОТЕКТИНА В КАЛЕ ВЫШЕ 300 МКГ/Г ПОДТВЕРЖДАЕТ ДИАГНОЗ

- 1) аскаридоз
- 2) болезнь Крона
- 3) синдром раздраженного кишечника
- 4) глютенная энтеропатия

5. ДЛЯ СИНДРОМА МАЛЬАБСОРБЦИИ ХАРАКТЕРНЫМ СИМПТОМОМ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) рвота
- 2) диарея
- 3) запор
- 4) абдоминальная боль

6. ПРЕПАРАТАМИ ВЫБОРА ПРИ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЯВЛЯЮТСЯ

- 1) ингибиторы протонной помпы
- 2) блокаторы H₂-рецепторов гистамина
- 3) блокаторы дофаминовых рецепторов
- 4) алюминийсодержащие гастропротекторы

7. ДЛЯ ЯЗВЕННОГО КОЛИТА ХАРАКТЕРНО

- 1) безрецидивное течение
- 2) наличие частых кровотечений
- 3) сегментарное поражение
- 4) появление трансмуральных язв

8. ДИАГНОЗ СИНДРОМА РАЗДРАЖЁННОГО КИШЕЧНИКА ИСКЛЮЧАЕТСЯ ПРИ

- 1) стуле чаще 3 раз в неделю
- 2) чувстве неполного опорожнения кишечника
- 3) наличии крови в кале
- 4) стуле реже 3 раз в неделю

9. В ДИАГНОСТИКЕ ЦИРРОЗА ПЕЧЕНИ РЕШАЮЩИМ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) ультразвуковое исследование
- 2) рентгенография
- 3) эластометрия
- 4) ирригоскопия

10. ХАРАКТЕРНЫМ ОСЛОЖНЕНИЕМ ЦИРРОЗА ПЕЧЕНИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) кровохарканье
- 2) печеночная недостаточность
- 3) нарушение атриовентрикулярной проводимости
- 4) гипертонический криз

11. НА НАЛИЧИЕ ХОЛЕСТАЗА УКАЗЫВАЮТ

- 1) повышение аспарагиновой и аланиновой трансаминаз, глюкозы
- 2) снижение протромбина, гемоглобина, фибриногена
- 3) увеличение амилазы, общего белка, креатинина
- 4) повышение щелочной фосфатазы, билирубина, холестерина

12. ПРИ СИНДРОМЕ РАЗДРАЖЁННОЙ КИШКИ ОТМЕЧАЮТСЯ

- 1) органические изменения
- 2) наследственные нарушения
- 3) аномалии развития кишечника
- 4) функциональные расстройства

13. СИМПТОМ «ГОЛОВЫ МЕДУЗЫ» ХАРАКТЕРЕН ДЛЯ

- 1) гастрита
- 2) панкреатита
- 3) цирроза печени
- 4) язвенной болезни

14. РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИЙ СИМПТОМ «НИШИ» ХАРАКТЕРЕН ДЛЯ

- 1) язвенной болезни
- 2) холецистита
- 3) гастрита
- 4) панкреатита

15. ПРИ БИЛИАРНОМ ЦИРРОЗЕ ПЕЧЕНИ ОСНОВНОЙ СИМПТОМ

- 1) желтуха с кожным зудом
- 2) желтуха без кожного зуда
- 3) рвота.

4) Асцит

16. В СХЕМЕ ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ПАНКРЕАТИТА ОТСУТСТВУЮТ

- 1) желчегонные
- 2) прокинетики
- 3) ингибиторы протонной помпы
- 4) ферменты

17. ГИПЕРСПЛЕНИЗМ ВСТРЕЧАЕТСЯ У БОЛЬНЫХ, СТРАДАЮЩИХ

- 1) желчнокаменной болезнью
- 2) циррозом печени
- 3) острым лейкозом
- 4) амилоидозом

18. МЕТОДОМ ДИАГНОСТИКИ ЯЗВЕННОГО КОЛИТА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) фиброгастроскопия
- 2) дуоденальное зондирование
- 3) колоноскопия с прицельным биопсийным исследованием
- 4) ирригоскопия

19. В ДИАГНОСТИКЕ ЭРОЗИВНОЙ ФОРМЫ ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНИ «золотым стандартом» является

- 1) определение *Helicobacter pylori*
- 2) суточный мониторинг pH в пищеводе и желудке + эзофагогастроскопия
- 3) анализ кала на скрытую кровь
- 4) рентгеноскопия пищевода и желудка

20. ВЕДУЩЕЙ ПРИЧИНОЙ РАЗВИТИЯ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ является

- 1) нарушение диеты
- 2) курение
- 3) *Helicobacter pylori*
- 4) нарушение моторики желудка

21. ПРИ ПИЩЕВОДЕ БАРРЕТА ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ ПОВЫШЕННЫЙ РИСК РАЗВИТИЯ

- 1) аденокарциномы пищевода
- 2) кровотечения из варикозно расширенных вен пищевода
- 3) плоскоклеточного рака пищевода
- 4) лейкоплакии пищевода

22. ХОЛЕСТЕРИН В ОРГАНИЗМЕ ЧЕЛОВЕКА

- 1) синтезируется в печени и надпочечниках
- 2) поступает исключительно с пищей
- 3) синтезируется в печени и почках
- 4) синтезируется в печени и поступает с пищей

23. ОСНОВНЫМ КЛИНИЧЕСКИМ ПРИЗНАКОМ ХОЛЕСТАЗА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) спленомегалия
- 2) асцит
- 3) кожный зуд
- 4) гепатомегалия

24. ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ГАСТРИТЕ С ВЫРАЖЕННОЙ СЕКРЕТОРНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ НАБЛЮДАЕТСЯ

- 1) склонность к запорам
- 2) тошнота
- 3) горечь во рту
- 4) изжога

25. ПОЗДНИЕ, «ГОЛОДНЫЕ», НОЧНЫЕ БОЛИ ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ

- 1) хронического колита
- 2) язвенной болезни желудка
- 3) хронического энтерита
- 4) язвенной болезни 12-перстной кишки

26. ЖЕЛЧЕГОННЫМ ДЕЙСТВИЕМ ОБЛАДАЮТ ЛЕКАРСТВЕННЫЕ ТРАВЫ:

- 1) сенаде, корень крушины
- 2) подорожник, крапива двудомная
- 3) барбарис обыкновенный, кукурузные рыльца
- 4) лист брусничный, хвощ полевой

27. К ЖЕЛЧЕГОННЫМ ПРЕПАРАТАМ ОТНОСИТСЯ:

- 1) холензим
- 2) фамотидин
- 3) фестал
- 4) маалокс

28. ПОДЖЕЛУДОЧНАЯ ЖЕЛЕЗА ВЫРАБАТЫВАЕТ:

- 1) пепсин
- 2) ренин
- 3) гастрин
- 4) липазу

29. ДЛЯ ПАНКРЕАТИТА ХАРАКТЕРНО:

- 1) поносы
- 2) изжога
- 3) рвота, приносящая облегчение
- 4) запоры

30. К АНТИФЕРМЕНТНЫМ ПРЕПАРАТАМ ОТНОСИТСЯ:

- 1) панкреатин
- 2) тримебутин
- 3) мезимфорте
- 4) гордокс

СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ

Ситуационная задача № 1

К фельдшеру обратилась женщина 24 лет с жалобами на появление боли в эпигастральной области после еды, отрыжку кислым, изжогу. Режим питания не соблюдает. Боли беспокоят 2 года.

Объективно: температура 36,6⁰С. Состояние удовлетворительное. Кожа чистая. Язык обложен беловатым налетом. Живот при пальпации мягкий, отмечается слабая болезненность в эпигастральной области. Со стороны других органов патологии нет.

Вопросы:

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз.
2. Назовите дифференциальный ряд заболеваний.
3. Определите Вашу тактику в отношении пациента.
4. Назовите необходимые дополнительные лабораторные, инструментальные методы исследования.
5. Расскажите о принципах лечения.

Ситуационная задача № 2

Больной В., 40 лет, обратился к фельдшеру с жалобами на чувство полноты и боли в эпигастральной области, возникающие вскоре после еды, частую отрыжку тухлым, отмечает похудание. Считает себя больным в течение 5 лет. Последние 2 дня ухудшение самочувствия связывает с погрешностью в диете (выпивал). Вредные привычки: курит, употребляет алкоголь.

Объективно: общее состояние удовлетворительное, кожа бледная, подкожно-жировой слой выражен недостаточно. Со стороны сердечно-сосудистой системы и легких патологии нет. Язык обложен белым налетом. Живот вздут, при пальпации нерезкая болезненность в эпигастральной области. Печень и селезенка не пальпируются.

Вопросы:

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз.
2. Назовите дифференциальный ряд заболеваний.
3. Определите Вашу тактику в отношении пациента.
4. Назовите необходимые дополнительные лабораторные, инструментальные методы исследования.
5. Расскажите о принципах лечения.

Ситуационная задача № 3

Больной Г., 40 лет, обратился к фельдшеру с жалобами на острые боли в животе, возникающие через 30 мин. после приема пищи, рвоту на высоте боли, приносящую облегчение. Иногда больной сам вызывает рвоту после еды для уменьшения боли. Аппетит сохранен, но из-за появления болей после еды, больной ограничивает прием пищи. Болен несколько лет, ухудшение состояния отмечается в осенне-весенний период, обострения

провоцируются эмоциональными перегрузками. Больной курит в течение 20 лет по 1 пачке сигарет в день.

Объективно: общее состояние удовлетворительное. Кожные покровы и видимые слизистые оболочки бледные, подкожно-жировая клетчатка развита недостаточно. Легкие и сердце без патологии. Язык обложен беловатым налетом. При пальпации живота отмечается болезненность в эпигастральной области. Печень и селезенка не пальпируются.

Вопросы:

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз.
2. Назовите дифференциальный ряд заболеваний.
3. Определите Вашу тактику в отношении пациента.
4. Назовите необходимые дополнительные лабораторные, инструментальные методы исследования.
5. Расскажите о принципах лечения.

Ситуационная задача № 4

Больная В., 35 лет, обратилась к фельдшеру с жалобами на тупые, ноющие боли в области правого подреберья, которые обычно возникают через 1-3 часа после приема обильной, особенно жирной пищи и жареных блюд, ощущение горечи во рту, отрыжку воздухом, тошноту, вздутие живота, неустойчивый стул. Больна несколько лет.

Объективно: температура 37,2⁰С. Общее состояние удовлетворительное. Кожные покровы и видимые слизистые оболочки чистые, розового цвета. Подкожно-жировая клетчатка развита чрезмерно. Легкие и сердце без патологии. Язык обложен желтовато-коричневым налетом. Живот мягкий, при пальпации умеренно болезненный в правом подреберье. Печень и селезенка не пальпируются.

Вопросы:

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз.
2. Назовите дифференциальный ряд заболеваний.
3. Определите Вашу тактику в отношении пациента.
4. Назовите необходимые дополнительные лабораторные, инструментальные методы исследования.
5. Расскажите о принципах лечения.

Ситуационная задача № 5

Пациент К., 60 лет, обратился к фельдшеру ФАП с жалобами на общую слабость, тошноту, тяжесть в правом подреберье, метеоризм, кожный зуд. Из анамнеза выяснено, что в течение многих лет злоупотребляет алкоголем.

Объективно: состояние средней тяжести, температура тела 36,9⁰ С. Кожные покровы, видимые слизистые субиктеричны, следы расчёсов на коже. Губы и язык малиновые. На коже груди сосудистые звездочки, вокруг пупка расширенные, извитые подкожные вены. Питание снижено. Дыхание ослабленное везикулярное. Тоны сердца ритмичные, приглушены, ЧСС 92 уд./мин., АД 130/80 мм рт. ст. Живот при пальпации умеренно болезненный в правом подреберье. Печень + 4,0 см, плотная, бугристая. Пальпируется увеличенная селезенка.

Вопросы:

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз.
2. Назовите дифференциальный ряд заболеваний.
3. Определите Вашу тактику в отношении пациента.
4. Назовите необходимые дополнительные лабораторные, инструментальные методы исследования.
5. Расскажите о принципах лечения.

КРИТЕРИИ ОТВЕТОВ НА ТЕСТОВЫЕ ЗАДАНИЯ

1 – 2	11 – 4	21 – 1
2 – 4	12 – 4	22 – 4
3 – 2	13 – 3	23 – 3
4 – 2	14 – 1	24 – 2
5 – 2	15 – 1	25 – 4
6 – 1	16 – 1	26 – 3
7 – 2	17 – 2	27 – 1
8 – 3	18 – 3	28 – 4
9 – 3	19 – 2	29 – 1
10 – 2	20 – 3	30 – 4

ОТВЕТЫ НА СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ:**Ситуационная задача № 1****1. Постановка диагноза и его обоснование.**

1. Предположительный диагноз. К 29.7 - Гастрит неуточненный.

Обоснование диагноза:

– основные жалобы: боль в эпигастральной области, отрыжка кислым, изжога;

– анамнез: связь с приемом пищи; нарушение режима питания, боли беспокоят 2 года;

– объективные данные:

- при осмотре языка - обложенность;

- при пальпации живота - болезненность в эпигастральной области

2. Дифференциальный ряд заболеваний: функциональная диспепсия, рак желудка, язвенная болезнь желудка, 12 перстной кишки

3. Тактика ведения: необходимо направить пациента на консультацию к терапевту для уточнения диагноза и определения тактики лечения.

Диспансерное наблюдение: осмотр, консультация гастроэнтеролога 1 раз в год.

4. Методы дополнительной диагностики:

1. Лабораторные методы диагностики:

• общий (клинический) анализ крови;

– общий анализ крови,

Инструментальные диагностические исследования

• ЭГДС

• биопсия слизистой - из двух отделов по два биоптата.

Первичная диагностика инфекции *H.pylori*:

- дыхательные тесты с меченой мочевиной, уреазный на *Helicobacter pylori*;
- определение антигена *pylori* в кале;
- при ЭГДС быстрый уреазный тест с биопсией;
- ДНК *Helicobacter pylori* в биоптатах методом ПЦР;
- антитела класса IgG к *H.pylori*

5. Принципы лечения:

- режим полупостельный;
- диета химически, термически и механически щадящая, дробный прием пищи (5-6 раз) в теплом виде;

при наличии *Helicobacter pylori*:

- трехкомпонентная схема лечения: омепразол 20 мг в сутки, кларитромицин 500 мг 2 раза в сутки, амоксициллин 1000 мг 2 раза в сутки в течение 7-10 дней;
- цитопротекторы: препараты висмута (висмута субнитрат, висмута трикалия дицитрат, висмута нитрат основной), сукральфат, мизопростол;
- прокинетики: метоклопрамид, акотиамид, домперидон, итоприд, тримебутин – для снижения частоты рефлюксов желчи;
- спазмолитики: дротаверин, гиосцина бутилбромид, мебеверин – для купирования спастического болевого синдрома.

Санаторно-курортное лечение.

Ситуационная задача № 2

1. Постановка диагноза и его обоснование.

Предположительный диагноз. К 29.7 - Гастрит неуточненный.

Обоснование диагноза:

- основные жалобы: чувство полноты и боли в эпигастральной области, возникающие после еды, отрыжка тухлым, похудание
- анамнез: длительность заболевания; связь обострения с погрешностями в диете; вредные привычки: курение, употребление алкоголя;
- объективные данные:
 - при осмотре: бледность кожи, недостаточное развитие подкожно-жировой клетчатки, обложенность языка
 - при пальпации: болезненность в эпигастральной области.

2. Дифференциальный ряд заболеваний: функциональная диспепсия, рак желудка,

3. Тактика ведения: необходимо направить пациента на консультацию к терапевту для уточнения диагноза и определения тактики лечения.

Диспансерное наблюдение:

- осмотр, консультация гастроэнтеролога 1 раз в год;
- осмотр, консультация онколога по показаниям;
- ЭГДС с биопсией;
- аутоиммунный гастрит – ЭГДС каждые 1-2 года.

4. Методы дополнительной диагностики:

Лабораторные диагностические исследования

- общий (клинический) анализ крови;
- анализ крови на антитела к париетальным клеткам и антитела к фактору Касла при подозрении на аутоиммунный гастрит;
- анализ крови на пепсиноген I, пепсиноген II и гастрин-17 при подозрении на предраковые изменения.

Инструментальные диагностические исследования

- ЭГДС

– биопсия слизистой - из двух отделов по два биоптата (с последующим патолого-анатомическим исследованием биопсийного материала желудка, в том числе с применением гистохимических и иммуногистохимических методов.

Иные диагностические исследования

Первичная диагностика инфекции *H.pylori*:

- дыхательные тесты с меченой мочевиной, уреазный на *Helicobacter pylori*;
- определение антигена *pylori* в кале;
- при ЭГДС быстрый уреазный тест с биопсией;
- ДНК *Helicobacter pylori* в биоптатах методом ПЦР;
- антитела класса IgG к *pylori*

5. Принципы лечения:

- режим полупостельный;
- диета химически, термически и механически щадящая, дробный прием пищи (5-6 раз) в теплом виде; Исключается трудно перевариваемая пища - жирное мясо, мучные продукты. Разрешаются пряности и приправы.
- при наличии *Helicobacter pylori*:
 - трехкомпонентная схема лечения: омепразол 20 мг в сутки, кларитромицин 500 мг 2 раза в сутки, амоксициллин 1000 мг 2 раза в сутки в течение 7-10 дней;
 - прокинетики: метоклопрамид, акотиамид, домперидон, итоприд, тримебутин – для снижения частоты рефлюксов желчи.
 - спазмолитики: дротаверин, гиосцина бутилбромид, мебеверин – для купирования спастического болевого синдрома.
 - заместительная терапия ферментами во время еды (панкреатин, креон, мезим форте) и препаратами желудочного сока – проводится при атрофическом гастрите и ахлоргидрии.
 - Фитотерапия: сок подорожника, плантаглюцид
- Санаторно-курортное лечение.

Ситуационная задача № 3

1. Постановка диагноза и его обоснование.

Предположительный диагноз.

МКБ 10: K25. Язва желудка

K25.7 – хроническая без кровотечения и прободения

K25.9 – не уточненная как острая или хроническая без кровотечения и прободения

Обоснование диагноза:

– основные жалобы: интенсивные «ранние» боли в животе, связь с приемом пищи, изжога, отрыжка кислым, иногда тошнота и рвота, приносящие облегчение.

– анамнез:

- самостоятельное вызывание рвоты на высоте боли;
- аппетит сохранен;
- сезонность обострений;
- связь обострений с психоэмоциональными перегрузками;
- вредные привычки – курение.

– объективные данные:

- при осмотре: бледность кожи и слизистых, недостаточное развитие подкожно-жировой клетчатки;
- при пальпации: болезненность в эпигастральной области.

2. Дифференциальный ряд заболеваний: функциональная диспепсия, хронический гастрит, рак желудка, язвенная болезнь 12 перстной кишки

3. Тактика ведения: необходимо направить пациента на консультацию к терапевту для уточнения диагноза и определения тактики лечения.

Диспансерное наблюдение: ежегодно 5 лет с последнего обострения.

4. Методы дополнительной диагностики:

Лабораторные и инструментальные исследования

- общий (клинический) анализ крови с гемоглобином и гематокритом;
- кал на скрытую кровь.
- Тесты на *H. pylori*
- ЭГДС с биопсией
- при невозможности ЭГДС - рентгенография желудка и ДПК – симптом «ниши».

5. Принципы лечения:

- режим постельный;
 - диета химически, термически и механически щадящая, дробный прием пищи (5-6 раз) в теплом виде;
 - отказ от курения;
 - нормализация режима труда и отдыха;
 - 4-6 нед. антисекреторной терапии ингибиторами протонного насоса (ИПН);
 - при неэффективности/ противопоказания к ИПН 4-6 нед. блокаторов H₂-гистаминовых рецепторов;
 - ребамипид;
 - при наличии *Helicobacter pylori*:
стандартная тройная 14 дней по 2 раза/сут. - ИПН + кларитромицин 500 мг + амоксициллин 1000 мг + висмута трикалия дицитрат 240 мг или 120 мг 4 раза/день или
1. классическая четырехкомпонентная 10-14 дней с висмута трикалия дицитратом 120 мг 4 раза/сут. + ИПН 2 раза/сут. + тетрациклин 500 мг 4 раза/сут. + метронидазол 500 мг 3 раза/сут. или
 2. квадротерапия без висмута 14 дней ИПН 2 раза/сут. + амоксициллин 1000 мг 2 раза/сут. + кларитромицин 500 мг 2 раза/сут. + метронидазол 500 мг 3 раза/сут;
 3. Санаторно-курортное лечение.

Ситуационная задача № 4

1. Постановка диагноза и его обоснование.

Предположительный диагноз.

МКБ 10: K81.9 – Холецистит неуточненный

Обоснование диагноза:

- основные жалобы: тупые ноющие боли в правом подреберье; ощущение горечи во рту, отрыжка, тошнота, метеоризм, неустойчивый стул.

- анамнез:

- связь с приемом обильной жирной пищи и жареных блюд;
- длительность заболевания несколько лет.

- объективные данные:

- субфебрильная температура;
- при осмотре: избыточное развитие подкожно-жировой клетчатки, обложенность языка;
- при пальпации: умеренная болезненность в правом подреберье.

2. Дифференциальный ряд заболеваний: дискинезия желчевыводящих путей, хронический панкреатит, желчнокаменная болезнь, хронический гепатит, язвенная болезнь 12-перстной кишки, глистная инвазия.

3. Тактика ведения пациентки: необходима консультация терапевта и хирурга для уточнения диагноза, определения плана обследования, тактики лечения и решения вопроса о госпитализации.

Диспансерное наблюдение:

ХНХ, обострения три-четыре раза в год рекомендован осмотр терапевта, гастроэнтеролога два-три раза в год, по показаниям – хирург.

ХНХ, обострения один-два раза в год рекомендован осмотр терапевта не менее одного раза в год, гастроэнтеролога, хирурга – по показаниям.

4. Дополнительные методы диагностики:

1. Лабораторные методы диагностики:

- общий анализ крови: лейкоцитоз, палочкоядерный сдвиг формулы влево, повышение СОЭ при обострении;
- общий анализ мочи: темная моча, наличие желчных пигментов при развитии механической желтухи;
- копрограмма;
- биохимический анализ крови: билирубин и его фракции, АСТ, АЛТ, ЩФ, ГГТП, глюкоза крови, общий белок, С-реактивный белок.

2. Инструментальные методы диагностики:

- УЗИ печени, желчного пузыря, поджелудочной железы;
- ЭФГДС;
- рентгеновское исследование грудной клетки.

5. Принципы лечения:

- Рекомендации по режиму питания и диете:

- частые приемы небольших количеств пищи – четырехразовое – в фазе ремиссии, пятишестиразовое питание при обострении;
- в фазе резкого обострения в первые два дня назначается только теплое питье;
- не рекомендуются блюда в холодном виде;
- исключить: жареные, копченые блюда, шоколад, кофе, пиво, вино, газированные напитки, крепкие мясные, грибные и рыбные бульоны, тугоплавкие жиры, изделия из сдобного теста.

- Медикаментозная терапия: купирование болевого синдрома:

- спазмолитики и холинолитики;
- НПВП, препараты для купирования боли назначают однократно или короткими курсами;
- антибактериальные средства (по показаниям);
- коррекция желчеобразования и желчевыделения с учетом типа функциональных расстройств, проводится холеретиками и холекинетиками.

- Немедикаментозная терапия: ЛФК, физиотерапия, санаторно-курортное лечение показано в стадии ремиссии.

Ситуационная задача № 5

1. Постановка диагноза и его обоснование.

Предположительный диагноз.

K70.3 - алкогольный цирроз печени

Обоснование диагноза:

- основные жалобы: на общую слабость, тошноту, тяжесть в правом подреберье, метеоризм, кожный зуд;
- данные анамнеза: длительное злоупотребление алкоголем;
- объективные данные: желтушность, следы расчёсов на коже, «печёночные» губы, язык и ладони, «сосудистые звёздочки», увеличение селезёнки и печени (печень плотная, бугристая).

2. Дифференциальный ряд заболеваний: острые (вирусные, алкогольные, лекарственные) гепатиты, ЖКБ, токсические воздействия различных веществ, тяжёлых металлов и лекарств; рак печени.

3. Тактика ведения пациента: необходима консультация терапевта для уточнения диагноза, определения плана обследования, тактики лечения и решения вопроса о плановой госпитализации.

Диспансерное наблюдение: 1 раз в 3-4 месяца.

4. Дополнительные методы исследования

1. Лабораторные методы диагностики:

- общий анализ крови,
- анализ крови биохимический (АЛТ, АСТ, общий белок, холестерин, глюкоза, мочеви́на, креатинин, билирубин);
- коагулограмма;
- общий анализ мочи;
- маркеры вирусных гепатитов;
- ферритин, церулоплазмин.

2. Инструментальные методы диагностики:

- УЗИ органов брюшной полости (комплексное);
- при возможности УЗДГ печеночных и воротных вен;
- ЭГДС;
- эластометрия печени;
- КТ или МРТ органов брюшной полости;
- биопсия печени - «золотой стандарт».

5. Принципы лечения:

- режим постельный;
- отказ от алкоголя;
- диета с ограничением поваренной соли до 3 г в сутки, прием пищи 5-6 раз в сутки, полноценное питание с энергетической ценностью не менее 2000 ккал/сут., исключение из рациона острой, жирной, жареной, копченой, грубой пищи;
- медикаментозная терапия: гепатопротекторы (препараты урсодезоксихолевой кислоты), витамины группы В;
- прием полиферментных препаратов для улучшения пищеварения;
- профилактика печеночной энцефалопатии;
- контроль массы тела, водного баланса.

Трансплантация печени

VII. Диагностика и лечение эндокринных заболеваний (ГАПОУ РБ «Белебеевский медицинский колледж»)

*Мануйлова Анастасия Сергеевна,
Гимаева Гульнар Раифовна,
Гришина Евгения Владимировна*

Гипотиреоз

Гипотиреоз – клинический синдром, вызванный длительным, стойким недостатком гормонов щитовидной железы в организме или снижением их биологического эффекта на тканевом уровне.

Жалобы пациента

Сухость кожных покровов
Гиперкератоз в области локтевых суставов
Сонливость, апатия
Отёчность лица
Прибавка в весе
Выпадение волос
Склонность к запорам

При наличии ≥ 3 жалоб продолжить обследование по гипотиреозу

Анамнез заболевания (со слов пациента)

Отмечалось ли повышение уровня ТТГ ранее? (да/нет)
Были ли заболевания щитовидной железы в анамнезе (да/нет; если да – выбрать тиреотоксикоз/гипотиреоз)
Повышение АТ к ТПО, АТ к ТГ в анамнезе? (да/нет)
Принимал ли пациент Левотироксин ранее? (да/нет)
Были ли оперативные вмешательства на щитовидной железе в анамнезе? (да/нет)
Лучевая терапия в области головы и шеи? (да/нет)

Анамнез жизни (наследственный анамнез, аллергоанамнез, др. виды анамнеза – в соответствии с общими требованиями – со слов пациента)

Наследственность: наличие заболеваний щитовидной железы у близких родственников (да/нет)

Сопутствующие заболевания:

ожирение с (указать год)
артериальная гипертензия с (указать год)
оперативное лечение (какое, указать год)
другие сопутствующие заболевания (указать)

Вредные привычки:

табакокурение (указать количество сигарет в сутки)
потребление алкоголя: да/нет/периодически

Профессиональные вредности:

нет/да

если да: указать, когда, где и кем работал

Заболевания, имеющиеся у пациента (выявленные ранее и подтвержденные, со слов пациента)

Нарушение ритма сердца (да/нет)

Хроническая сердечная недостаточность (ХСН 2–3 ст.) (да/нет)

Инфаркт миокарда (да/нет)

Имеющаяся лекарственная терапия (лекарственный анамнез)

Указать лекарственные препараты, принимаемые пациентом в настоящее время

Осмотр врача

Нервно-психический статус (ориентирован в пространстве, времени и личности; дезориентирован; активный/заторможен)

Антропометрия (рост, вес, ИМТ)

Кожные покровы: цвет (обычной окраски, бледные, желтушные), влажность (обычная, понижена (сухость кожных покровов), повышена)

Отёки (есть/нет, мягкие/плотные, локализация (лицо, язык, губы, конечности))

Артериальное давление: систолическое: (мм рт. ст.)/диастолическое (мм рт. ст.).

Характеристики пульса (брадикардия, тахикардия, норма)

Стул регулярный/запоры

Видна ли щитовидная железа на глаз (зоб) (да/нет) , пальпация щитовидной железы

Описание состояний для ургентной госпитализации:

Повышение ТТГ более 100 мЕд/л

Выраженная кардиальная патология с декомпенсацией ХСН и/или нарушением ритма сердца

Обследования

Лабораторные:

Исследование ТТГ

Исследование св. Т4

Исследование антител к тиреопероксидазе (АТ к ТПО) – Антитела контролируются однократно при постановке диагноза.

Исследование антител к тироглобулину (АТ к ТГ) – Антитела контролируются однократно при постановке диагноза.

Общий (клинический) анализ крови развернутый

Анализ крови биохимический общетерапевтический (общий белок, общий билирубин, АЛТ, АСТ, глюкоза, общий холестерин, мочевины)

Анализ крови по оценке нарушений липидного обмена биохимический (триглицериды, ЛПНП, ЛПВП)

Исследование уровня железа

Инструментальные:

ЭКГ

УЗИ щитовидной железы

По результатам проведенного обследования – повторная консультация ВОП/терапевта.

Дальнейшая тактика определяется полученными результатами

Немедикаментозное лечение – не используется

Медикаментозное лечение назначает/корректирует только эндокринолог, назначает заместительную терапию левотироксином.

Определяются индивидуальные целевые показатели контроля с учетом наличия тяжелых сердечно-сосудистых заболеваний: ИБС, нарушений ритма сердца, хронической сердечной недостаточности (ХСН 2–3 ст.), инфаркта миокарда.

Диспансерное наблюдение:

Срок: пожизненно

Кратность осмотра: 1 раз в 3 мес.

Консультация эндокринолога при диспансерном наблюдении у ВОПа/терапевта: 1 раз в год или чаще (по показаниям), кардиолога – по показаниям .

Предиабет

Предиабет – это нарушение углеводного обмена, при котором не достигаются критерии сахарного диабета, но превышены нормальные значения глюкозы крови, к которым относятся: нарушенная гликемия натощак (НГН) или нарушенная толерантность к глюкозе (НТГ).

Код/коды по МКБ10, диагноз/диагнозы

R 73.0 – Отклонения результатов нормы теста на толерантность к глюкозе

R 73.9 – Гипергликемия неуточненная

Жалобы пациента

могут отсутствовать

жажда

сухость во рту

обильное мочеиспускание

зуд кожи, слизистых

слабость постоянная

Анамнез заболевания (со слов пациента) с акцентом на факторы риска развития СД 2 типа

Возраст ≥ 45 лет (да/нет)

Избыточная масса тела и ожирение (ИМТ ≥ 25 кг/м²) (да/нет)

Привычно низкая физическая активность (да/нет)

Нарушенная гликемия натощак и/или нарушенная толерантность к глюкозе в анамнезе (да/нет)

Гестационный СД или рождение крупного плода (массой тела ≥ 4 кг) в анамнезе (да/нет)

Холестерин ЛВП $\leq 0,9$ ммоль/л и/или уровень триглицеридов $\geq 2,82$ ммоль/л: ((да/нет)/не знаю)

Повышался ли сахар крови ранее $>6,1 < 7,0$ ммоль/л натощак и $\geq 7,8$ ммоль /л $< 11,1$ ммоль/л в течение дня: (да/нет)

Анамнез жизни (наследственный анамнез, алергоанамнез, др. виды анамнеза – в соответствии с общими требованиями – со слов пациента)

Наследственность: СД 2 у ближайших родственников (мать/отец, брат/сестра) (да/нет) нужно подчеркнуть

Аллергоанамнез отягощен (да/нет), на какие препараты

Заболевания, имеющиеся у пациента (выявленные ранее и подтвержденные, со слов пациента)

Артериальная гипертензия (АГ) ($\geq 140/90$ мм рт. ст. или медикаментозная антигипертензивная терапия) (да/нет)

Синдром поликистозных яичников (да/нет)

Инфаркт миокарда (ИМ) (да/нет)

Стентирование/шунтирование коронарных артерий проводилось (да/нет)

Заболевание артерий нижних конечностей с симптоматикой (да/нет)

ОНМК (да/нет)

Стенокардия (да/нет)

Имеющаяся лекарственная терапия (лекарственный анамнез)

Указать лекарственные препараты, принимаемые пациентом в настоящее время

Осмотр врача:

Антропометрия (рост, вес, ИМТ, ОТ, ОБ, ОТ/ОБ)

Кожные покровы: цвет (обычной окраски, бледные, желтушные), влажность (обычная, понижена (сухость кожных покровов), повышена)

Отёки (есть/нет, мягкие/плотные, локализация (лицо, язык, губы, конечности))

Артериальное давление: систолическое: (мм рт. ст.)/диастолическое (мм рт. ст.)

Мочееиспускание обильное (да/нет)

Стопы: язвенные дефекты есть/нет

Обследования

Лабораторные:

Н_бA_{1c}

Глюкоза (плазма) натощак

Общий холестерин

Общий белок

Общий билирубин

АЛТ

АСТ

Мочевина

ЛПВП

ЛПНП

ТГ (триглицериды)

Креатинин

СКФ

Мочевая кислота

Общий (клинический) анализ крови развернутый

ОАМ

МАУ

Инструментальные:

ЭКГ

Рентген грудной клетки

Показания для направления (для дальнейшего ведения)

К врачу-эндокринологу:

Выявление на любом этапе обследования СД2:

Глюкоза в венозной плазме натощак $\geq 7,0$ ммоль/л

и/или

HbA1c $\geq 6,5$ %

Немедикаментозное лечение

Снижение массы тела: умеренно гипокалорийное питание с преимущественным ограничением жиров и простых углеводов. Очень низкокалорийные диеты дают кратковременные результаты и не рекомендуются. Голодание противопоказано. У лиц с предиабетом с сопутствующим избытком массы тела или ожирением целевым является снижение массы тела на 5–7 % от исходной за 6 месяцев.

Регулярная физическая активность умеренной интенсивности (быстрая ходьба, плавание, велосипед, танцы) длительностью 30–40 мин. 4–5 раз в неделю (не менее 150 мин. в неделю).

Рекомендации по питанию не отличаются от СД2 (см. Приложение 3).

Медикаментозное лечение назначает/корректирует только эндокринолог.

Медикаментозная терапия возможна (при отсутствии противопоказаний), если мероприятия по изменению образа жизни неэффективны или имеется очень высокий риск развития заболевания СД2. Длительность проведения медикаментозной терапии определяется индивидуально. Наличие у пациента предиабета не является основанием для льготного лекарственного обеспечения.

Применение метформина по 500–850 мг 2 раза в день [(в зависимости от переносимости); метформина пролонгированного действия 500–750 мг по 2 таб. 1 раз в день] может быть рассмотрено у лиц с предиабетом – особенно у лиц моложе 60 лет с ИМТ >30 кг/м². При длительном приеме следует учитывать возможность развития дефицита вит. В₁₂.

Применение акарбозы у лиц с НТГ может быть рассмотрено при хорошей переносимости.

Сахарный диабет 2 типа

Сахарный диабет 2 типа (СД 2) – нарушение углеводного обмена, вызванное преимущественной инсулинорезистентностью и относительной инсулиновой недостаточностью или преимущественным нарушением секреции инсулина с инсулинорезистентностью или без нее.

Код/коды по МКБ10, диагноз/диагнозы:

Е 11.1 (с кетоацидозом)

Е 11.2 (с поражением почек)

Е 11.3 (с поражением глаз)

Е 11.4 (с неврологическими нарушениями)

Е 11.5 (с периферическим нарушением кровообращения)

Е 11.6 (с другими уточненными осложнениями)

Е 11.7 (с множественными осложнениями)

Е 11.8 (с неуточненными осложнениями)

Е 11.9 (без осложнений)

Жалобы пациента

Выраженная жажда

Сухость во рту

Обильное мочеиспускание

Зуд кожи, слизистых

Слабость постоянная

Наличие плохо заживающих ран

Анамнез заболевания (со слов пациента) с акцентом на факторы риска развития СД 2 типа

Повышался ли ранее сахар крови натощак $\geq 7,0$ ммоль/л и/или $\geq 11,1$ ммоль/л в течение суток?

Дата возникновения заболевания и/ или длительность симптомов

Был ли гестационный диабет (сахарный диабет при беременности)?

Анамнез жизни (наследственный анамнез, аллергоанамнез, др. виды анамнеза – в соответствии с общими требованиями – со слов пациента)

Наследственность: СД 2 у ближайших родственников (мать/отец, брат/сестра) (да/нет)

Аллергоанамнез отягощен (да/нет), на какие препараты

Заболевания, имеющиеся у пациента (выявленные ранее и подтвержденные, со слов пациента)

Артериальная гипертензия (АГ) ($\geq 140/90$ мм рт. ст. или медикаментозная антигипертензивная терапия) (да/нет)

Инфаркт миокарда (ИМ) (да/нет)

Стентирование/шунтирование коронарных артерий проводилось (да/нет)

Заболевание артерий нижних конечностей с симптоматикой (да/нет)

ОНМК (да/нет)

Стенокардия (да/нет)

Осмотр врача:

Антропометрия (рост, вес, ИМТ, ОТ, ОБ, ОТ/ОБ)

Статус (заторможенность, вялость) да/нет

Кожные покровы: цвет (обычной окраски, бледные, желтушные), влажность (обычная, понижена (сухость кожных покровов), повышена)

Отёки (есть/нет, мягкие/плотные, локализация (лицо, язык, губы, конечности))

Язык: влажный/сухой; налет на языке: отсутствует, белый, желтоватый, темный

Запах ацетона изо рта есть/нет

Артериальное давление: систолическое: (мм рт. ст.)/диастолическое (мм рт. ст.)

Мочеиспускание обильное (да/нет)

Стопы: язвенные дефекты есть/нет.

Локализация: левая нога (стопа/пальцы), правая нога (стопа/пальцы)

Пульсация на a.dorsalis pedis справа есть/нет/ослаблена. Слева есть/нет/ослаблена.

Наличие ампутаций на уровне: стопы (от г.), справа/слева; голени (от г.), справа/слева; бедра (от г.), справа/слева.

Критерии направления на срочную госпитализацию

Глюкоза в венозной плазме ≥ 15 ммоль/л с выраженной клиникой декомпенсации (заторможенность, вялость, жажда, полиурия)

Глюкоза в венозной плазме ≥ 13 ммоль/л и ацетон в моче (++)

Обследования

Лабораторные:

HbA1c

Глюкоза (плазма) натощак

Общий холестерин

Общий белок

Общий билирубин

АЛТ

АСТ

Мочевина

ЛПВП

ЛПНП

ТГ (триглицериды)

Креатинин

СКФ

Мочевая кислота

Общий (клинический) анализ крови развернутый

ОАМ

Дальнейшая тактика определяется полученными результатами:

Дополнительное обследование:

МАУ

Консультация окулиста

Консультация кардиолога (по показаниям)

Консультация невролога (по показаниям)

Рентген грудной клетки

ЭКГ

Определение индивидуальной цели терапии по HbA1c

Немедикаментозное лечение

(изменение образа жизни, лечебная физкультура, физиотерапия, вспомогательные приспособления и устройства, показания к их использованию; обучение, образование пациентов):

гипокалорийная диета и повышение физической активности при наличии избыточной массы тела/ожирения

направление на школу самоконтроля сахарного диабета 2 типа

выдача памятки для пациентов с СД2

Медикаментозное лечение назначает/корректирует только эндокринолог

Подбор терапии в зависимости от целевого уровня HbA1c. Персонализация выбора сахароснижающих препаратов.

препаратом выбора является Метформин (при отсутствии противопоказаний и нежелательных побочных явлений). Титрация дозы осуществляется каждые 3 мес. При отсутствии снижения HbA1c $\geq 0,5$ % или достижения индивидуального целевого уровня HbA1c через 6 мес. от начала терапии эндокринолог инициирует назначение 2-го сахароснижающего препарата или инсулинотерапии.

Диспансерное наблюдение:

Срок: пожизненно

Кратность осмотра: 1 раз в 3 мес.

Консультация эндокринолога при диспансерном наблюдении у терапевта: 1 раз в год или чаще (по показаниям)

Обследования через 3 и 9 месяцев оценивается достижение терапевтических целей по HbA1c и АД (артериальному давлению), коррекция лечения, осмотр нижних конечностей.

Практическая часть

1. Тестирование
2. Решение ситуационных задач

ТЕСТОВЫЕ ЗАДАНИЯ

Выберите один или несколько верных вариантов ответа.

1. КЛЕТКИ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ СЕКРЕТИРУЮЩИЕ ТИРОКСИН И ТРИЙОДТИРОНИН НАЗЫВАЮТСЯ

- 1) парафолликулярные клетки
- 2) фолликулярные клетки
- 3) D-клетки
- 4) C-клетки

2. ЛАБОРАТОРНЫМ ПОДТВЕРЖДЕНИЕМ ПЕРВИЧНОГО ГИПОТИРЕОЗА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) снижение уровня ТТГ, повышение концентрации тироксина, трийодтиронина
- 2) снижение уровня ТТГ, снижение концентрации тироксина, трийодтиронина
- 3) повышение уровня ТТГ, повышение концентрации тироксина, трийодтиронина
- 4) повышение уровня ТТГ, снижение концентрации тироксина, трийодтиронина

3. ПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ТОНКОИГОЛЬНОЙ ПУНКЦИОННОЙ АСПИРАЦИОННОЙ БИОПСИИ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) диффузное увеличение щитовидной железы
- 2) наличие «горячего узла» по результатам скинтиграфии щитовидной железы
- 3) узловое образование в ткани щитовидной железы более 1 см
- 4) подтверждение диагноза аутоиммунного тиреоидита

4. ДЛЯ БОЛЕЗНИ ГРЕЙВСА ХАРАКТЕРНЫ

- 1) тахикардия, сердцебиение
- 2) похудание на фоне сохранного или повышенного аппетита
- 3) повышение тонуса и силы проксимальных мышц
- 4) развитие остеопороза

5. ДЛЯ СНИЖЕНИЯ ПРОДУКЦИИ ТИРЕОИДНЫХ ГОРМОНОВ ИСПОЛЬЗУЕТСЯ

- 1) атенолол
- 2) тироксин
- 3) тиамазол
- 4) йодид калия

6. ДЛЯ ЭНДОКРИННОЙ ОФТАЛЬМОПАТИИ ХАРАКТЕРНО

- 1) блеск глаз
- 2) редкое моргание
- 3) слабость конвергенции
- 4) все перечисленное верно

7. К КЛИНИЧЕСКИМ ОСОБЕННОСТЯМ ГИПОТИРЕОЗА ОТНОСЯТСЯ

- 1) значительная потеря в массе тела
- 2) отсутствие специфичных (встречающихся только при гипотиреозе) симптомов
- 3) преимущественно обратимый характер изменений внешности больных при гипотиреозе
- 4) отсутствие выраженного ожирения на фоне дефицита тиреоидных гормонов

8. ДЛЯ БОЛЬНЫХ ГИПОТИРЕОЗОМ ХАРАКТЕРНЫ СЛЕДУЮЩИЕ ИЗМЕНЕНИЯ СО СТОРОНЫ ПИЩЕВАРИТЕЛЬНОЙ СИСТЕМЫ

- 1) склонность к запорам

- 2) повышение аппетита, способствующее увеличению веса
- 3) дискинезия желчевыводящих путей
- 4) развитие В12-дефицитной анемии

9. «СИМПТОМ КОРОЛЕВЫ АННЫ» КАК ЭПИДЕРМАЛЬНЫЙ СИНДРОМ ПРИ ГИПОТИРЕОЗЕ ВКЛЮЧАЕТ В СЕБЯ

- 1) выпадение волос на голове при расчесывании
- 2) сухость и ломкость волос
- 3) выпадение волос с латерального края бровей
- 4) гиперкератоз кожи на локтях

10. К ТИПИЧНЫМ ИЗМЕНЕНИЯМ СО СТОРОНЫ БИОХИМИЧЕСКОГО АНАЛИЗА КРОВИ У БОЛЬНЫХ ГИПОТИРЕОЗОМ ОТНОСЯТСЯ

- 1) повышение уровня холестерина
- 2) гипернатриемия
- 3) повышение уровня АСТ, АЛТ
- 4) повышение уровня креатинфосфокиназы

11. КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ГИПОТИРЕОИДНОЙ КОМЫ ВКЛЮЧАЮТ

- 1) постепенное утяжеление клинических симптомов гипотиреоза в течение нескольких недель или месяцев
- 2) нарушение толерантности к холоду и гипотермии (ректальная температура менее 360С)
- 3) нарастающее угнетение ЦНС от заторможенности и дезориентации до комы, прогрессирующие брадикардию и гипотонию
- 4) повышение уровня гликемии

12. ПРОВОЦИРУЮЩИМИ ФАКТОРАМИ РАЗВИТИЯ ГИПОТИРЕОИДНОЙ КОМЫ ЯВЛЯЮТСЯ

- 1) переохлаждение
- 2) наркоз, анестезия употребление алкоголя
- 3) прием тиреоидных гормонов
- 4) пневмония и сепсис у пожилых пациентов

13. ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ САХАРНОГО ДИАБЕТА ИСПОЛЬЗУЕТСЯ ОПРЕДЕЛЕНИЕ

- 1) уровня глюкозы перед завтраком
- 2) уровня глюкозы через 2 часа после еды
- 3) уровня глюкозы до и через 2 часа после пероральной нагрузки глюкозой
- 4) уровня глюкозы до и через 3 часа после пероральной нагрузки глюкозой

14. ДИАГНОСТИЧЕСКИМИ КРИТЕРИЯМИ САХАРНОГО ДИАБЕТА ЯВЛЯЮТСЯ ПОКАЗАТЕЛИ ГЛЮКОЗЫ

- 1) натощак до 5,5 ммоль/л, через 2 часа после орального ГТТ более 7,8 ммоль/л
- 2) натощак до 6,1 ммоль/л, через 2 часа после орального ГТТ до 11,1 ммоль/л
- 3) натощак более 6,1 ммоль/л, через 2 часа после орального ГТТ более 11,1 ммоль/л
- 4) натощак до 7,0 ммоль/л, через 2 часа после орального ГТТ более 7,8 ммоль/л

15. КРИТЕРИЕМ ОПРЕДЕЛЕНИЯ СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ САХАРНОГО ДИАБЕТА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) уровень гликемии
- 2) определение массы тела больного
- 3) выраженность симптомов дегидратации тканей
- 4) вид используемой сахароснижающей терапии
- 5) наличие и выраженность осложнений

16. В РАЦИОНЕ БОЛЬНОГО САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ БЕЗ ОГРАНИЧЕНИЯ МОГУТ ИСПОЛЬЗОВАТЬСЯ УГЛЕВОДСОДЕРЖАЩИЕ ПРОДУКТЫ

- 1) зелень
- 2) сухофрукты
- 3) виноград
- 4) бананы
- 5) картофель

17. ТРЕБУЮТ УЧЕТА СОДЕРЖАНИЯ УГЛЕВОДОВ В РАЦИОНЕ БОЛЬНОГО САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ ПРОДУКТЫ

- 1) картофель
- 2) огурцы
- 3) молоко
- 4) крупы и макаронные изделия

18. К ВОЗМОЖНЫМ ПРИЧИНАМ РАЗВИТИЯ ГИПОГЛИКЕМИИ ОТНОСЯТСЯ

- 1) недостаточная доза инсулина
- 2) недостаточное количество углеводов в рационе
- 3) прием алкоголя
- 4) физическая нагрузка

19. НАИБОЛЕЕ НАДЕЖНЫМ КРИТЕРИЕМ СТЕПЕНИ КОМПЕНСАЦИИ САХАРНОГО ДИАБЕТА ПРИ ДОЛГОСРОЧНОМ МОНИТОРИНГЕ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) С-пептид средняя суточная гликемия
- 2) гликированный гемоглобин
- 3) средняя амплитуда гликемических колебаний
- 4) уровень контринсулярных гормонов в крови

20. ВЫБЕРИТЕ ЦЕЛЕВЫЕ ПАРАМЕТРЫ УРОВНЯ ГЛИКИРОВАННОГО ГЕМОГЛОБИНА В ЛЕЧЕНИИ САХАРНОГО ДИАБЕТА

- 1) менее 7,8 %
- 2) менее 7%
- 3) менее 6,5%
- 4) менее 6,0%

21. ПРОВОЦИРУЮЩИМИ ФАКТОРАМИ РАЗВИТИЯ ДИАБЕТИЧЕСКОГО КЕТОАЦИДОЗА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) инфекции
- 2) хирургические вмешательства
- 3) передозировка инсулина

- 4) беременность
- 5) все ответы верны

22. САМОЙ ЧАСТОЙ ФОРМОЙ ДИАБЕТИЧЕСКОГО ПОРАЖЕНИЯ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) диффузная периферическая полинейропатия
- 2) автономная нейропатия
- 3) полирадикулопатия
- 4) миелопатия
- 5) энцефалопатия

23. РИСК ФОРМИРОВАНИЯ ЯЗВЕННОГО ДЕФЕКТА ПРИ СИНДРОМЕ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ СНИЖАЕТСЯ, ЕСЛИ РЕКОМЕНДОВАТЬ

- 1) регулярный осмотр ног
 - 2) использовать спиртосодержащие антисептики для обработки ранок, порезов, язвенных дефектов
 - 3) применять кератолитики для удаления участков гиперкератоза
 - 4) использовать местную противогрибковую терапию при микозе ногтей
 - 5) самостоятельное удаление участков гиперкератоза
- Скальпелем

24. НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВНОЙ ТАКТИКОЙ ВЕДЕНИЯ БОЛЬНОГО С ДИАБЕТИЧЕСКОЙ НЕЙРООСТЕОАРТРОПАТИЕЙ (СУСТАВ ШАРКО) ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) назначение препаратов, улучшающих местный кровоток (пентоксифиллина, спазмолитиков)
- 2) ранняя иммобилизация конечности с помощью индивидуальной фиксирующей повязки
- 3) назначение НПВС
- 4) использование местно-раздражающих препаратов
- 5) назначение производных α -липоевой кислоты

25. ДЛЯ БОЛЬШИНСТВА БОЛЬНЫХ ПРИ ОЖИРЕНИИ СО СТОРОНЫ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА ХАРАКТЕРНО

- 1) гастроптоз
- 2) гастрит
- 3) острый и хронический панкреатит
- 4) диарея
- 5) желчнокаменная болезнь

26. ДЛЯ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА ХАРАКТЕРНЫ

- 1) абдоминальное ожирение, артериальная гипертензия, инсулинорезистентность, дислипидемия, гипоурикемия
- 2) абдоминальное ожирение, артериальная гипертензия, инсулинорезистентность, дислипидемия, гиперурикемия
- 3) абдоминальное ожирение, артериальная гипертензия, сахарный диабет 2 типа, дислипидемия, гиперурикемия

27. МЕТАБОЛИЧЕСКИЙ СИНДРОМ ЯВЛЯЕТСЯ ФАКТОРОМ РИСКА РАЗВИТИЯ

- 1) сахарного диабета 2 типа
- 2) кардиоваскулярной патологии
- 3) онкологической патологии
- 4) хронической цереброваскулярной болезни
- 5) все перечисленное верно

28. ФЕОХРОМОЦИТОМОЙ ВЫРАБАТЫВАЮТСЯ

- 1) андрогены
- 2) альдостерон
- 3) эстрогены
- 4) глюкокортикоиды
- 5) адреналин, норадреналин

29. ПРИ ОЖИРЕНИИ РЕКОМЕНДУЮТСЯ СЛЕДУЮЩИЕ ВИДЫ СПОРТА

- 1) футбол, легкая атлетика
- 2) гимнастика, теннис
- 3) тяжелая атлетика
- 4) плавание, ходьба

30. ДИАГНОСТИЧЕСКИМИ МЕТОДАМИ ДЛЯ ВЫЯВЛЕНИЯ АУТОИММУННОГО ТИРЕОИДИТА ЯВЛЯЮТСЯ

- 1) определения уровня ТТГ, уровня св.Т4
- 2) определение титра антител к тиреопероксидазе
- 3) УЗИ щитовидной железы
- 4) пункционной биопсии щитовидной железы

31. НАИБОЛЕЕ ЧУВСТВИТЕЛЬНЫМ МЕТОДОМ ДИАГНОСТИКИ ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ АВТОНОМИИ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ И РАЗЛИЧНЫХ ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИХ ВАРИАНТОВ ТИРЕОТОКСИКОЗА ПРИЗНАН

- 1) УЗИ щитовидной железы
- 2) гормональное исследование
- 3) тонкоигольная аспирационная биопсия
- 4) сцинтиграфия щитовидной железы

СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ

Ситуационная задача №1

Больная К. 32 года обратилась к эндокринологу с жалобами на общую слабость, утомляемость, сонливость, нарушение менструального цикла (аменорея на протяжении 3 месяцев), прибавку массы тела на 5 кг за последние 6 месяцев. Анамнез: Около 2 лет назад отметила косметический дефект на передней области шеи в виде "бугорка".

При обследовании был выявлен многоузловой эутиреоидный коллоидный зоб, по поводу чего год назад выполнена субтотальная резекция щитовидной железы. В послеоперационном периоде был назначен левотироксин 50 мкг с рекомендацией дальнейшего мониторинга гормонального статуса. Пациентка получала данный препарат в постоянном режиме в течение 1 месяца, в дальнейшем прием препарата непостоянный, последние два месяца без лечения.

Анамнез жизни без особенностей, наследственность не отягощена.

Физикальные данные: Рост — 165 см, вес — 74 кг, ИМТ — 27,4 кг/м². Больная вялая, сбор анамнеза затруднен ввиду заторможенности, нарушение концентрации внимания. Кожные покровы бледные, сухие, утолщена кожа рук, не собирается в складку. Имеется поперечный послеоперационный рубец в нижней трети шеи 5–6 см, без признаков воспаления. Отмечается одутловатость лица, пастозность голеней и рук. АД — 95/70 мм рт. ст., пульс — 51 в минуту. Тоны сердца приглушены, ритмичные. Язык утолщен. Живот мягкий, безболезненный. Печень не выходит из под края реберной дуги.

Вопросы:

1. Сформулируйте и обоснуйте диагноз.
2. Предложите план дальнейшего обследования.
3. Определите тактику лечения.
4. Назовите обследования, необходимые для дальнейшего мониторинга пациентки.

Ситуационная задача №2

Больная Т. 46 лет обратилась к врачу с жалобами на отечность ног, лица, рук, общую слабость, снижение памяти, периодически сжимающие боли за грудиной, купирующиеся приемом нитроглицерина, а также запоры.

Анамнез: Вышеперечисленные жалобы беспокоят больную около 3 лет, ранее неоднократно обращалась к кардиологу, лечилась мочегонными, сердечными гликозидами с временным эффектом. По поводу запоров обращалась к гастроэнтерологу, назначены послабляющие средства, даны рекомендации по питанию, прием и соблюдение которых без значительного эффекта. В течение последнего месяца отмечает нарастание проявлений отечного синдрома.

Физикальные данные: Больная вялая, на вопросы отвечает медленно. Отмечается отечность лица, рук и голеней. Кожные покровы сухие, бледные, холодные на ощупь. Обращает на себя внимание умеренное увеличение размеров шеи. При пальпации щитовидная железа диффузно увеличена, плотная, подвижная, безболезненная. Регионарные шейные лимфоузлы не увеличены. Границы относительной сердечной тупости расширены влево. АД — 120/90 мм рт. ст., пульс — 50 в минуту, ЧДД — 18 в минуту. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Язык утолщен, отмечаются следы зубов по краям языка. Печень и селезенка не увеличены. Симптом поколачивания по пояснице отрицательный с обеих сторон.

Лабораторные данные:

Общий анализ крови:

- гемоглобин — 110 г/л;
- эритроциты — $3,9 \times 10^{12}$ /кл;
- лейкоциты — $6,9 \times 10^9$ /кл;
- тромбоциты — 362 тыс.;
- СОЭ — 12 мм/ч.

Биохимический анализ крови:

- ХС — 8,0 ммоль/л, ЛПНП — 5,1 ммоль/л, ТГ — 3,4 ммоль/л. Остальные показатели без особенностей.

Вопросы:

1. Сформулируйте и обоснуйте диагноз.
2. Предложите план дальнейшего обследования.
3. Определите тактику лечения.
4. Назовите обследования, необходимые для дальнейшего мониторинга пациентки.

Ситуационная задача №3

Пациент Б. 40 лет обратился к врачу с жалобами на общую слабость, утомляемость, лишний вес, одышку при физической нагрузке. Пациент курит по пачке сигарет в день.

Физикальные данные: При осмотре общее состояние удовлетворительное. Телосложение правильное гиперстеническое, отложение жира по абдоминальному типу. Вес — 135 кг, рост — 173 см, ИМТ — 45,1 кг/м². Кожные покровы чистые, влажные. Пульс — 68 уд/мин, ЧСС — 68 уд/мин, АД — 170/90 мм рт. ст., тоны сердца ясные, ритмичные, ЧДД — 18 в минуту, дыхание везикулярное, хрипов нет. Живот мягкий, безболезненный, печень не увеличена. При осмотре стоп кожа чистая, сухая, все виды чувствительности сохранены. Отмечается пастозность голеней.

Лабораторные данные: HbA1c — 8,2%.

Биохимический анализ крови:

- глюкоза натощак — 7,8 ммоль/л;
- мочевины — 3,4 ммоль/л;
- креатинин — 65,8 мкмоль/л, рСКФ — 114 мл/мин/1,73 м² ;
- белок общий — 70 г/л;
- ХС общий — 6,47 ммоль/л, ТГ — 8,05 ммоль/л;
- мочевая кислота — 459 мкмоль/л;
- АЛТ — 36 Ед/л, АСТ — 22 Ед/л;

Вопросы:

1. Сформулируйте и обоснуйте диагноз.
2. Предложите план дальнейшего обследования и мониторинга пациента.
3. Определите тактику лечения.

КРИТЕРИИ ОТВЕТОВ НА ТЕСТОВЫЕ ЗАДАНИЯ:

1 – 2	12 – 1,2,4	23 – 1,2
2 – 4	13 – 3	24 – 2
3 – 3	14 – 3	25 – 5
4 – 1,2,4	15 – 5	26 – 2
5 – 3	16 – 1	27 – 5
6 – 4	17 – 1,3,4	28 – 5
7 – 2,3	18 – 2,3,4	29 – 4
8 – 1,3,4	19 – 2	30 – 1,2,3
9 – 3	20 – 3	31 – 4
10 – 1	21 – 5	
11 – 1,2,3	22 – 1	