

Методические указания к практическому занятию по теме: «Сочетанная патология внутренних органов у пожилых пациентов»

Цель: закрепить знания по распознаванию, оценке и лечебной тактике при сочетанной патологии у пожилых.

Задачи: рассмотреть основные сочетанные состояния, встречающиеся в пожилом возрасте, методы оценки сочетанной патологии, основные принципы терапии сочетанных состояний.

Средства и методы обучения: обсуждение теории, решение ситуационных задач, подготовка докладов и рефератов

Иметь представление о коморбидности, как распространенном явлении практического здравоохранения

Ординатор должен знать:

1. Определение сочетанной, комбинированной и коморбидной патологии
2. Основные синдромы сочетанной патологии
3. Способы оценки степени коморбидности и её влияние на выживаемость
4. Понятие приверженности лечению и влияние на него коморбидности
5. Понятие полипрагмазии как следствия коморбидности и его влияние на приверженность лечению
6. Понятие «утилизации системы здравоохранения» и влияние на него коморбидности. (увеличение числа обращений, вызовов на дом, в т.ч скорой медицинской помощи и госпитализаций)

Ординатор должен уметь:

Диагностировать сочетанную патологию, определять ведущий синдром, оказывать квалифицированную терапевтическую помощь лицам пожилого и старческого возраста при сочетании внутренних заболеваний, проводить основные врачебные лечебно-диагностические мероприятия, оказывать первую врачебную помощь населению старших возрастных групп при заболеваниях и неотложных состояниях, а также соблюдать требования этики и медицинской деонтологии при проведении среди населения старших возрастов профилактических и лечебно-диагностических мероприятий в амбулаторно-поликлинических и стационарных условиях.

Ординатор должен владеть:

■ основными врачебные лечебно-диагностические мероприятия, проводимыми при оказании первой врачебной помощи населению старших возрастных групп при сочетании внутренних заболеваний, (сбор анамнеза и обследование больного при сочетании внутренних заболеваний, трактовка анализов крови, анализов ферментов, гормонов сыворотки крови, анализов мочи, трактовка анализов биологических жидкостей, определение показаний к проведению и оценка результатов рентгенологических исследований, определение показаний к проведению и оценка результатов ультразвуковых исследований, определение показаний к проведению эндоскопических исследований и оценка результатов)

■ Владение медикаментозными и немедикаментозными методами лечения при сочетании внутренних заболеваний, современными методами фармакотерапии при

сочетании внутренних заболеваний,, современными методами профилактики и реабилитации при сочетании внутренних заболеваний, а также соблюдать требования этики и медицинской деонтологии при проведении среди населения старших возрастов профилактических и лечебно-диагностических мероприятий в амбулаторно-поликлинических и стационарных условиях.

Учебно-тематический план темы:

Клиническое практическое занятие– 1 час

Самостоятельная работа- 1 час

Всего – 2 часа

Клиническое практическое занятие включает в себя:

1. Вводный контроль (тесты).
2. Беседа по теме занятий.
3. Клинический разбор пациентов *с сочетанными заболеваниями*
4. Решение ситуационных задач, представляющих наиболее распространенные клинические ситуации при *сочетанной патологии*
5. Отработка практических навыков: обследование пациентов *с сочетанными заболеваниями* с осмотром, определением ведущего синдрома, оценкой коморбидности, интерпретация данных лабораторных и инструментальных методов исследований; обучение пациентов принципам диетотерапии, физической активности.

Перечень вопросов для собеседования

1. Определение сочетанной, комбинированной и коморбидной патологии
2. Основные синдромы сочетанной патологии
3. Способы оценки степени коморбидности и её влияние на выживаемость
4. Понятие приверженности лечению и влияние на него коморбидности
5. Понятие полипрагмазии как следствия коморбидности и его влияние на приверженность лечению
6. Понятие «утилизации системы здравоохранения» и влияние на него коморбидности. (увеличение числа обращений, вызовов на дом, в т.ч скорой медицинской помощи и госпитализаций)

Хронокарта клинического практического занятия по теме: «Сочетанная патология внутренних органов у пожилых пациентов»

	На 1 час
Вводное слово преподавателя, контроль посещаемости, результат проверки рефератов	2 мин
Тестирование	4 мин

Обсуждение теоретических вопросов, заслушивание докладов	7 мин
Обсуждение клинической ситуации на примере пациента и /или ситуационной задачи; отработка практических навыков	25 мин
Контроль усвоения (контрольные вопросы)	4 мин
Выставление оценок, преподаватель подводит итог занятия, дает задание на следующее	3 мин

Самостоятельная работа

Формы самостоятельной работы и контроля

Вид работы	Контроль выполнения работы
Подготовка к аудиторным занятиям (проработка учебного материала по конспектам лекций и учебной литературе)	Собеседование
Работа с учебной и научной литературой	Собеседование
Самостоятельная проработка отдельных тем учебной дисциплины в соответствии с учебным планом	Тестирование
Подготовка и написание рефератов, докладов на заданные темы	Проверка рефератов, докладов

Основные темы рефератов:

1. ACOS
2. Индексы коморбидности в терапевтической практике
3. Полипрагмазия

Основные темы докладов:

1. Противопоказания к назначению необходимых лекарств при сочетанной патологии.
2. Наиболее распространенные внутренние заболевания и их сочетания в приктике семейного врача

Фонд оценочных средств:

Тесты

ПК-6

1

Больной К., 81 года, поступил в терапевтическое отделение с явлениями выраженной декомпенсацией кровообращения (НК II Б) на фоне мерцательной тахикардии. Какой из препаратов выберете для лечения больного:

- 1) анаприлин
- 2) верапамил
- 3) дигоксин**
- 4) новокаинамид
- 5) этмозин

ПК-6

2

Больную Ж., 76 лет беспокоят пароксизмы мерцательной аритмии с явлениями стенокардии на высоте приступа. Больная перенесла ИМ несколько лет назад. На фоне назначения нитратов, какое лекарство еще назначите

- 1) дигоксин
- 2) анаприлин**
- 3) новокаинамид
- 4) электрокардиостимуляция
- 5) аденозин

ПК-5

3

Больная Ф. 78 лет поступила в ревматологическое отделение с жалобами на скованность и боли в шее, плечевых и тазовых поясах, мышечную слабость, субфебрильную температуру. Болеет в течении 2-3 месяцев. Объективно: болезненность при пальпации в шейной, плечевой областях и в тазовом поясе с резким ограничением объема движения в них. Обследована: в ОАК - СОЭ 70 мм/час и семикратное повышена уровня креатинфосфокиназы. Из рассказа больной прием 1 или 2 таблеток преднизолона резко улучшает состояние. Рентгенологически патологии костно-суставной системы не выявлено. Какой вероятный диагноз у больной:

- 1) Ревматоидный артрит
- 2) Злокачественная опухоль
- 3) Синдром фибриомииалгии
- 4) Ревматическая полимиалгия**
- 5) Опухолевый полимиозит

ПК-6

4

72-летняя женщина поступила в клинику с тяжелым приступом бронхиальной астмы, сопровождающийся экспираторной одышкой и удушьем. Объективно: выраженная одышка с удлиненным выдохом, втяжение межреберных промежутков, кожные покровы диффузно цианотичные, аускультативно на фоне жесткого дыхания выслушиваются масса сухих, свистящих хрипов. Какой из препаратов больной необходимо ввести:

- 1) Строфантин
- 2) Но-шпа

- 3) Астмопент
- 4) Изодрин
- 5) Преднизолон**

ПК-5

5

68 летняя женщина поступила в клинику с жалобами на выраженную мышечную слабость в плечевом и тазовом поясах, отсутствие голоса, боль в суставах кистей. Объективно: имеются периорбитальный отек с пурпурно-лиловой эритемой, афония, мышцы плечевого и тазового поясов припухшие, тестообразной консистенции. Суставы внешне не изменены. На КТ обнаружено образование в области гортани, КФК повышена до 14 МЕ/мл. Какой диагноз у больной:

- 1) Мышечная дистрофия.
- 2) Системная красная волчанка.
- 3) Системная склеродермия.
- 4) Первичный дерматомиозит.
- 5) Дерматомиозит вторичный.**

ПК-5

6

Больной 70 лет, госпитализирован в клинику с жалобами на тошноту, кожный зуд, резкое снижение аппетита, боль в правом подреберье. Болен в течение 7 лет. Ухудшение самочувствия отмечает после употребления жирной пищи и алкоголя. Объективно: Кожные покровы и видимые слизистые иктеричные, стул ахоличен, моча темная. Живот мягкий, болезнен при пальпации в правом подреберье, печень увеличена на 6 см, край закруглен, поверхность эластичная, селезенка не увеличена. Ваш предположительный диагноз:

- 1) Цирроз печени
- 2) Острый гепатит
- 3) Холецистит
- 4) Билиарный цирроз печени**
- 5) Панкреатит

ПК-5

7

Больному, перенесшему недавно грипп и госпитализированному в стационар по поводу развившейся кетоацидотической комы, проведен комплекс неотложных противокетоацидотических мероприятий. Однако, несмотря на явное улучшение лабораторных показателей (гликемия 7.8ммольл, при поступлении 26.6ммольл, рН 7.52, при поступлении - 2.7 мэквл), больной находится в состоянии глубокой комы. Какова наиболее вероятная причина бессознательного состояния:

- 1) Гипогликемическое состояние
- 2) Кетоацидоз
- 3) Отек мозга**
- 4) Сопутствующая нейроинфекция
- 5) Лактацитоз

ПК-6

8

Назначение какого препарата наиболее целесообразно для лечения артериальной гипертензии (АД 190/10 мм рт.ст., ЧСС 60 в мин) у 73 летнего больного с сопутствующим сахарным диабетом и подагрой?

- 1) клофелин
- 2) дилтиазем**
- 3) гипотиазид
- 4) триампур
- 5) анаприлин

ПК-5

9

Какие изменения функционирования различных органов и систем, вызванные высоким уровнем двигательной активности стареющего человека, препятствуют процессам преждевременного старения организма?

- 1) улучшение функционирования центральной нервной системы и повышения устойчивости организма к стрессовым ситуациям
- 2) улучшение функционирования сердечно-сосудистой системы
- 3) замедление темпа снижения мышечной работоспособности
- 4) повышение иммунологической реактивности
- 5) все перечисленное**

ПК-5

10

Наиболее частой формой нефротического синдрома у взрослых является:

- 1) первичный мембранный гломерулонефрит**
- 2) липоидный нефроз
- 3) очаговый гломерулосклероз
- 4) гломерулонефрит с полулуниями
- 5) амилоидоз

ПК-5

11

У пожилых больных нецелесообразно быстрое снижение артериального давления из-за возможности:

- 1) развития острой сердечно-сосудистой недостаточности
- 2) задержки жидкости
- 3) ухудшения кровоснабжения жизненно-важных органов
- 4) развития инсульта**
- 5) развития ИМ

ПК-5

12

Самым ценным лабораторным показателем в диагностике обострения хронического панкреатита является:

- 1) лейкоцитоз
- 2) уровень аминотрансфераз
- 3) уровень амилазы крови и мочи**
- 4) уровень щелочной фосфатазы
- 5) гипергликемия

ПК-5

13

Какой из перечисленных симптомов и физикальных признаков патогномичен для левожелудочковой недостаточности?

- 1) набухание шейных вен
- 2) асцит
- 3) анасарка
- 4) ортопноэ**
- 5) сердечные отеки

ПК-5

14

Люди пожилого и старческого возраста болеют чаще всего

- 1) В12-дефицитной анемией**
- 2) аутоиммунными гемолитическими анемиями
- 3) хронической постгеморрагической железодефицитной анемией
- 4) апластической анемией
- 5) анемией "болезнью Ольги Имерслунг"

ПК-5

15

Какие параклинические методы исследования не являются необходимыми в диагностике анемий?

- 1) полный клинический анализ крови (Hb, эритроцитов, ретикулоцитов, количество тромбоцитов, лейкоцитов, лейкоцитарная формула, СОЭ)
- 2) стерильная пункция
- 3) исследование содержания железа сыворотки
- 4) инструментальное исследование желудочно-кишечного тракта
- 5) ЭХОКГ**

ПК-5

16

Гематомный тип кровоточивости характерен

- 1) для тромбоцитопении
- 2) для тромбоцитопатии
- 3) для геморрагического васкулита (болезнь Шенлейн - Геноха)
- 4) для болезни Рандью - Ослера (телеангиоэктазии)
- 5) для гемофилии**

ПК-5

17

Васкулярно-пурпурный тип кровоточивости характерен

- 1) для гемофилии
- 2) для болезни Виллебранда
- 3) для аутоиммунной тромбоцитопении
- 4) для геморрагического васкулита (болезнь Шенлейн - Геноха)**
- 5) для болезни Бехчета

ПК-5

18

Какие показатели гемостаза надо контролировать до назначения и во время лечения антикоагулянтами непрямого действия: дикумарины, пелентайн, финилин и т.п.?

- 1) протромбиновый индекс**
- 2) длительность кровотечения
- 3) время свертывания
- 4) ретракция кровяного сгустка
- 5) количество тромбоцитов крови

ПК-5

19

Выделите "агрессивные" факторы, способствующие поражению желудочно-кишечного тракта при длительном применении нестероидных противовоспалительных препаратов:

- 1) бикарбонаты
- 2) пепсин**
- 3) протеогликаны
- 4) секреторный иммуноглобулин Е
- 5) простагландины

ПК-5

20

Больная 65 лет жалуется на одышку при нагрузке, артралгии, лихорадку и узловую эритему на ногах.

Объективно: гепато-спленомегалия, генерализованная лимфоаденопатия и корнеальные помутнения радужки. На рентгенографии грудной клетки двусторонняя аденопатия корней легких

Предположительный диагноз:

- 1) Туберкулез
- 2) Острый ревматизм
- 3) Саркаидоз**
- 4) Ревматоидный артрит

5) Болезнь Хамен- Рича

ПК-5

21

Больная 65 лет жалуется на одышку при нагрузке, артралгии, лихорадку и узловую эритему на ногах.

Объективно: гепато-спленомегалия, генерализованная лимфоаденопатия и корнеальные помутнения радужки. На рентгенографии грудной клетки двусторонняя аденопатия корней легких

Поражение глаз у больной является следствием:

- 1) Увеит**
- 2) Осложненного сахарного диабета
- 3) Гиперкальциемии
- 4) Врожденной патологии
- 5) Инфекционной инфильтрации

ПК-6

22

Больная 65 лет жалуется на одышку при нагрузке, артралгии, лихорадку и узловую эритему на ногах.

Объективно: гепато-спленомегалия, генерализованная лимфоаденопатия и корнеальные помутнения радужки. На рентгенографии грудной клетки двусторонняя аденопатия корней легких

Оптимальное лечение включает:

- 1) Аспирин
- 2) Изониазид и стрептомицин
- 3) Стероиды**
- 4) Лечение не требуется
- 5) Антибиотики

ПК-5

23

У больного 70 лет тотальная сердечная недостаточность II-Б стадии, преимущественно по правожелудочковому типу (отеки ног, увеличенная печень, застой в легких). Границы сердца расширены в поперечнике. Первый тон на верхушке сохранен, трехчленный ритм на верхушке, акцент и раздвоение второго тона на легочной артерий, систолический шум преимущественно на верхушке.

Какой из дополнительных методов исследования необходимо для подтверждения диагноза:

- 1) Рентгенография
- 2) ЭКГ
- 3) ЭхоКГ**

- 4) Аортография
- 5) Коронарография

ПК-5

24

Мужчина 75 лет, в течение 3 месяцев лечится по поводу правосторонней пневмонии, осложненной экссудативным плевритом, без клинического эффекта и направлен на стационарное лечение. В молодости перенес пневмонию, страдает сахарным диабетом. Около года назад перенес инфаркт миокарда.

Наиболее вероятный клинический диагноз:

- 1) Застойная пневмония
- 2) Опухоль легкого
- 3) Синдром Дресслера**
- 4) Сердечная недостаточность
- 5) Сахарный диабет, декомпенсация

ПК-5

25

Больная 63 года, госпитализирована с диагнозом: ИБС. Сердечная недостаточность. ФК III. Из анамнеза: ухудшение состояния в течении года - постепенно нарастают общая слабость, одышка, тупые ноющие боли в области сердца. Перед поступлением за месяц головокружение при нагрузке, 3 фаза - синкопе. Из объективных данных обращает внимание: бледность, набухшие шейные вены, изменения цвета лица в горизонтальном положении, кардиомегалия, глухие тоны сердца, частый мягкий пульс, гепатомегалия. Низковольтная ЭКГ. Над легкими везикулярное дыхание. Рентгенография органов грудной клетки: петрификат в правом легком. Предварительный диагноз:

- 1) ИБС. Стенокардия напряжения ФК III.
- 2) Инфаркт миокарда
- 3) Экссудативный плеврит
- 4) Опухоль мозга
- 5) Экссудативный перикардит с угрозой тампонады сердца.**

ПК-5

26

Больная 74 года одинокая, госпитализирована с диагнозом: ЖДА тяжелой степени. Объективно: бледно-желтушный лимонный оттенок кожи и склер, одутловатость лица, пастозность ног. Признаки периферической нейропатии (ишиалгии, парестезии). Язык чистый, ярко красного цвета. Тахикардия до 110 в минуту. Тоны сердца звучные, мягкий систолический шум над всей областью сердца. Наиболее вероятный клинический диагноз:

- 1) ЖДА
- 2) Витамин В12 - дефицитная анемия**
- 3) ИБС, сердечная недостаточность

- 4) Приобретенный порок сердца, декомпенсация
- 5) Гипотиреоз

ПК-5

27

Мужчина 62 года, обратился с жалобами на "беспричинную" потерю веса при сохраненном аппетите и повышение температуры периодически до 38-38,50, утомляемость при физической нагрузке. Ранее ничем не болел. Из объективных данных обращает на себя внимание молодость внешнего вида, тахикардия, зарегистрирован пароксизм мерцательной аритмии.

Первоочередное параклиническое исследование:

- 1) Повторное ЭКГ
- 2) ЭхоКГ
- 3) УЗИ щитовидной железы**
- 4) Посев крови на стерильность
- 5) Рентгенография органов грудной клетки

ПК-5

28

У мужчины 65 лет, страдающего много лет артериальной гипертонией, стенокардией, хроническим обструктивным бронхитом, внезапно появились давящая боль в области верхней трети грудины с иррадиацией в плечи, межлопаточную область, кратковременная потеря сознания (секунды), стеснения в груди. При обследовании - ритм сердца правильный, тоны сохранены. АД 160/90 мм рт ст. над легкими сухие рассеянные хрипы. Прием нитроглицерина не улучшил состояние. Наиболее вероятный клинический диагноз:

- 1) Расслаивающаяся аневризма**
- 2) Бронхиальная астма
- 3) Инфаркт миокарда, осложненный отеком легкого.
- 4) Инфаркт миокарда, осложненный кардиогенным шоком.
- 5) ТЭЛА

ПК-6

29

Пожилая женщина, страдающая сахарным диабетом 2 типа (инсулинозависимый этап) находится в реанимационном отделении с диагнозом кетоацидотическая кома. Объективно: сознание отсутствует, реакция зрачков на свет сохранена, гиперрефлексия. Кожа сухая, тургор снижен. ЧД - 26 в минуту. Запах ацетона. Гликемия- 22 ммоль/л, рН - 7,1, калий 3,3 ммоль/л. Какой из перечисленных вариантов лечения наиболее оптимален:

- 1) 5% раствор глюкозы - 300мл /час в/в, актропид НМ 4 ед/ч в/м или в/в, калий хлор 2 г/час. вдыхание кислорода.

2) 5% раствор глюкозы - 200мл /час в/в, актропид 4 ед/ч подкожно каждые 2 часа, калий хлор 3 г/час, дексаметазон 100мг в/в струйно, маннитол 15% -200мл в/в капельно. вдыхание кислорода.

3) 0,9% раствор NaCl - 1000мл в течение первого часа, актропид 6-10 ЕД/час в/в капельно, KCl - 2г/ч, 10% вдыхание кислорода

4) 40 % раствор глюкозы струйно до восстановления сознания, глюкогон 1 мг/ в/м, калий хлор 2 г/час, 10 % раствор глюкозы - 300мл /час в/в капельно.

5) 0,9% раствор NaCl - 300мл в течение первого часа, актропид НМ 6 ЕД/час + раствор NHCO₃ 140 мл + KCl - 1,5г в/в,

ПК-5

30

Хроническое легочное сердце в пожилом возрасте может развиваться при всех состояниях, кроме:

- 1) ХОБЛ
- 2) рецидивирующая ТЭЛА
- 3) врожденная деформация грудной клетки
- 4) синдром Пиквика
- 5) очаговый туберкулез легких**

Контрольные вопросы

1. Определение сочетанной, комбинированной и коморбидной патологии ПК-5
2. Основные синдромы сочетанной патологии ПК-5
3. Способы оценки степени коморбидности и её влияние на выживаемость ПК-5
4. Понятие приверженности лечению и влияние на него коморбидности ПК-5
5. Понятие полипрагмазии как следствия коморбидности и его влияние на приверженность лечению ПК-5
6. Понятие «утилизации системы здравоохранения» и влияние на него коморбидности. (увеличение числа обращений, вызовов на дом, в т.ч скорой медицинской помощи и госпитализаций) ПК-5

Ситуационные задачи

ПК-5, ПК-6, ПК-8

З А Д А Ч А N 1

Больная 72 лет, жалуется на одышку с затрудненным выдохом, кашель с выделением небольшого количества вязкой, слегка желтоватой мокроты, субфебрильную температуру. С детства страдает хроническим бронхитом. С 30-летнего возраста стали беспокоить приступы экспираторного удушья. Последнее ухудшение состояния началось несколько дней назад в связи с перенесенной ОРВИ : усилился кашель, длительно держалась

субфебрильная температура, выросла экспираторная одышка. 2 часа назад развился тяжелый приступ экспираторного удушья.

Объективно: общее состояние тяжелое. Вынужденное положение сидя с фиксированным плечевым поясом. Экспираторная одышка с ЧД - 26 в 1 мин. Дистанционные сухие хрипы. Сглаженность над- и подключичных ямок. Участие вспомогательной мускулатуры в акте дыхания. Диффузный цианоз, выраженный акроцианоз. Умеренные отеки ног. Перкуторный звук над легкими коробочный. Дыхание ослабленное, выслушиваются рассеянные сухие свистящие хрипы. Абсолютная сердечная тупость не определяется. Правая граница относительной сердечной тупости по правой парастеральной линии. Тоны сердца приглушены. Пульс - 115 в 1 мин., ритмичный, удовлетворительного наполнения и напряжения. АД - 110/70 мм рт. ст. Живот мягкий. Печень выступает на 3 см из-под края реберной дуги, плотноватая, слегка болезненная, край заострен.

1. Установить предварительный диагноз.
2. Наметить план дополнительного обследования.
3. Провести дифференциальную диагностику.
4. Определить тактику лечения.
5. Составить программу реабилитации для пациента

РЕЗУЛЬТАТЫ ДОПОЛНИТЕЛЬНОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ К ЗАДАЧЕ N 1:

1. Общий анализ крови: эр. - $4,1 \times 10^{12}/л$, Нв - 130 г/л, цв.п. - 0,9; тромбоциты - $330 \times 10^9/л$, лейкоц. - $11,0 \times 10^9/л$, эоз. - 7%, пал. - 5%, сегм. - 56%, лимф. - 26%, мон. - 6%, СОЭ - 25 мм/час.
2. Общий анализ мочи: светло-желтая, реакция кислая, прозрачность - полная, уд. вес - 1018, белок - 0,165 г/л, сахара нет, лейкоц. - 6-8 в п/зр., эр. - 4-6 в п/зр., цилиндров нет.
3. Анализ крови на: общий белок - 68 г/л, альбумины - 48%, глобулины - 52%, альфа-1гл. - 6,6%, альфа-2-гл. - 10,0%, бета-гл. - 12%, гамма-гл. - 22,4%, ДФА - 280 ед, СРБ - умеренно положит.
4. Иммунологический анализ крови: снижение Т- и увеличение В-лимфоцитов, увеличение кол-ва Е-иммуноглобулинов.
5. Анализ мокроты общий: прозрачная, вязкая, стекловидная лейкоц. - 20 в п/зр., эоз. - 20-35 в п/зр., спирали Куршмана++, кристаллы Шарко-Лейдена+++, БК и атипические клетки не обнаружены.
6. Рентгенография органов грудной клетки - прилагается.
7. ЭКГ - прилагается.
8. Спирография - дыхательная недостаточность III степени обструктивного типа.
9. Пневмотахометрия - мощность выдоха составляет 80% от мощности вдоха.

ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ К ЗАДАЧЕ N 1

1. Предварительный диагноз: инфекционно-зависимая бронхиальная астма, II стадия, фаза обострения, приступный период.
Фоновое заболевание: хронический обструктивный бронхит в фазе обострения, эмфизема легких.
Осложнение: дыхательная недостаточность III степени, сердечная недостаточность ПБ стадии.

2. План дополнительного обследования: общий анализ крови, общий анализ мочи, анализ крови на общий белок и белковые фракции, ДФА, СРБ, иммунологический анализ крови: Т- и В-лимфоциты, иммуноглобулины, анализ мокроты общий, на БК и атипические клетки, рентгенография легких, по показаниям - рентгенография придаточных полостей носа, ЭКГ, спирография, пневмотахометрия, консультация аллерголога, ЛОР, стоматолога.
3. Дифференциальную диагностику следует проводить с хроническим обструктивным бронхитом, трахеобронхиальной дискинезией, бронхогенным раком легкого, кардиальной астмой.
4. Принципы лечения: терапия бронхиальной астмы складывается из: а) купирования приступа удушья или астматического состояния; б) воздействия на основные патогенетические механизмы заболевания в каждом конкретном случае.
5. Для купирования приступа бронхиальной астмы используют симпатомиметики, ксантиновые производные или холинолитики в виде таблеток, ингаляций или инъекций в зависимости от тяжести приступа. При отсутствии эффекта от бронхолитиков назначают глюкокортикоидные гормоны.
6. Глюкокортикоиды составляют основу терапии астматического статуса. Наряду с ними для купирования статуса проводят регидратационную терапию физ.раствором, 5% р-ром глюкозы, реополиглюкином. Кроме того, вводят в/в эуфиллин, гепарин, йодид натрия, 4% р-р бикарбоната натрия. При появлении симптомов застоя в малом круге кровообращения, угрожающем отеке легких вводят мочегонные препараты, сердечные гликозиды. При отсутствии эффекта в ближайшие 2-3 ч больного переводят на управляемое дыхание, производят аспирацию содержимого бронхов.
В межприступный период осуществляют лечебно-профилактические мероприятия с учетом клинко-патогенетического варианта заболевания. При инфекционно-зависимой астме - это десенсибилизация вакциной, приготовленной из флоры мокроты больного. При доказанной активности и инфекционно-воспалительного процесса - антибактериальная и иммуностимулирующая терапия (левамизол, Т-активин, нуклеинат натрия).

ПК-5,ПК-6, ПК-8

З А Д А Ч А Н 2

Больной К., 68 лет, доставлен в терапевтическое отделение машиной “скорой помощи” с жалобами на чувство удушья с затруднением выдоха, продолжающееся в течение 12 часов. С начала приступа через каждые 30 мин. применял ингаляции беротека по 2 дозы, которые не приносили облегчения. Кроме того, больного беспокоили головная боль, тупые боли и чувство тяжести в правом подреберье, отеки ног.

В анамнезе: малопродуктивный кашель в течение 20 лет. За последние 10 лет появилась одышка при физической нагрузке, которая постепенно приобрела постоянный характер. В течение последнего года даже при незначительной физической нагрузке одышка доходила до удушья. Одышку снимал ингаляциями беротека, приемом теофедрина.

Объективно: состояние тяжелое. Вынужденное положение ортопное, одышка в покое с резко затрудненным удлиненным выдохом, диффузный цианоз, акроцианоз, лицо

одутловатое, набухшие яремные вены, отеки голеней (в области крестца). Грудная клетка расширена в передне-заднем размере, “застывшая” в положении вдоха, межреберные промежутки широкие. Голосовое дрожание ослаблено над всей поверхностью легких. При перкуссии - коробочный звук, опущение нижних границ легких. При аускультации - ослабленное дыхание, рассеянные сухие свистящие хрипы на выдохе. ЧДД - 24 в минуту. На глаз видна надчревная пульсация. Верхушечный толчок не виден и не пальпируется. Границы относительной тупости сердца определяются с трудом: правая - в 4 межреберье на 2 см кнаружи от правого края грудины, левая - в 5 межреберье по срединно-ключичной линии. Тоны сердца глухие, ритмичные. Пульс - 100 в 1 минуту, малого наполнения и напряжения. АД - 100/70 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. В отлогих отделах живота определяется наличие свободной жидкости. Печень плотная, несколько болезненная, пальпируется на 5 см ниже уровня реберной дуги. Селезенка не пальпируется.

1. Установить предварительный диагноз.
2. Наметить план дополнительного обследования.
3. Провести дифференциальную диагностику.
4. Определить тактику лечения.
5. Составить программу реабилитации для пациента

РЕЗУЛЬТАТЫ ДОПОЛНИТЕЛЬНОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ К ЗАДАЧЕ N 2 :

1. Рентгенограмма - прилагается.
2. Общий анализ крови: эр. - $5,3 \times 10^{12}$, Нв - 153 г/л, ц.п. - 0,9; л - $5,5 \times 10^9$, э - 6%, п - 4%, с - 60%, л - 24%, м - 6%, СОЭ - 15 мм/час.
3. Анализ мокроты: прозрачная, вязкая, стекловидная; лейкоцит в небольшом количестве - 15-20 в п/зр., эозинофилы - 5-10 в п/зр., спирали Куршмана ++, кристаллы Шарко-Лейдена +++.
4. ФВД : уменьшение ОФВ 1, увеличение ООЛ и ФОЕ (на 100% и более). После введения бронхолитиков - увеличение ОФВ 1 уменьшение ООЛ и ФОЕ.
5. ЭКГ - прилагается.
6. Кожные аллергические пробы: повышенной чувствительности к стандартному набору аллергенов не выявлено.
7. Иммунологический анализ крови: снижение Т- и увеличение В-лимфоцитов, увеличение кол-ва иммуноглобулинов Е.

ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ К ЗАДАЧЕ N 2

1. Предварительный диагноз: бронхиальная астма, инфекционно-аллергическая форма, II стадия, тяжелое течение. Хронический обструктивный бронхит. Эмфизема легких. Легочное сердце. НК II-A. Осложнение: астматический статус I стадии.
2. План обследования: общий анализ крови, определение уровня IgE, анализ мокроты, рентгенография органов грудной клетки и околоносовых пазух, ФВД с проведением фармакологических проб, консультация аллерголога и проведение кожных аллергических проб, ЭКГ.
3. Дифференциальный диагноз проводится:
- с обструктивным синдромом неаллергической природы (“синдромная астма”)

- с хроническим обструктивным бронхитом
- с кардиальной астмой
- с истероидным нарушением дыхания
- с механической закупоркой верхних дыхательных путей (обтурационная астма).

4. Тактика лечения: лечение астматического состояния 1 стадии - проведение гидратации в сочетании с дегидратацией, борьба с ацидозом, бронхолитическая терапия, терапия глюкокортикоидами, муколитические средства; по выведении из астматического статуса лечение обострения бронхиальной астмы и хронического обструктивного бронхита.

ПК-5,ПК-6

З А Д А Ч А Н 3

На амбулаторном приеме у участкового врача поликлиники больная М., 57 лет, жаловалась на постоянную сухость во рту, жажду, общую слабость, раздражительность, боли в суставах нижних конечностей при ходьбе.

Считает себя больной в течение полугода, когда стала отмечать постепенно нарастающую слабость, периодические боли в области сердца и головные боли. Обращалась к участковому врачу, была диагностирована артериальная гипертензия, атеросклероз сосудов головного мозга. Прошла месячный курс медикаментозного лечения раувазаном и циннаризином с хорошим эффектом. За последний месяц состояние больной ухудшилось: появилась жажда, слабость, боли в суставах.

Работала поваром в детских учреждениях, в настоящее время на пенсии. 10 лет назад диагностирован хронический гастрит с секреторной недостаточностью.

При объективном обследовании состояние удовлетворительное. Кожа чистая, обычного цвета, сухая. Больная повышенного питания (рост 155, масса 83 кг). В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Границы сердца не смещены. Тоны сердца на верхушке приглушены, акцент II тона над аортой. Пульс - 64 в минуту, ритмичный, напряженный. АД - 170/100 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не пальпируются. Голени пастозны. При активных движениях в коленных суставах хруст, ограничения подвижности нет.

По данным амбулаторной карты по поводу заболевания желудка прошла год назад (РН - метрия, Ro - скопия желудка), выявлена гипоацидное состояние.

З А Д А Н И Е Н 3

1. Поставьте диагноз.
2. Составьте перечень заболеваний для дифференциального диагноза.
3. Назначьте обследование.

ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ К ЗАДАЧЕ Н 3

1. Диагноз: подозрение на сахарный диабет, артериальная гипертензия, хронический гастрит с секреторной недостаточностью в стадии ремиссии. Деформирующий артроз коленных суставов НФС О стю Ожирение 2 степени.

2. Дифференциальный диагноз следует проводить между гипертонической болезнью и симптоматическими артериальными гипертензиями, опухолью желудка, поджелудочной железы, хроническим панкреатитом.

3. На поликлиническом этапе больная нуждается в обследовании:

- а) общий анализ крови
- б) общий анализ мочи
- в) анализ крови на глюкозу
- г) копрограмма
- д) флюорография органов грудной клетки
- е) ЭКГ
- ж) осмотр гинеколога
- з) осмотр окулиста.

З А Д А Н И Е N 2

1. Оцените результаты проведенного обследования.
2. Составьте и запишите последовательность профессиональных действий участкового врача при работе с больной М., 57 лет.

ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ МЕТОДЫ ОБСЛЕДОВАНИЯ К ЗАДАЧЕ N 3

1. Результаты проведенного обследования:

а) общий анализ крови: эр. - $4,5 \times 10^{12}/л$, лейкоц. - $6,1 \times 10^9/л$, Нв - 130 г/л, цв.п. - 0,9, эоз. - 2%, пал. - 6%, нейт. - 6%, сегм. - 58%, лимф. - 30%, мон. - 2%, СОЭ - 9 мм/час.

б) общий анализ мочи: относительная плотность - 1032, реакция слабощелочная, лейкоц. - 6-8 в п/зр., бактерии +++, белок - следы, качественная реакция на сахар (+).

в) глюкоза крови - 8,6 ммоль/л.

г) копрограмма: цвет серовато-желтый, реакция щелочная, консистенция кашицеобразная, не оформлен, реакция Грегерсена (-), реакция на стеркобилин (+), непереваренные мышечные волокна в небольшом количестве, фиброзные волокна в небольшом количестве, нейтральные жиры в небольшом количестве, крахмальные зерна внутри клетчатки в большом количестве, растительная клетчатка переваренная и непереваренная в большом количестве, паразиты кишечника (-).

д) флюорография органов грудной клетки: легкие в пределах возрастных изменений.

Аорта развернута. Сердце - увеличение левого желудочка. Синусы свободны.

е) ЭКГ - прилагается.

ж) осмотр гинеколога: здорова.

з) осмотр окулиста: среды прозрачны. Диск зрительного нерва нечеткий, неравномерный спазм артериол сетчатки, вены расширены, местами контурируются нечетко.

2. Последовательность действий участкового врача:

а) уточнить диагноз после проведенного обследования:

диагноз: сахарный диабет впервые выявленный, вероятно II типа, средней степени тяжести. Хронический пиелонефрит. Артериальная гипертензия. Хронический гастрит с секреторной недостаточностью в стадии ремиссии. Деформирующий остеоартроз коленных суставов НФС 0 ст. Ожирение 2 степени.

б) провести дообследование: повторно анализ крови на глюкозу, повторно анализ мочи на сахар и ацетон, анализ мочи по Нечипоренко, анализ крови на остаточный азот, мочевины и мочевую кислоту, креатинин, и креатин, ФГС, УЗИ органов брюшной полости, консультация эндокринолога.

в) определить принципы лечения и выбрать средства для их реализации: диета N 9, гипотензивные препараты, уросептики, пероральные сахароснижающие средства.

г) осуществлять систематический контроль за состоянием здоровья в условиях диспансерного наблюдения и корректировать лечение.

З А Д А Н И Е N 3

1. Напишите направление на дообследование.
Выпишите рецепты на назначенное лечение.

РЕКОМЕНДУЕМАЯ ЛИТЕРАТУРА:

1. Денисов И.Н., Общая врачебная практика. В 2 т. Т. 1 [Электронный ресурс] : национальное руководство / под ред. акад. РАМН И.Н. Денисова, проф. О.М. Лесняк. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2017. - 976 с. - ISBN 978-5-9704-4164-0 - Режим доступа: <http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970441640.html>
2. Денисов И.Н., Общая врачебная практика: национальное руководство: в 2 т. Т. II [Электронный ресурс] / под ред. акад. РАН И.Н. Денисова, проф. О.М. Лесняк - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2018. - 888 с. - ISBN 978-5-9704-3906-7 - Режим доступа: <http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970446539.html>
3. Основы внутренней медицины [Электронный ресурс] / Ж. Д. Кобалава, С. В. Моисеев, В. С. Моисеев ; под. ред. В. С. Моисеева. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2014. <http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970427729.html>

Дополнительная:

1. Томилов А.Ф., Атлас клинической медицины: Внешние признаки болезней [Электронный ресурс] / Томилов А.Ф. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2013. - 176 с. - ISBN 978-5-9704-2562-6 - Режим доступа: <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970425626.html>

Методическое обеспечение:

лекции кафедры