

# **СБОРНИК ТИПОВЫХ МЕЖДИСЦИПЛИНАРНЫХ СИТУАЦИОННЫХ ЗАДАЧ**

**Учебное пособие для студентов, обучающихся  
по специальности 31.05.01 Лечебное дело**

Российская Академия Естествознания  
Издательский дом Академии Естествознания

ФГБОУ ВО «Уральский государственный медицинский университет»  
Министерства здравоохранения России

# **СБОРНИК ТИПОВЫХ МЕЖДИСЦИПЛИНАРНЫХ СИТУАЦИОННЫХ ЗАДАЧ**

**Учебное пособие для студентов, обучающихся  
по специальности 31.05.01 Лечебное дело**

Рекомендовано УМО РАЕ  
по классическому университетскому  
и техническому образованию в качестве  
учебного пособия для студентов  
высших учебных заведений, обучающихся  
по специальности 31.05.01 Лечебное дело

Сетевое издание  
© ИД «Академия Естествознания»  
© АНО «Академия Естествознания»  
ISBN 978-5-91327-789-3

Москва  
2024

УДК 616(25)  
ББК 54.1  
С23

*Печатается по решению Центрального методического совета  
ФГБОУ ВО УГМУ Минздрава России  
Одобрено Ученым советом лечебно-профилактического факультета  
ФГБОУ ВО УГМУ Минздрава России 16.01.2024*

#### **Составители:**

*Акимова А.В., Баженова О.В., Борисов Ю.Н., Вишнева Е.М., Вишнева К.А., Волокитина Е.А., Гринев А.Г., Гришина И.Ф., Засорин А.А., Ибрагимов М.С., Киселева Т.П., Кузнецов П.Л., Курындина А.В., Изможерова Н.В., Коваль М.В., Куприянова И.Н., Обоскалова Т.А., Мионов В.А., Попов А.А., Росюк Е.А., Сенцов В.Г., Скорняков С.Н., Смоленская О.Г., Стяжкина Ю.А., Теряева М.В., Фазылова А.В., Федотова Л.В., Хромцова О.М., Хусаинова Д.Ф., Чернядьев С.А., Чулочникова М.В.*

#### **Рецензенты**

**Долгушина А.И.** – доктор медицинских наук, доцент, зав. кафедрой госпитальной терапии ФГБОУ ВО «Южно-Уральский государственный медицинский университет» Минздрава России,

**Вахлова И.В.** – доктор медицинских наук, профессор, зав. кафедрой госпитальной педиатрии, декан педиатрического факультета ФГБОУ ВО «Уральский государственный медицинский университет» Минздрава России.

С23      Сборник типовых междисциплинарных ситуационных задач: учебное пособие для студентов, обучающихся по специальности 31.05.01 Лечебное дело. 3-е изд., перераб. и доп. / под ред. Т.В. Бородулиной, А.Г. Гриневой, Е.М. Вишневой. – М.: Издательский дом Академии Естествознания, 2024. – 264 с.

**ISBN 978-5-91327-789-3**

**DOI 10.17513/np.586**

В сборнике представлены типовые ситуационные задачи, составленные преподавателями профильных клинических кафедр ФГБОУ ВО УГМУ Минздрава России. Междисциплинарные ситуационные задачи с «плановыми» и «неотложными» ситуациями призваны ознакомить выпускников со структурой задач, а также с требованиями к содержанию ответов при собеседовании по каждой из клинических дисциплин, включенных в междисциплинарный экзамен. Форма, содержание и тематика типовых ситуационных задач согласованы с УМУ и Комитетом экспертов ФГБОУ ВО УГМУ Минздрава России, получили одобрение рецензентов, утверждены ЦМС, Ученым советом факультета и рекомендованы к изданию в виде сборника. Представлены рекомендованные варианты ответов на задачи.

Сборник предназначен для самоподготовки выпускников, обучающихся по специальности 31.05.01 Лечебное дело, к III этапу Государственной итоговой аттестации.

**ISBN 978-5-91327-789-3**

© ИД «Академия Естествознания»  
© АНО «Академия Естествознания»

---

## ОГЛАВЛЕНИЕ

|  |     |
|--|-----|
| ПРЕДИСЛОВИЕ К ИЗДАНИЮ .....                            | 4   |
| I. БАЗОВЫЕ КЛИНИЧЕСКИЕ ДИСЦИПЛИНЫ + ОЗЗО .....         | 5   |
| I.1. ВНУТРЕННИЕ БОЛЕЗНИ + ОЗЗО .....                   | 5   |
| I.2. ХИРУРГИЧЕСКИЕ БОЛЕЗНИ + ОЗЗО .....                | 51  |
| I.3. АКУШЕРСТВО И ГИНЕКОЛОГИЯ + ОЗЗО .....             | 64  |
| I.4. ТОКСИКОЛОГИЯ + ОЗЗО .....                         | 108 |
| I.5. ТРАВМАТОЛОГИЯ + ОЗЗО .....                        | 121 |
| I.6. РЕАНИМАТОЛОГИЯ + ОЗЗО .....                       | 132 |
| II. ВНУТРЕННИЕ БОЛЕЗНИ + ХИРУРГИЧЕСКИЕ БОЛЕЗНИ .....   | 152 |
| II.1. ПЛАНОВЫЕ СИТУАЦИИ .....                          | 152 |
| II.2. НЕОТЛОЖНЫЕ СИТУАЦИИ .....                        | 174 |
| III. ВНУТРЕННИЕ БОЛЕЗНИ + АКУШЕРСТВО/ГИНЕКОЛОГИЯ ..... | 185 |
| III.1. ПЛАНОВЫЕ СИТУАЦИИ .....                         | 185 |
| III.2. НЕОТЛОЖНЫЕ СИТУАЦИИ .....                       | 203 |
| IV. ХИРУРГИЯ + АКУШЕРСТВО/ГИНЕКОЛОГИЯ .....            | 219 |
| IV.1. ПЛАНОВЫЕ СИТУАЦИИ .....                          | 219 |
| IV.2. НЕОТЛОЖНЫЕ СИТУАЦИИ .....                        | 233 |
| V. КЛИНИЧЕСКАЯ ФАРМАКОЛОГИЯ .....                      | 248 |
| СВЕДЕНИЯ ОБ АВТОРАХ .....                              | 257 |

---

## ПРЕДИСЛОВИЕ К ИЗДАНИЮ

В последние 25 лет в медицинских вузах России III этап государственной итоговой аттестации выпускников (ГИА) проходит в форме собеседования по клиническим ситуационным задачам, что не только сближает отечественные образовательные технологии с международными, но и моделирует условия реальной практической деятельности врача.

Выпускник получает комплект из двух ситуационных задач, включающих компетенции врачей ряда специальностей: терапевта, хирурга, акушера-гинеколога, инфекциониста, фтизиатра, травматолога-ортопеда, а также включающие наиболее актуальные для врача общей практики вопросы токсикологии, реаниматологии, клинической фармакологии. Каждый комплект задач в обязательном порядке содержит вопросы оценки трудоспособности, медицинской сортировки с учетом действующих клинических рекомендаций, порядков оказания медицинской помощи и федеральных руководств по дисциплине «общественное здоровье и организация здравоохранения».

Каждый комплект из двух ситуационных задач представлен как «плановыми», так и «неотложными» ситуациями, например:

Пример № 1 комплектования задач:

1. Внутренние болезни + ОЗЗО (*плановая*),
2. Хирургические болезни + Акушерство/Гинекология» (*неотложная*).

Пример № 2 комплектования задач:

1. Травматология + ОЗЗО (*неотложная*),
2. Внутренние болезни + Акушерство/Гинекология (*плановая*).

При написании ситуационных задач авторы использовали данные действующих федеральных клинических рекомендаций, федеральных и международных руководств, монографий и директивных документов, а также опирались на свой клинический и педагогический опыт.

Сборник типовых ситуационных задач призван ознакомить выпускников со структурой и содержанием задач, с поставленными в каждой из них стандартными вопросами, а также с рекомендуемым содержанием ответа.

Коллектив авторов надеется, что издание сборника поможет выпускникам лучше подготовиться к экзамену, позволит унифицировать процесс собеседования и требования экзаменаторов к содержанию ответов выпускников по каждой из клинических дисциплин, а также активизировать оценку знаний.

*Декан лечебно-профилактического факультета УГМУ,  
доктор медицинских наук, доцент Гринев А.Г.*

---

# І. БАЗОВЫЕ КЛИНИЧЕСКИЕ ДИСЦИПЛИНЫ + ОЗЗО

---

## І.1. ВНУТРЕННИЕ БОЛЕЗНИ + ОЗЗО

### І.1.1 ПЛАНОВАЯ СИТУАЦИЯ

Женщина 35 лет, библиотекарь, замужем. Обратилась к участковому врачу с жалобами на симметричный отек и боль воспалительного ритма в мелких суставах кистей, а также утреннюю скованность продолжительностью около 3-х часов.

**Из анамнеза:** Боли в суставах беспокоят в течение года, лечилась самостоятельно, принимала нимесулид при усилении болевого синдрома и мази с НПВС, при этом боли и припухлость в суставах уменьшались. За прошедший период возникла устойчивая деформация в виде ульнарной девиации кистей, ограничение сгибания во 2-3 ПФС обеих кистей. Очевидных провоцирующих факторов в дебюте заболевания не отмечала. Утверждает, что испытывает ограничение в профессиональной деятельности и физ. активности. Наследственность отягощена по заболеванию суставов у матери, о диагнозе не осведомлена. Иные хронические заболевания отрицает. Травм, операций не было. Менархе в 12 лет. Menses необильные по 4 дня через 28, в настоящее время – задержка на 26 дней. Беременностей 3, 1 срочные роды в 21 год, 2 выкидыша в 29 и в 30 лет.

**Объективно:** Состояние удовлетворительное. Рост = 165 см., вес = 52 кг. Отек, дефигурация 2-3 ПФС обеих кистей, ЛЗС, ульнарная девиация обеих кистей, движения в указанных умеренно ограничены. Гипертермия кожи над суставами. В легких – дыхание везикулярное, ЧД = 16 в 1 мин. Тоны сердца приглушены. ЧСС = 72 в 1 мин. АД = 120/80 мм рт. ст. Язык влажный, розовый, чистый. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Печень у края реберной дуги, селезенка не пальпируется. Размеры печени и селезенки по Курлову: 10,5 x 9 x 8 см. и 7/5 см. соответственно. Поколачивание в проекции почек безболезненно.

**Результаты амбулаторного обследования:**

**ОАК:** Эритроц. =  $2,9 \times 10^{12}/л$ . Нб = 109 г/л, MCV 70 фл, MCH 23 пг. Цв. пок. = 0, 75. Лейкоциты =  $8,2 \times 10^9/л$ : баз.- 0%, эоз. – 1%, палоч. – 4%, сегм. – 71%, Лимфоциты -16%, Моноциты – 8%. СОЭ = 33 мм/час.

**ОАМ:** цвет – сол.-желт., уд. плотность = 1010, реакция – слабо кислая. Белок – отрицат. Глюкоза – отрицат. Эпителий плоский = 1-2 в п/зр. Лейкоциты = 1-2 в п/зр.

**Биохимическое исследование крови:** Глюкоза = 4,3 ммоль/л. Креатинин = 101 мкмоль /л. Билирубин = 14,4 мкмоль/л. АсАТ/АлАТ = 50/120 МЕ. Холестерин = 4,6 ммоль/л. Калий = 4,1 ммоль/л. Общий белок = 81 г/л. Железо сыворотки = 5,5 мкмоль/л, ОЖСС 80 мкмоль/л, ферритин 36 мкг/л.

**Иммунологический анализ крови:** СРП 96 мг/л, РФ 128 МЕ/л, АЦЦП 250МЕ/л

**Скорость клубочковой фильтрации** = 62 мл/мин.

**ЭКГ:** Ритм синусовый, правильный, 72 в 1 мин. RI>RII>RIII. RV2 = SV2. Угол  $\alpha = 35^\circ$ . Очаговых изменений не выявлено.

**Флюорография органов грудной клетки:** Корни легких структурны, очаговых и инфильтративных теней не выявлено. Синусы свободны.

**Задание (вопросы):**

1. Сформулируйте диагноз основного и сопутствующего заболеваний, обосновав его сведениями, имеющимися в условии задачи. Какую терапию можно назначить ДО подтверждения диагноза?

2. Обоснуйте необходимость дополнительных лабораторных и/или инструментальных исследований для верификации диагноза, проведения дифференциальной диагностики и обеспечения безопасности пациента.

3. Укажите основные принципы «лечения до достижения цели».

4. Какие виды, условия и формы медицинской помощи следует предоставить в соответствии с Порядком оказания медицинской помощи при данной ситуации?

**РЕКОМЕНДУЕМОЕ СОДЕРЖАНИЕ ОТВЕТА:**

1. *Диагноз заболевания и его обоснование:*

*Основное заболевание:* «Ревматоидный полиартрит, развернутая стадия, неуточненный по серологической характеристике, высокая

степень активности (DAS28-ESR 6,26). 2 ФК. Анемия хронического заболевания, I ст. тяжести».

*Обоснование нозологической формы:* признаки артрита (боли, припухлость, скованность) более чем в 10 мелких суставах кистей с утренней скованностью, симметричным опуханием и ограничением движений, сохраняющиеся более 6 недель (наличие 5 диагностических критериев ARA, или 7 баллов EULAR-ARA, 2010, характеризующих РА как «определенный»).

*Обоснование активности процесса и II степени:* наличие припухлости и деформации более чем 10 суставов, снижение качества жизни (продолжительность утренней скованности около 3 часов) и ускорение СОЭ до 23 мм/час при расчете индекса DAS28 дают значения выше, чем 5,1.

*Обоснование II функционального класса:* умеренное ограничение движений в суставах без очевидного нарушения профессиональной деятельности в течение года.

**2. Стартовая терапия,** исходя из условия задачи и диагноза, должна включать следующий лечебный комплекс:

- Диета с исключением универсальных сенсibilизаторов и пищевых аллергенов; ограничение блюд и напитков, содержащих легко усваиваемые углеводы; ограничение соли и животных и растительных трансжиров (например, маргарины, выпечка).

- Палатный режим (ограничение физических нагрузок на воспаленные суставы, однако раннее начало упражнений для кистей, направленных на профилактику развития контрактур и анкилозов, сохранение силы и массы мышц).

- Симптоматическая «терапия спасения» НПВП по потребности: предпочтительно из группы специфических ингибиторов ЦОГ-2 (целекоксиб, эторикоксиб), или ЦОГ-2-селективных НПВП (мелоксикам, нимесулид, ацеклофенак) т.к. в отсутствии данных о состоянии слизистой оболочки желудочно-кишечного тракта, риск желудочно-кишечных кровотечений при применении этих препаратов ниже, чем при приеме неселективных НПВП.

**3. Для верификации диагноза, проведения диф. диагностики и возможной коррекции «стартовой» терапии необходимо выполнить следующие исследования:**

*Для уточнения серологической принадлежности процесса:* определение РФ, характеризующего наличие аутоиммунного механизма



повреждения синовии и хряща суставов и лежащего в основе прогрессирования РА с возможностью повреждения соединительной ткани других органов и систем (системных проявлений) – исследование сыворотки крови на наличие антител к циклическому цитрулинированному пептиду (анти-ЦЦП), к модифицированному цитрулинированному виментину/висфатину (анти-МСV), которые характеризуют РА как серопозитивный, и являются маркерами повышенного риска быстрого прогрессирования деструкции суставов).

*Для определения рентгенологической стадии процесса:* рентгенография суставов кистей и стоп (выявление эрозивно-деструктивных изменений – «узурации суставного хряща») – является маркерами повышенного риска быстрого прогрессирования деструкции суставов) с 2-летним интервалом повторных рентгенографий, т.к. количество вновь вовлекающихся за этот период суставов и динамика рентгенологических изменений в ранее пораженных позволяют объективизировать представление о варианте течения (стационарное, медленно или быстро прогрессирующее) и обосновать необходимость коррекции лекарственной терапии.

*Для уточнения причины анемии:* бесконтрольный прием индометацина требует исключения эрозивно-язвенного поражения СОЖ с диapedезной кровоточивостью (ФГС), а также определения уровня железа сыворотки, насыщения трансферрина и ферритина (наиболее вероятна анемия хронического воспаления (нормохромная), но возможна и железодефицитная анемия. Против иммунного гемолитического её генеза свидетельствуют нормальный уровень билирубина и отсутствие характерного увеличения селезенки).

Исследование в крови маркеров вирусов гепатита В, С и ВИЧ (ИФА-определение антигенов НВsAg, НВеAg необходимо для дифференциального диагноза с вирусными артритам и исключения противопоказаний к терапии синтетическим болезнью-модифицирующими препаратами.

*Для уточнения причины гипертрофии ЛЖ ( $R_I > R_{II} > R_{III}$ ,  $RV2 = SV2$ . Угол  $\alpha = 35^\circ$ ):* задать уточняющий вопрос об образе жизни (имевшихся ранее физических нагрузках – бытовых, спортивных) и провести УЗИ сердца для исключения патологии клапанного его аппарата.

Критерием качества оказания помощи врачом-терапевтом будет максимально быстрое направление больной на консультацию ревматолога.

**4. Ответ на вопрос ОЗЗО: Какие виды, условия и формы медицинской помощи следует предоставить в соответствии с Порядком оказания медицинской помощи при данной ситуации?**

**Общие положения:** Организационные этапы оказания медицинской помощи конкретному пациенту определяются на основе утвержденных на федеральном уровне или на уровне субъекта федерации порядков оказания медицинской помощи, протоколов ведения больных, алгоритмов маршрутизации, стандартов оказания медицинской помощи при определенных заболеваниях и состояниях – от скорой медицинской помощи или первичной медико-санитарной помощи до специализированной, в том числе высокотехнологичной медицинской помощи, в медицинских организациях различной категории и мощности.

*Виды, условия и формы оказания медицинской помощи классифицируются в соответствии с Федеральным законом «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» от 21 ноября 2011 года № 323 ФЗ, статья 32 «Медицинская помощь». К видам медицинской помощи относятся:* 1) первичная медико-санитарная помощь; 2) специализированная, в том числе высокотехнологичная, медицинская помощь; 3) скорая, в том числе скорая специализированная, медицинская помощь; 4) паллиативная медицинская помощь. Медицинская помощь может оказываться *в условиях:* 1) вне медицинской организации (по месту вызова бригады скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи, а также в транспортном средстве при медицинской эвакуации); 2) амбулаторно (в условиях, не предусматривающих круглосуточного медицинского наблюдения и лечения), в том числе на дому, при вызове медицинского работника; 3) в дневном стационаре (в условиях, предусматривающих медицинское наблюдение и лечение в дневное время, но не требующих круглосуточного медицинского наблюдения и лечения); 4) стационарно (в условиях, обеспечивающих круглосуточное медицинское наблюдение и лечение). *Формами оказания медицинской помощи являются:* 1) экстренная – медицинская помощь, оказываемая при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний, представляющих угрозу жизни пациента; 2) неотложная – медицинская помощь, оказываемая при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний без явных признаков угрозы жизни пациента; 3) плановая – медицинская помощь, которая оказывается при проведении профилактических мероприятий, при заболеваниях и состояниях,

не сопровождающихся угрозой жизни пациента, не требующих экстренной и неотложной помощи, и отсрочка оказания которой на определенное время не повлечет за собой ухудшение состояния пациента, угрозу его жизни и здоровью.

В статьях 33-36 ФЗ № 323 конкретизируются каждый из видов медицинской помощи.

В соответствии со статьей 33 «Первичная медико-санитарная помощь» подразделяется: 1) первичная доврачебная медико-санитарная помощь, оказывается фельдшерами, акушерами и др. медицинскими работниками со средним медицинским образованием; 2) первичная врачебная медикосанитарная помощь, оказывается врачами-терапевтами, врачами-терапевтами-участковыми, врачами-педиатрами, врачами-педиатрами участковыми и врачами общей практики (семейными врачами); 3) первичная специализированная медико-санитарная помощь, оказывается врачами-специалистами, включая врачей-специалистов медицинских организаций, оказывающих специализированную, в том числе высокотехнологичную, медицинскую помощь. Первичная медико-санитарная помощь оказывается в амбулаторных условиях и в условиях дневного стационара, в форме плановой, неотложной, экстренной.

В соответствии со статьей 34 ФЗ № 323 «Специализированная, в том числе высокотехнологичная, медицинская помощь» – оказывается врачами-специалистами, требует использования специальных методов и сложных медицинских технологий. Высокотехнологичная медицинская помощь является частью специализированной медицинской помощи и включает в себя применение новых сложных и (или) уникальных методов лечения, а также ресурсоемких методов лечения с доказанной эффективностью; оказывается в соответствии с перечнем видов высокотехнологичной медицинской помощи, утвержденным Министерством здравоохранения Российской Федерации. Специализированная, в том числе высокотехнологичная, медицинская помощь оказывается в стационарных условиях и в условиях дневного стационара, в форме плановой, неотложной, экстренной.

В соответствии со статьей 35 ФЗ № 323 «Скорая, в том числе скорая специализированная, медицинская помощь» – оказывается при заболеваниях, несчастных случаях, травмах, отравлениях и других состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства;

оказывается в экстренной и неотложной форме; условия оказания – вне медицинской организации, а также в амбулаторных и стационарных условиях. Медицинская эвакуация – транспортировка граждан в целях спасения жизни и сохранения здоровья (в том числе лиц, находящихся на лечении в медицинских организациях, в которых отсутствует возможность оказания необходимой медицинской помощи при угрожающих жизни состояниях, женщин в период беременности, родов, послеродовой период и новорожденных, лиц, пострадавших в результате чрезвычайных ситуаций и стихийных бедствий). Медицинская эвакуация осуществляется выездными бригадами скорой медицинской помощи, включает в себя: 1) санитарно-авиационную эвакуацию; 2) санитарную эвакуацию (наземным, водным и другими видами транспорта).

В соответствии со статьей 36 ФЗ № 323 «Паллиативная медицинская помощь» – представляет собой комплекс медицинских вмешательств, направленных на избавление от боли и облегчение других тяжелых проявлений заболевания, в целях улучшения качества жизни неизлечимо больных граждан; может оказываться в амбулаторных и стационарных условиях.

*В данной ситуации: Поэтапные виды, условия и формы оказания медицинской помощи:* 1 этап (обращение к участковому терапевту) – первичная врачебная медико-санитарная помощь, в амбулаторных условиях, плановая форма оказания; 2 этап (госпитализация) – специализированная медицинская помощь, в стационарных условиях, плановая форма оказания; 3 этап (долечивание) – первичная врачебная или специализированная медико-санитарная помощь, в амбулаторных условиях, плановая форма оказания.

Высокая активность воспаления и необходимость мониторинга параметров безопасности при инициации терапии метотрексатом или другим синтетическим препаратом является показанием для госпитализации больной в ревматологическое отделение).

### 1.1.2. ПЛАНОВАЯ СИТУАЦИЯ

Мужчина К., 42 лет, слесарь-инструментальщик, находится на лечении в стационаре вторые сутки. На момент осмотра жалоб не предъявляет.

*Из анамнеза:* В день госпитализации во время интенсивной физической нагрузки внезапно почувствовал резкую слабость, головокру-

жение, потемнение в глазах, потерял сознание. Со слов сослуживцев, упал на пол, был бледен, покрыт «испаринной». Доставлен в стационар бригадой СМП. До этого считал себя здоровым, но при больших нагрузках отмечал умеренную одышку, головокружение. Служил в армии. Отец и брат больного умерли в возрасте до 50 лет «от какого-то заболевания сердца». Туберкулез, вирусный гепатит, СД, операции, травмы, гемограмму отрицает. Не курит. Наследственность не отягощена.

**Объективно:** Состояние удовлетворительное. Рост = 168 см. Вес = 66 кг. Кожа и слизистые физиологической окраски,  $t$  тела = 36,6°C. В легких: перкуторно – легочный звук, при аускультации – дыхание везикулярное. ЧД = 17 в 1 мин. Границы относительной тупости сердца: правая – по правому краю грудины, левая – на 1 см кнаружи от срединно-ключичной линии, верхняя – в 3 межреберье. Тоны сердца ритмичные, ясные. По левому краю грудины прослушивается систолический шум, нарастающе-убывающей формы, не проводящийся на периферические сосуды. ЧСС = 72 в 1 мин. АД = 120/80 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Размеры печени по Курлову:  $9 \times 8 \times 7$  см. Поколачивание в проекции почек безболезненно.

#### **Результаты стационарного обследования**

**ОАК:** Эритроц. =  $3,9 \times 10^{12}/л$ , Hb = 130 г/л, ЦП = 1. Лейкоциты =  $5,2 \times 10^9/л$ : эоз. = 1%, пал. = 1%, сегм. = 66%, лимф 30%, моноц. = 2%, СОЭ = 10 мм/час.

**ОАМ:** сол-желтая, прозрачная, уд. вес = 1019, белок, Глюкоза – отр., лейкоциты = 1-2 в п/зр., эритроц. = 0-1 в п/зр.

**Биохимические исследования крови:** Глюкоза = 3,8 ммоль/л, креатинин = 67 мкмоль/л, билирубин = 7 мкмоль/л, АСТ/АЛТ = 34/38 МЕ, калий = 4,6 ммоль/л, общий холестерин = 3,9 ммоль/л. Общий белок = 78 г/л. **Скорость клубочковой фильтрации** = 105 мл/мин/  $1,73 м^2$  (СКД-ЕП).

**ЭКГ:** ритм синусовый, 72 в 1 мин. Электрическая ось +40. Регистрируются единичные желудочковые экстрасистолы.  $RI > RII > RIII$ ;  $RV6 > RV4$ , высокая амплитуда  $RI, RV6, RaVL$ . В отведениях  $V2-4$  зубец Q равный 50% от высоты R. Косое смещение вниз сегмента ST,  $TV4-6$  отрицательный, неравносторонний.

**ЭХОКГ:** Ao 28 мм, ЛП 32 мм. МЖП 15 мм, в базальном отделе 20 мм. ЗСЛЖ 12 мм. КДР 55 мм, КСР 32 мм. Митральная регургитация 1 ст. ФВ 60%.

**Флюорография органов грудной клетки:** Корни легких структурны, очаговых и инфильтративных теней не выявлено. Синусы свободны.

**Задание (вопросы):**

**1. Сформулируйте диагноз основного и сопутствующего заболеваний, обосновав его сведениями, имеющимися в условии задачи.**

**2. Обоснуйте необходимость дополнительных лабораторных и/или инструментальных исследований для верификации диагноза, проведения дифференциальной диагностики**

**3. Назначьте «стартовую терапию». Имеются ли показания к хирургическому лечению?**

**4. Основные задачи и функции службы скорой медицинской помощи.**

**ПРИМЕР РЕКОМЕНДУЕМОГО СОДЕРЖАНИЯ ОТВЕТА:**

**1. Диагноз заболевания и его обоснование:** Гипертрофическая кардиомиопатия, обструктивная форма. Латентная обструкция выносящего тракта левого желудочка с развитием синкопального состояния при физической нагрузке (дифф. диагноз с аритмическими причинами).

**Обоснование нозологической формы:** симптомы динамической обструкции выносящего тракта ЛЖ после физической нагрузки: слабость, головокружение, потемнение в глазах, потеря сознания, бледность кожных покровов, испарина. Признаки обструкции выносящего тракта ЛЖ при физикальном обследовании (систолический шум характерного типа по левому краю грудины). Признаки гипертрофии левого желудочка при физикальном обследовании (смещение границы относительной тупости сердца влево) и при регистрации ЭКГ ( $RI > RII > RIII$ ;  $RV6 > RV4$ , высокая амплитуда  $RI, RV6, RaVL$ , Косое смещение вниз сегмента  $ST, TV4-6$  отрицательный, неравносторонний). Признаки гипертрофии межжелудочковой перегородки по данным ЭКГ (патологический зубец  $Q V2-V4$ ). Признаки гипертрофии межжелудочковой перегородки по данным ЭХО-КГ: МЖП 15 мм, в базальном отделе 20 мм. Семейный анамнез внезапной сердечной смерти.

**Обоснование степени обструкции выносящего тракта ЛЖ:** отсутствие обструкции в покое, провоцирование обструкции физической нагрузкой.

2. Для верификации диагноза основного заболевания и проведения диф. диагностики необходимо выполнить следующие исследования:

Для дополнительной объективизации ГКМП и количественной оценки внутрижелудочкового градиента обструкции: ЭХО-КГ (толщина стенки ЛЖ в одном или более сегментах  $\geq 15$  мм, S-образная деформация и утолщение МЖП, передне-систолическое движение створки митрального клапана, градиент давления в выносящем тракте ЛЖ  $\geq 30$  мм рт. ст. (значимый –  $\geq 50$  мм рт. ст.)

Для уточнения характера динамической обструкции: стресс-ЭХО-КГ с пробами, усиливающими динамическую обструкцию: проба Вальсальвы, проба с физической нагрузкой, проба с изопrenalином.

Для уточнения анатомии сердца, функции желудочков, оценки фиброза миокарда: МРТ сердца.

Для определения наличия и степени значимости желудочковых нарушений ритма: суточное мониторирование ЭКГ.

3. Исходя из условия задачи и диагноза, стартовая терапия должна включать:

- Диета № 10 (исключение универсальных сенсibilизаторов и пищевых аллергенов, ограничение блюд и напитков, возбуждающих нервную и эндокринную системы, ограничение соли и жидкости).

- Назначение бета-адреноблокаторов без вазодилатирующих свойств (бисопролол, метопролола тартрат или метопролола сукцинат, атенолол, пропранолол) в эффективных дозировках (при неэффективности терапии и наличии значимой обструкции выносящего тракта ЛЖ в покое или при провокации – решение вопроса о септоредукцирующем оперативном лечении – миомэктомии или септальной спиртовой аблации МЖП).

- Противопоказаны лекарственные средства, увеличивающие силу сокращения ЛЖ или снижающие ОПСС, т.к. они усугубляют симптомы обструкции выносящего тракта ЛЖ.

- Медико-генетическое консультирование с решением вопроса о тактике обследования родственников первой линии в зависимости от наличия и степени патогенности выявленных мутаций.

- Стратификация риска внезапной смерти и уточнение показаний к имплантации ИКД (на основании имеющихся данных и результатов дополнительных исследований) – Американская или Европейская модель

*Имеются ли показания к хирургическому лечению?*

Показания к редукции МЖП:

Клинические: ХСН III–IV функционального класса NYHA с ФВЛЖ  $\geq 50\%$  и/или наличие других тяжелых симптомов (обмороки, предобморочные состояния, синдром стенокардии), существенно ограничивающих повседневную активность, несмотря на оптимальную медикаментозную терапию.

Гемодинамические: обструктивная форма ГКМП (в покое или индуцируемая) с ГД в ВТЛЖ  $\geq 50$  мм рт. ст., которая ассоциирована с гипертрофией МЖП и передне-систолическим движением створки митрального клапана, другими аномалиями аппарата МК (хорды, ПМ) и рефрактерная к проводимой терапии в полном объеме.

Анатомические: толщина МЖП, достаточная для безопасного и эффективного выполнения операции или процедуры (по мнению оператора), состояние аппарата МК и подклапанных структур, сочетанные аномалии коронарных артерий.

**4. Ответ на вопрос ОЗСО: Основные задачи и функции службы скорой медицинской помощи.**

В соответствии со статьей 35 ФЗ № 323, задачей скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи (СМП) является оказание гражданам медицинской помощи при заболеваниях, несчастных случаях, травмах, отравлениях и других состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства. В случае необходимости осуществляется медицинская эвакуация, представляющая собой транспортировку граждан в целях спасения жизни и сохранения здоровья (в том числе лиц, находящихся на лечении в медицинских организациях, в которых отсутствует возможность оказания необходимой медицинской помощи при угрожающих жизни состояниях, женщин в период беременности, родов, послеродовой период и новорожденных, лиц, пострадавших в результате чрезвычайных ситуаций и стихийных бедствий).

СМП оказывается в экстренной или неотложной форме; в условии – вне медицинской организации, амбулаторных и стационарных.

На догоспитальном этапе СМП осуществляется медицинскими работниками станций скорой медицинской помощи, отделений экстренной медицинской помощи лечебно-профилактических учреждений (ЛПУ), отделений скорой медицинской помощи ЛПУ, а также медицинскими работниками ЛПУ, оказывающих скорую специализированную (санитарно-авиационную) медицинскую помощь. На госпитальном этапе скорая медицинская помощь осуществляется медицинскими работниками отделения экстренной медицинской помощи ЛПУ.



Структурными подразделениями службы СМП являются станции, подстанции, отделения СМП, выездные бригады, в том числе фельдшерская, врачебная, педиатрическая, интенсивной терапии и другие специализированные бригады.

Основными функциями станции скорой медицинской помощи являются: круглосуточное оказание своевременной и качественной медицинской помощи в соответствии со стандартами медицинской помощи заболевшим и пострадавшим, находящимся вне лечебно-профилактических учреждений, при катастрофах и стихийных бедствиях, а также обратившимся за помощью непосредственно на станцию СМП; осуществление своевременной транспортировки (а также перевозки по заявке медицинских работников) больных, пострадавших и рожениц, нуждающихся в экстренной стационарной помощи.

Выездная бригада СМП осуществляет: прибытие к пациенту (на место происшествия) в пределах установленного норматива времени, установление диагноза, проведение мероприятий, направленных на стабилизацию или улучшение состояния пациента и, при наличии медицинских показаний, транспортировку его в лечебно-профилактическое учреждение; передачу пациента и соответствующей медицинской документации дежурному врачу (фельдшеру) стационара лечебно-профилактического учреждения; обеспечение сортировки больных (пострадавших) и установление последовательности оказания медицинской помощи при массовых заболеваниях, отравлениях, травмах и других чрезвычайных ситуациях.

СМП медицинскими организациями государственной и муниципальной систем здравоохранения оказывается гражданам бесплатно, за счет средств обязательного медицинского страхования.

Показатели деятельности медицинских организаций по оказанию СМП. Показатели, характеризующие объем деятельности: количество вызовов СМП в расчете на 1 жителя; доля «непрофильных» вызовов; % доставленных в стационар (по профилям), % госпитализированных, частота отказов в госпитализации, % перетранспортировки в другие ЛПУ. Показатели, характеризующие качество работы: доля пациентов, которым СМП оказана в течение 20 минут после вызова; % расхождений диагнозов СМП и при поступлении в стационар; тактических ошибок (в сопоставлении с алгоритмами); догоспитальная летальность (доля до прибытия бригады, в присутствии бригады, в машине); досуточная летальность в стационаре.

### 1.1.3 ПЛАНОВАЯ СИТУАЦИЯ

Мужчина 42 лет, директор завода, обратился в приемное отделение многопрофильной больницы с жалобами на сильные боли в правой стопе, головную боль, повышение  $t$  тела до  $38,3^{\circ}\text{C}$ . Заболел остро, симптоматика заболевания появилась накануне ночью, по возвращении с юбилейного банкета. Подобное состояние было год назад, тогда к врачу не обращался.

**Из анамнеза:** в течение 5 лет периодически регистрируется малосимптомное повышение АД; за последний год были три приступа почечной колики.

**Объективно:** состояние удовлетворительное. Рост = 164 см. Вес = 81 кг. Кожа влажная, чистая. Температура тела =  $38,4^{\circ}\text{C}$ . Лимфоузлы не увеличены. Правый голеностопный, правый первый плюснефаланговый суставы резко отечны, багрово-синюшного цвета, крайне болезненны при движении, кожа над ними горячая; остальные суставы не изменены. В легких: дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧД = 20 в 1 мин. Границы относительной тупости сердца: правая – по правому краю грудины, левая – на 1,5 см кнутри от срединно-ключичной линии, верхняя – 3 межреберье. Тоны сердца ясные, акцент II тона и систолический шум во втором межреберье справа. ЧСС = 92 в 1 мин. АД = 160/110 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Пальпируется выступающий на 1 см. из-под реберной дуги гладкий, ровный, эластичный, безболезненный край печени. Размеры печени по Курлову: 10 (1) x 8 x 7 см. Селезенка: 8 x 6 см. Поколачивание в проекции почек безболезненно.

#### **Результаты стационарного обследования:**

**ОАК:** Эритроц. =  $4,8 \times 10^{12}/\text{л}$ , НЬ = 159 г/л, ЦП = 1. Лейкоциты =  $9,9 \times 10^9/\text{л}$ : эоз. = 5%, пал. = 8%, сегм. = 71%, лимф. = 13%, моноц. = 3%. СОЭ = 42 мм/час

**ОАМ:** сол-желтая, прозрачная, уд. вес = 1018, белок, глюкоза – отр., лейкоциты = 2-3 в поле зрения, эритроц. = 0-1 в поле зрения, ураты +++

**Биохимические исследования крови:** глюкоза = 6,2 ммоль/л, креатинин = 120 мкмоль/л, мочевиная кислота 412 мкмоль/л, билирубин = 16 мкмоль/л, АСТ/АЛТ = 32/28 МЕ. Калий = 4,9 ммоль/л, общий холестерин = 6,2 ммоль/л. Общий белок = 78 г/л. СРБ = 56 мг/л.

**Скорость клубочковой фильтрации (СКФ) = 67 мл/мин/1,73 м<sup>2</sup> (СКД-ЕРІ).**

**ЭКГ:** Ритм синусовый, 78 в 1 мин.  $R_I > R_{II} > R_{III}$ ;  $R_{V6} > R_{V4}$ ,  $R_{V3} = S_{V3}$ , высокая амплитуда  $R_I, R_{V6}$ .

**Флюорография органов грудной клетки:** Корни легких структурны, очаговых и инфильтративных теней не выявлено. Синусы свободны.

### Задание (вопросы):

1. Сформулируйте диагноз основного и сопутствующего заболеваний, обосновав его сведениями, имеющимися в условии задачи.

2. Обоснуйте необходимость дополнительных лабораторных и/или инструментальных исследований для верификации диагноза, проведения дифференциальной диагностики и возможной коррекции «стартовой» терапии.

3. Назначьте «стартовую» терапию (этиотропную, патогенетическую и синдромно-симптоматическую).

4. Какие критерии характеризуют доступность и качество оказания медицинской помощи в терапевтическом отделении стационара. Какие меры способствуют повышению эффективности стационарной медицинской помощи?

### ПРИМЕР РЕКОМЕНДУЕМОГО СОДЕРЖАНИЯ ОТВЕТА:

1. *Диагноз заболевания и его обоснование:* Подагра. Острый артрит голеностопного и I плюснефалангового суставов справа. ФК II. Подагрическая нефропатия: мочекаменная болезнь. ХБП С2 Ах. Гипертоническая болезнь III степени, II стадии (в сочетании в нефрогенной гипертензией), риск – IV. Ожирение I ст. Высокая гликемия натощак. Гиперхолестеринемия.

*Обоснование нозологической формы:* зарегистрировано более одной атаки острого артрита с характерными проявлениями: воспаление достигает максимума в первый день, покраснение кожи над пораженным суставом; припухание и боль в I плюснефаланговом суставе; одностороннее поражение суставов стопы, уровень мочевой кислоты 412 мкмоль/л. наличие 9 баллов классификационных критериев EULAR/ARA 2015 достаточно для диагноза определенной подагры.

*Обоснование II ФК:* ограничение повседневной и профессиональной деятельности, но без очевидного нарушения способности к самообслуживанию.

*Обоснование нефропатии:* Развитие подагрической нефропатии может проявляться в нескольких формах: мочекаменная болезнь, интерстициальный нефрит, острое почечное повреждение.

*Обоснование ХБП С2:* Расчетная скорость клубочковой фильтрации 67 мл/мин/1,73 м<sup>2</sup> (СКД-Ері). Ах – необходима количественная оценка суточной альбуминурии для оценки степени. Изменение функции почек может быть транзиторным.

*Обоснование степени и стадии ГБ:* повышение диастолического АД до 110 и выше мм рт. ст соответствует III степени. Наличие поражения органов-мишеней (гипертрофия левого желудочка) характерно для II стадии. Независимо от факторов риска, повышение АД до III степени соответствует IV степени риска сердечно-сосудистых осложнений.

*Обоснование ожирения I ст. (по классификации Института здоровья АН США, 1989)* значения индекса массы тела = 29,7 кг/м<sup>2</sup>. Выявление уровня гликемии натощак 6,2 ммоль/л требует уточнения характера нарушения обмена углеводов. Поскольку при высокой гликемии натощак проведение перорального теста толерантности к глюкозе не этично, необходима оценка уровня гликемии, гликированного гемоглобина и иммунореактивного инсулина в одной порции крови, взятой после 14-часового голодания с последующим расчетом индексов инсулинорезистентности HOMA-IR и CARO.

Тактически оправдано амбулаторное лечение пациента при создании условий активного наблюдения на дому в первые три дня заболевания. При неэффективности терапии возможна госпитализация в стационар (желательно в ревматологическое отделение) для выполнения необходимых уточняющих исследований и определения оптимального объема лекарственной терапии. Пациент имеет показания к установлению временной нетрудоспособности (выдаче листка нетрудоспособности).

**2.** *Для верификации диагноза основного заболевания, проведения диф. диагностики и возможной коррекции «стартовой» терапии необходимо выполнить следующие исследования:*

*Для установления диагноза подагры:* ведущим диагностическим признаком является обнаружение уратов в синовиальной жидкости. В случае принятия решения о проведении пункции сустава может быть получена синовиальная жидкость, подлежащая исследованию. С учетом клинических проявлений требуется дифференцировать артрит от септического. В этом случае также обязательна окраска по Граму и подсчет числа лейкоцитов в 1 мкл синовиальной жидкости.

*Для уточнения характера патологии почек:* следует выполнить ультразвуковое исследование почек (для уточнения характера мочекаменной болезни), провести пробу Зимницкого (снижение удельного веса

мочи является начальным признаком интерстициального нефрита), оценить суточную альбуминурию и суточную экскрецию мочевой кислоты.

*Рентгенографическое исследование стоп в прямой проекции:* Вероятно, что в данной клинической ситуации типичных рентгенологических признаков подагры не будет обнаружено (в анамнезе только два приступа). Однако получение исходной рентгенологической картины позволит при проведении повторных рентгенографий через 2 года оценить динамику рентгенологических изменений, а в случае необходимости дифференциации диагноза с септическим артритом через 3-4 недели объективизировать представление о варианте течения.

На всех стадиях подагры для выявления депозитов уратов и синовиита показано проведение УЗИ суставов, при необходимости – МРТ.

*Для уточнения природы гиперлипидемии (ОХС = 6,2 ммоль/л) целесообразным исследованием является исследование липидного спектра сыворотки крови с целью оценки эффективности гиполипидемической терапии.*

*Для уточнения причины гипертрофии ЛЖ (RI > RII > RIII; RV6 > RV4, RV3 = SV3, высокая амплитуда RI, RV6):* задать уточняющий вопрос об образе жизни (имевшихся ранее физических нагрузках – бытовых, спортивных), провести УЗИ сердца для исключения патологии клапанного аппарата сердца и изменения структуры камер сердца.

Исходя из условий задачи, при госпитализации консультация ревматолога должна быть проведена не позднее, чем в первые три дня.

**3. Исходя из условия задачи и диагноза, стартовая терапия должна включать:**

- Увеличение потребления питьевой воды не менее 2 л в сутки. Диета, умеренно гипокалорийная, обогащенная молочными продуктами с низким содержанием жира, приводит к снижению сывороточного уровня мочевой кислоты и частоты приступов. Алкоголь, особенно пиво (независимо от содержания алкоголя) и крепкие спиртные напитки (особенно ликёры), а также фруктоза (прежде всего, в виде подслащённых напитков) являются независимыми фактором риска развития подагры. Напротив, ограничение в пищевом рационе богатых пуринами продуктов животного происхождения (мясо и морепродукты), обогащение рациона молочными продуктами и снижение веса способствуют снижению сывороточного уровня мочевой кислоты.

- Амбулаторный режим (при неэффективности лечения – палатный, на период активного воспаления).

• Неотложные мероприятия по купированию «подагрического криза» (острого приступа подагрического артрита): 1,5 мг в первый день (1 мг и через час ещё 0,5 мг и 1 мг со следующего дня), что может быть достаточно у большинства пациентов. В последующие 4-5 день терапию колхицином продолжают с постепенным снижением дозы препарата. Другими эффективными средствами лечения острого приступа подагры являются НПВП, которые назначают в первый день в максимальной разрешенной суточной дозе (диклофенак 150 мг/сут, нимесулид 200 мг/сут, эторикоксиб 120 мг и др.). Назначение НПВП должно сопровождаться мониторингом функции почек и АД.

*При неэффективности (или непереносимости) терапии* вышеперечисленными препаратами могут быть использованы глюкокортикостероидные препараты внутрисуставно или внутримышечно, назначение средних доз глюкокортикоидов перорально с быстрой отменой (30-35 мг преднизолона в сутки в течение 3-5 дней с полной отменой препарата за 10-14 дней). Данная терапия эффективна и сопоставима по безопасности с нестероидными противовоспалительными препаратами в лечении острого приступа артрита.

*Назначение моноклональных антител к интерлейкину-1 (канакинумаб)* может быть рекомендовано пациентам с наличием абсолютных противопоказаний и/или неэффективности нестероидных противовоспалительных препаратов, колхицина и глюкокортикоидов для купирования острого приступа артрита.

*Нанесение на область пораженных суставов гелей и кремов, содержащих НПВП неэффективно.*

*В период острого приступа подагры начало урикодепрессивной терапии запрещено (увеличивается риск рецидива артрита).* Рекомендуется проведение уратснижающей терапии всем пациентам со стойкой гиперурикемией и острыми атаками артрита (с частотой приступа  $\geq 2$  в год), хроническим артритом, наличием тофусов (независимо от локализации и метода выявления (при осмотре, методами лучевой диагностики) или уровень урикемии выше 600 ммоль/л, или уратных камней. Пациентам с дебютом подагры в возрасте менее 40 лет, при наличии почечной патологии, коморбидных заболеваний, уратснижающую терапию следует инициировать сразу после первого приступа артрита.

*Данному пациенту будет показано проведение урикодепрессивной терапии.* Рекомендуется назначение препарата в исходно низкой дозе

(50-100 мг ежедневно) с последующим увеличением (при необходимости) по 100 мг каждые две-четыре недели, что особенно важно у пациентов с почечной недостаточностью начиная с 100 мг/сут с увеличением на 50 мг один раз в 14 дней до целевого показателя урикемии менее 360 мкмоль/л и под контролем концентрации креатинина, АЛТ/АСТ. Снижение частоты рецидивов, уменьшение размеров тофусов (камней) отмечается только после 4-6 месяцев терапии, при условии достижения целевых показателей урикемии. Рекомендуется у больных с тяжелой тофусной подагрой поддержание сывороточного уровня мочевой кислоты менее 300 мкмоль/л. Терапия аллопуринолом длительная (от многих лет до пожизненной).

*В случае развития нежелательных реакций*, связанных с применением аллопуринола, а также при недостижении целевого уровня мочевой кислоты в сыворотки крови при применении максимально допустимых доз аллопуринола, рекомендуется назначение других ингибиторов ксантиноксидазы (фебуксостат) в дозе 80 мг в сутки, при необходимости доза может быть увеличена до 120 мг в сутки.

*Для профилактики приступов артрита* всем пациентам в течение первых 6 месяцев после начала уратснижающей терапии рекомендовано использовать колхицин (0,5 мг в сутки) и/или нестероидные противовоспалительные препараты (с гастропротекцией при показании). При наличии абсолютных противопоказаний и/или неэффективности нестероидных противовоспалительных препаратов и колхицина для профилактики приступов артрита в первые месяцы уратснижающей терапии возможно назначение канакинумаба 150 мг подкожно 1 раз в 3 месяца.

*Антигипертензивная терапия.* Приём диуретиков, особенно тиазидных и петлевых, способствует росту урикемии, частоте обострений артрита, что лимитирует их назначение пациентам с подагрой. Благоприятное влияние на снижение АД и концентрации мочевой кислоты продемонстрировал препарат лозартан из группы антагонистов к рецептору ангиотензина II, которые и будет в данном случае препаратом выбора. При необходимости двойной антигипертензивной терапии рациональна комбинация лозартана с амлодипином или лерканидипином. Третьим антигипертензивным препаратом при необходимости может стать агонист центральных имидазолиновых рецепторов моксонидин.

*Лекарственное лечение ожирения, преддиабета* (метформин по 500-1000 мг после ужина, под контролем уровня гликемии и гликозилиро-

ванного гемоглобина (HbA1c) и/или ингибиторы панкреатической липазы орлистат по 120 мг от 1 до 3 раз в день). Крайне высокий сосудистый риск и дислипидемия является показанием к назначению ингибиторов ГМГ-КоА-редуктазы (статинов) или их комбинации с ингибитором адсорбции холестерина эзетимиба. Доказательства наличия у отдельных препаратов (лозартан, блокаторы кальциевых каналов, фенофибрат и, в меньшей степени, ингибиторы ГМГ-КоА-редуктазы) дополнительного уратснижающего эффекта, позволяет применять их у больных с подагрой при имеющихся показаниях к назначению, в том числе, в комбинации с ингибиторами ксантиноксидазы (аллопуринол, фебуксостат).

**4. Ответ на вопрос ОЗЗО: Критерии доступности и качества медицинской помощи в терапевтическом стационаре.**

Основные критерии оценки доступности и качества медицинской помощи включены в Программу государственных гарантий бесплатного оказания медицинской помощи (ПГГ): удовлетворенность населения медицинской помощью (% от числа опрошенных); выполнение плана и нормативов объема медицинской помощи в стационаре (число койко-дней, койко-дней в расчете на 1 жителя); соблюдение сроков ожидания медицинской помощи, оказываемой в плановой форме (согласно принятых в ПГГ); количество обоснованных жалоб, в том числе на отказ в оказании медицинской помощи, предоставляемой в рамках ПГГ, в том числе программы обязательного медицинского страхования; укомплектованность врачами, средними медработниками (% занятых должностей от штатных, % совместительства); доля пациентов, которым оказана медицинская помощь в соответствии с утвержденными порядками и стандартами.

Показатели эффективности и рационального использования коечного фонда – соблюдение рекомендуемого норматива среднегодовой занятости койки терапевтического профиля, оборота койки, простоя койки, средней длительности лечения в стационаре.

Критерии качества медицинской помощи: своевременность постановки клинического диагноза, полнота и адекватность диагностических и лечебных мероприятий (в соответствии со стандартами, протоколами ведения больных); обеспечение преемственности при оказании помощи на нескольких этапах; частота осложнений; динамика уровня летальности; процент случаев расхождений клинического и патологоанатомического диагнозов; частота случаев внутрибольничного инфицирования, ятрогенных заболеваний, нарушений норм медицинской



этики и деонтологии, прав пациентов на информированное согласие и отказ от медицинского вмешательства, правил ведения медицинской документации.

*Повышению эффективности стационарной медицинской помощи способствуют:* внедрение современных методов диагностики, лечения; повышение уровня квалификации медицинского персонала; внедрение порядков и стандартов оказания медицинской помощи, трехуровневой системы оказания специализированной, в том числе высокотехнологичной медицинской помощи; повышение доступности и расширение видов медицинской помощи в амбулаторных условиях, преимущество при оказании медицинской помощи на догоспитальном и госпитальном этапах; внедрение стационарзамещающих технологий; оптимизация показателей рационального и целевого использования коечного фонда; совершенствование системы внутреннего, ведомственного, государственного контроля доступности и качества медицинской помощи; внедрение стимулирующих форм оплаты труда.

#### 1.1.4 ПЛАНОВАЯ СИТУАЦИЯ

Мужчина 38 лет, системный администратор, госпитализирован в терапевтическое отделение с жалобами на ноюще-колющие боли и «тяжесть» в области сердца, длительностью до 20 минут, сопровождающиеся сердцебиением, возникают 1–2 раза в неделю после эмоциональных перегрузок, иногда – ночью.

**Из анамнеза:** Болен в течение полутора месяцев. Около 2-х месяцев назад отмечал резкое повышение температура тела до 38,0°C, появились озноб, заложенность носа, слезотечение и боли в мышцах, суставах. В семье аналогичные клинические проявления (лихорадка, озноб, насморк) имелись еще у нескольких человек. Обратился к участковому терапевту, который диагностировал ОРЗ, назначил лечение – аскорбиновая кислота, обильный питьевой режим, умифеновир. Обследование на коронавирус не проводилось. Через 2 недели после лечения пациента продолжали беспокоит слабость, периодическое повышение температуры до 37,5°C к вечеру, утомляемость, дискомфорт в грудной клетке. Повторно обратился к участковому врачу, где после регистрации ЭКГ была рекомендована госпитализация.

В прошлом активно занимался легкой атлетикой, физические нагрузки и сейчас переносит удовлетворительно.

**Объективно:** Состояние удовлетворительное. Рост = 182 см. Вес = 83 кг. Лицо бледное, слизистые чистые. Температура тела = 37,2°C. Отеков нет. В легких: дыхание везикулярное, ЧД = 18 в 1 мин. Границы относительной тупости сердца: правая – по правому краю грудины, левая – в V межреберье на 1 см кнутри от срединно-ключичной линии, верхняя – 3 межреберье. Тоны ясные, ритмичные. Систолический шум на верхушке сердца. ЧСС = 88 в 1 минуту. АД = 100/60 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный, печень у края реберной дуги. Поколачивание в проекции почек безболезненно.

**Результаты стационарного обследования**

**ОАК:** Эритроц. =  $4,6 \times 10^{12}/л$ , НЬ = 152 г/л, ЦП = 1,0. Лейкоциты =  $13,4 \times 10^9/л$ : эоз. = 5%, пал. = 2%, сегм. = 33%, лимф. = 57%, моноц. = 3%. СОЭ = 35 мм/час.

**ОАМ:** сол.-желтая, прозрачная, уд. вес = 1010, белок, глюкоза – отр., лейкоциты = 0-1 в поле зрения, эритроц. = 0-1 в поле зрения.

**Биохимические исследования крови:** глюкоза = 5,4 ммоль/л, креатинин = 95 мкмоль/л, билирубин = 15,3 мкмоль/л, АСТ/АЛТ = 26/32 МЕ. Калий = 4,6 ммоль/л, общий холестерин = 5,8 ммоль/л. Общий белок = 69 г/л: альбумины = 56%, глобулины = 44% (a1 = 3%, a2 = 8%, в = 14%, Y = 19%). СРБ – 35 мг/л.

**Скорость клубочковой фильтрации:** 107 мл/мин/1,73 м<sup>2</sup> (СКД-ЕРІ).

**ПЦР мазка из носоглотки на SARS-Cov2:** отрицателен.

**ЭКГ:** Ритм синусовый, 95 в 1 мин. В отведениях III, aVF желудочковый комплекс типа rSR, в Ш<sup>a</sup> – RS. Зубец T<sub>v1-5</sub> отрицательный, симметричный, заостренный. продолжительностью от 7 до 20 минут.

**Флюорография органов грудной клетки:** Корни легких структурны, очаговых и инфильтративных теней не выявлено. Синусы свободны.

**Задание (вопросы):**

1. Сформулируйте диагноз основного и сопутствующего заболеваний, обосновав его сведениями, имеющимися в условии задачи.

2. Назначьте «стартовую» терапию (этиотропную, патогенетическую и синдромно-симптоматическую).

3. Обоснуйте необходимость дополнительных лабораторных и/или инструментальных исследований для верификации диагноза, проведения дифференциальной диагностики и возможной коррекции «стартовой» терапии.

4. Какие действия врача подлежат контролю экспертами страховых медицинских организаций?

ПРИМЕР РЕКОМЕНДУЕМОГО СОДЕРЖАНИЯ ОТВЕТА:

**1. Диагноз заболевания и его обоснование:** Вирусный миокардит, подострая фаза. ХСН 1 ф.к., СН 1 стадии.

*Обоснование нозологической формы:* наличие в анамнезе вирусного заболевания 2 месяца назад, кардиалгии, субфебрильная температура, астенический синдром, тахикардии, артралгии.

*Тактически оправдана госпитализация в стационар (желательно в кардиологическое отделение) для выполнения необходимых уточняющих исследований и лечения.*

*Исходя из условия задачи, стартовая терапия должна включать:*

- Постельный режим с постепенной активизацией, ограничение физических нагрузок до 6 месяцев;
- При появлении симптомов сердечной недостаточности – терапия диуретиками, ингибиторами АПФ, бета-блокаторами, антагонистами альдостерона с учетом уровня АД.

**2. Для верификации диагноза основного заболевания и проведения диф. диагностики необходимо выполнить следующие исследования:**

*Для дополнительной объективизации миокардита:* ЭХО-КГ иногда обнаруживает нарушение систолической и диастолической функции желудочков, в редких случаях можно обнаружить и нарушение локальной сократимости.

*Для доказательства мионекроза:* повышение в плазме концентрации тропонина I.

*Для визуализации поражения миокарда:* МРТ сердца с парамагнитным контрастным усилением (гадолиний)

*Для окончательного подтверждения диагноза «миокардит», при наличии показаний (нарастание тяжести сердечной недостаточности, появление гемодинамической нестабильности, выявление при ЭхоКГ дилатации камер сердца, появлении желудочковой тахикардии или частой желудочковой экстрасистолии):* проведение трансвенозной эндомикардиальной биопсии.

**3. Ответ на вопрос ОЗЗО:**

*Действия врача, которые подлежат контролю экспертами страховых медицинских организаций.* Приказом Федерального фонда обязательного медицинского страхования утвержден порядок контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию (ОМС). Контроль

осуществляют эксперты страховых медицинских организаций, территориального фонда ОМС.

В ходе контроля проводится экспертиза качества и доступности медицинской помощи – выявление нарушений прав застрахованных при оказании медицинской помощи, в том числе оценка правильности выбора медицинской технологии, степени достижения запланированного результата.

Эксперт устанавливает соответствие фактических сроков оказания медицинской помощи, объемов предоставленных к оплате медицинских услуг записям в первичной медицинской документации; сопоставляет фактические данные об оказанных медицинских услугах с порядками и стандартами оказания медицинской помощи; клиническими протоколами, методическими рекомендациями, включая правильность постановки диагноза (основной, осложнения, сопутствующий – формулировка, содержание, время постановки), инструментальные исследования, консультации специалистов; лечение. Устанавливается невыполнение, несвоевременное или ненадлежащее выполнение необходимых пациенту диагностических и (или) лечебных мероприятий, оперативных вмешательств в соответствии с порядком оказания медицинской помощи и (или) стандартами медицинской помощи; выполнение непоказанных, неоправданных с клинической точки зрения мероприятий. Определяется обоснованность поступления, длительность лечения, преждевременное с клинической точки зрения прекращение проведения лечебных мероприятий при отсутствии клинического эффекта (кроме оформленных в установленном порядке случаев отказа от лечения); обоснованность перевода; несвоевременный перевод в медицинскую организацию более высокого уровня, приведшие к удлинению сроков лечения и (или) ухудшению состояния здоровья застрахованного лица; содержание рекомендаций. Действие или бездействие медицинского персонала, обусловившее развитие нового заболевания (развитие ятрогенного заболевания). Выявляются дефекты оформления первичной медицинской документации: невозможность оценить динамику состояния здоровья, объем, характер и условия предоставления медицинской помощи; отсутствие информированного добровольного согласия застрахованного лица или отказа от медицинского вмешательства; наличие признаков фальсификации с искажением сведений о проведенных диагностических и лечебных мероприятиях, клинической картине заболевания.

Эксперт выявляет нарушения прав застрахованного: взимание платы за оказанную медицинскую помощь, предусмотренную территориальной программой ОМС; приобретение пациентом лекарственных средств и изделий медицинского назначения в период пребывания в стационаре по назначению врача, включенных в «Перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных средств» согласно стандарту медицинской помощи.

Эксперт также устанавливает нарушения ограничений, устанавливаемых при взаимодействии врача и представителей фармацевтических организаций в соответствии со ст. 74 Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» № 323 ФЗ, 2011 г.

**Виды экспертизы** – целевая и плановая, заочная (по медицинской документации) и очная (в период оказания застрахованному лицу медицинской помощи, в том числе по обращению застрахованного или его представителя).

**Целевая экспертиза** проводится в случаях: а) получения жалоб от застрахованного или его представителя на доступность и качество медицинской помощи в) летальных исходов; г) внутрибольничного инфицирования и осложнения заболевания; д) первичного выхода на инвалидность лиц трудоспособного возраста и детей; е) повторного обоснованного обращения по поводу одного и того же заболевания: в течение 30 дней при оказании амбулаторно-поликлинической помощи, в течение 90 дней при повторной госпитализации; ж) заболеваний с удлинненным или укороченным сроком лечения более чем на 50% от установленного стандартом (или средне сложившегося для данного заболевания).

**Плановая экспертиза** проводится с целью оценки соответствия объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи этапу медицинской помощи, условиям оказания и оплаты медицинской помощи по программе ОМС. Плановая экспертиза осуществляется, как правило, методом *случайной выборки* путем экспертизы медицинской документации по законченным случаям лечения – для оценки характера, частоты и причин нарушений, обусловленных неправильным выполнением медицинских технологий, повлекших ухудшение состояния здоровья застрахованного, дополнительный риск неблагоприятных последствий для здоровья, неоптимальное расходование ресурсов медицинской организации, неудовлетворенность

застрахованных медицинской помощью. Кроме того, может проводиться *тематическая экспертиза* по однородной совокупности случаев – на основании анализа показателей больничной летальности, частоты послеоперационных осложнений, первичного выхода на инвалидность лиц трудоспособного возраста и детей, частоты повторных госпитализаций, средней продолжительности лечения, стоимости медицинских услуг и др., а также результатов внутреннего и ведомственного контроля качества. Плановая тематическая экспертиза направлена на установление характера и причин типичных повторяющихся, систематических ошибок в лечебно-диагностическом процессе.

*Экспертом оформляется экспертное заключение и акт экспертизы качества медицинской помощи.* По страховому случаю, при котором выявлены дефекты медицинской помощи, может осуществляться неоплата, уменьшение оплаты медицинской помощи, уплата штрафов за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества.

### 1.1.5 ПЛАНОВАЯ СИТУАЦИЯ

Мужчина, 58 лет, стропальщик, обратился в поликлинику к участковому терапевту с жалобами на одышку при подъеме на один лестничный пролет, кашель с вязкой мокротой желто-зеленого цвета, повышение температуры до 37,8° С

**Из анамнеза:** Курит по 1,5 пачки последние 30 лет. Кашель беспокоит давно, но за мед. помощью не обращался, самостоятельно принимал антибиотики с положительным эффектом. В течение последних 5 лет обострения весной и осенью. Настоящее ухудшение в течение 2-х дней, по настоянию жены обратился к врачу.

**Объективно:** состояние удовлетворительное,  $t = 37,6^{\circ}\text{C}$ . Кожа влажная, бледная. Рост = 187 см. Вес = 117 кг. В легких: дыхание жесткое, сухие диффузные хрипы. ЧД = 21 в 1 мин. Тоны сердца приглушены, ритмичные. ЧСС = 78 в 1 мин. АД = 134/82 мм рт.ст. Язык влажный, обложен белым налетом у корня. Живот мягкий, безболезненный. Печень пальпируется у края реберной дуги, край её гладкий, ровный, эластичной консистенции, безболезненный. Размеры печени по Курлову: 10 x 8 x 7 см. Селезенка: 8 x 6 см. Поколачивание в проекции почек безболезненно, дизурии нет. Стул оформлен, регулярный, обычного цвета.

**Результаты лабораторно-инструментального обследования:**

**ОАК:** эритроциты –  $4,9 \times 10^{12}/л$ , гемоглобин – 157 г/л, лейкоциты –  $9,0 \times 10^9/л$ , палочкоядерные нейтрофилы – 5%, сегментоядерные нейтрофилы – 62%, лимфоциты – 23%, эозинофилы – 2%, базофилы – 0%, моноциты – 6%, тромбоциты –  $283 \times 10^9/л$ , СОЭ – 28 мм/ч.

**ОАМ:** цвет – сол.-желтый, уд. Плотность = 1020, реакция – кислая. Белок, глюкоза – не обнаружены. Лейкоциты = 1-2 в п/зр, эритроциты = 0 в п/зр., кристаллы не обнаружены.

**ЭКГ:** ритм синусовый, 82 в 1 мин. RIII > RII > RI. RV5 = SV5. P II, III повышен и уширен.

**Биохимические исследования крови:** Глюкоза = 5,2 ммоль/л. Креатинин = 65 мкмоль/л. Билирубин = 17,3 мкмоль/л. АСТ = 21 МЕ, АЛТ = 33 МЕ, калий = 3,7 ммоль/л. Общий холестерин = 7,1 ммоль/л.

**Скорость клубочковой фильтрации** = 90 мл/мин/1,73 м<sup>2</sup> (СКД-ЕПІ).

**Рентгенография органов грудной клетки:** горизонтальный ход рёбер, межреберные промежутки широкие. Прозрачность легочных полей повышена, легочный рисунок обеднён.

**SpO<sub>2</sub>** – 92% в покое, 87% при нагрузке.

**Задания (вопросы):**

1. Сформулируйте диагноз основного заболевания обосновав его сведениями из условия задачи.
2. Обоснуйте необходимость дополнительных лабораторных и/или инструментальных исследований для верификации диагноза, проведения дифференциальной диагностики.
3. Определите тактику ведения пациента и обоснуйте назначенное лечение.
4. Охарактеризуйте основные задачи участкового врача при оказании медицинской помощи данному пациенту.

**ПРИМЕР РЕКОМЕНДУЕМОГО СОДЕРЖАНИЯ ОТВЕТА:**

1. **Диагноз и его обоснование:** Хроническая обструктивная болезнь лёгких (ХОБЛ), степень тяжести обструкции неуточнена, группа D (выраженные симптомы, частые обострения), эмфизематозный тип, обострение средней степени тяжести. ДН 2 ст. Ожирение 1 степени.

**Обоснование нозологической формы:** Диагноз ХОБЛ установлен на основании жалоб пациента (длительный кашель, одышка), наличия факторов риска (индекс курильщика – 45 пачка-лет, воздействие

профессиональных поллютантов – повышенная запыленность и загазованность воздуха рабочей зоны), анамнеза заболевания (постепенное прогрессирование, циклическое развитие обострений), внешнего осмотра пациента (дыхание жесткое, сухие диффузные хрипы). Данные общего анализа крови (наличие реактивной эритроцитозии как ответ на постоянную гипоксию) подтверждают диагноз ХОБЛ.

*Обоснование фенотипа:* Эмфизематозный тип ХОБЛ определяется по рентгенографии – горизонтальный ход рёбер, межреберные промежутки широкие. Прозрачность легочных полей повышена, легочный рисунок обеднён.

*Обоснование степени тяжести:* Тип ХОБЛ по GOLD и степень тяжести определить невозможно, так как нет данных функции внешнего дыхания – уровня ОФВ<sub>1</sub>.

*Обоснование группы:* Наличие одышки при подъеме на один лестничный пролет, соответствующее 2 степени по шкале mMRC, количество обострений в год  $\geq 2$  будет определять наличие у пациента группы D.

*Обоснование обострения и его тяжести:* Обострение заболевания установлено на основании наличия двух из трёх критериев обострения – увеличение объёма мокроты и изменение характера – появление гнойной мокроты. Обострение средней степени тяжести, поскольку пациенту необходимо увеличение объема проводимой терапии (назначение антибиотиков и/или системных глюкокортикостероидов), которое требует консультации большого врачом.

*Обоснование степени ДН:* Степень дыхательной недостаточности установлена на основании жалоб пациента (одышка при подъеме на один лестничный пролет) и уровня сатурации кислорода (92%).

*Обоснование ожирения:* Ожирение 1 степени определяется, исходя из показателя ИМТ (33,5).

**2. Для верификации диагноза основного заболевания и проведения диф. диагностики необходимо выполнить следующие исследования:**

*Для подтверждения диагноза ХОБЛ:* исследование функции внешнего дыхания, по данным спирометрии рекомендуется использовать критерий экспираторного ограничения воздушного потока – ОФВ<sub>1</sub>/ФЖЕЛ  $< 0,7$ .

*Для уточнения степени тяжести заболевания по GOLD:* степень снижения ОФВ<sub>1</sub> при спирометрии.

*Для определения степени обратимости бронхиальной обструкции под влиянием бронхорасширяющих препаратов:* бронходилатационный тест.



*Для дифференциальной диагностики:* анализ мокроты (обнаружение лейкоцитов и отсутствие элементов, характерных для бронхиальной астмы и атипичных клеток)

*Для объективизации степени снижения толерантности к нагрузке в настоящее время и для динамической оценки на фоне проводимой терапии:* тест 6-минутной ходьбы.

*Для оценки осложнений:* Эхо-КГ, оценка состояния и функции сердца, легочной гипертензии, т.к. по данным ЭКГ – признаки гипертрофии правых отделов сердца.

**3. Стартовая терапия, исходя из условия задачи и диагноза, должна включать:**

- Лечение в амбулаторных условиях;
- Консультация пульмонолога;
- Отказ от курения;
- Назначение базисной терапии: ингаляционных препаратов – длительнодействующего антихолинергического препарата в комбинации с длительнодействующим  $\beta_2$ -агонистом. К первой группе относится тиотропия бромид 18 мкг/сутки или аклидиния бромид (322 мкг/сутки), ко второй – сальметерол 25-50 мкг 2 раза в сутки, формотерол 4,5-9-12 мкг 2 раза в сутки или индакатерол (75-300 мкг/сутки);
- Возможно дополнительное использование бронходилататоров короткого действия– антихолинергических препаратов (сальбутамол до 600 мкг/сутки, фенотерол до 600 мкг/сутки) и  $\beta_2$ -агонистов (ипратропия бромид до 320 мкг/сутки).

*Терапия обострения:* Всем пациентам с обострением ХОБЛ рекомендуется назначение ингаляционных бронходилататоров – КДБА (сальбутамол 100-200мкг, фенотерол 100-200 мкг 3-4 раза/день) или КДАХ (ипратропия бромид через небулайзер 250-500 мг 3-4 раза/день). Наличие гнойной мокроты – показание для антибактериальной терапии. Амоксициллин/клавуланат 1875 мг/день (500/125 мг 3раза/день 7-10 дней), либо респираторные фторхинолоны (левофлоксацин 500 мг/день, моксифлоксацин 400 мг/д), так же для улучшения экспекторации мокроты, повышения в ней концентрации антибиотика – N-ацетилцистеин (флуимуцил 1200мг/д).

*Для профилактики обострений* все пациенты с ХОБЛ должны быть привиты от пневмококка, желательна и от гемофильной палочки, а также проходить сезонную вакцинацию от гриппа и коронавирусной инфекции. Также, необходима нормализация ИМТ.

*Снижение оксигенации* требует круглосуточной неинвазивной кислородной поддержки в период обострения, а также длительной кислородотерапии после купирования обострения не менее 14 часов в сутки с помощью оксигенатора.

**4. Ответ на вопрос ОЗЗ:** *Охарактеризуйте основные задачи участкового врача при оказании медицинской помощи данному пациенту.*

Оказание амбулаторной консультативной, лечебно-диагностической помощи, проведение экспертизы временной нетрудоспособности, направление пациента на консультацию пульмонолога, взятие пациента на диспансерный учет, осуществление мер первичной и вторичной профилактики, ведение медицинской документации.

### 1.1.6 ПЛАНОВАЯ СИТУАЦИЯ

Женщина 52 года, кондитер, обратилась к врачу с жалобами на тошноту, боли в эпигастральной области опоясывающего характера, усиливающиеся ночью в положении лежа на спине, вздутие живота, метеоризм, кашицеобразный стул 3-4 раза в сутки, без патологических примесей.

**Из анамнеза:** считает себя больной в течение пяти лет, когда впервые стала отмечать боли в эпигастральной области, появившиеся после погрешностей в диете (употребления жирной, жареной пищи), тошноту, вздутие живота. Жалобы проходили самостоятельно после соблюдения диеты. В дальнейшем к жалобам добавился обильный кашицеобразный стул, боли стали опоясывающими, самостоятельно уже не проходили. Принимала дротаверин, панкреатин по совету знакомых. За медицинской помощью не обращалась. Настоящее ухудшение в течение месяца, когда после употребления большого количества жирной пищи на празднике появились боли в эпигастральной области опоясывающего характера, тошнота, вздутие живота, кашицеобразный стул. Операций, гемотрансфузий не было. Алкоголем не злоупотребляет. Из семейного анамнеза известно, что мать пациентки страдает сахарным диабетом 2 типа.

**Объективно:** состояние удовлетворительное, рост = 163 см, вес = 73 кг; ИМТ = 27,5 кг/м<sup>2</sup>. Кожный покров чистый, обычной окраски. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет, ЧД = 16 в мин. Тоны сердца ритмичные, приглушены. ЧСС = 66 в 1 мин; АД = 135/85 мм.рт.

ст. Язык влажный, обложен белым налетом у корня. Живот мягкий, при пальпации умеренно болезненный в эпигастральной области и в области левого подреберья. Размеры печени по Курлову: 9x8x7 см. Определяется болезненность в точке Мейо-Робсона и в зоне Шоффера (гепатопанкреатодуоденальной зоне). Селезенка не пальпируется. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный. Диурез не изменен.

Результаты клинико-лабораторных исследований:

**ОАК:** эритроциты –  $4,5 \times 10^{12}/л$ ; лейкоциты –  $6,5 \times 10^9/л$ ; Нб – 131 г/л; тромбоциты –  $215 \times 10^9/л$ ; СОЭ – 7 мм/ч.

**ОАМ:** цвет – сол.-желтый, уд. Плотность = 1020, реакция – кислая. Белок, Глюкоза – не обнаружены. Лейкоциты = 1-2 в п/зр, эритроциты = 0 в п/зр., кристаллы не обнаружены.

**Биохимический анализ крови:** общий билирубин – 17 мкмоль/л; непрямой билирубин – 15,0 мкмоль/л; прямой билирубин – 2,0 мкмоль/л; АЛТ – 29 Ед/л; АСТ – 22 Ед/л; амилаза – 42 Ед/л; ОХС – 5,0 ммоль/л; глюкоза – 5,2 ммоль/л; креатинин – 64 мкмоль/л; мочевины – 3,2 ммоль/л; общий белок – 65 г/л.

**УЗИ органов брюшной полости:** печень не увеличена, контуры ровные, эхогенность не повышена, структура не изменена. Желчный пузырь – без патологических изменений. Поджелудочная железа: повышение эхогенности ткани, неоднородность эхоструктуры (диффузная очаговость паренхимы). Визуализируется дилатация главного панкреатического протока (более 3,5 мм в теле и до 1,5 мм в хвосте), расширение боковых ветвей, неравномерность контура главного протока ПЖ.

**ЭКГ:** синусовый ритм, 62 в мин.

**Определение активности панкреатической эластазы-1 в кале:** 140 мкг эластазы на 1 г кала;

**Копрологическое исследование:** консистенция – мягкий; форма – не оформленный; цвет – коричневый; реакция – нейтральная; слизь, кровь – отсутствуют. микроскопия кала (копрограмма): мышечные волокна ++; нейтральный жир +++; жирные кислоты – незначительное количество; мыла – незначительное количество; растительная клетчатка (переваренная) – единичные клетки; (непереваренная) – умеренное количество; крахмал ++; иодофильная флора – отсутствует; слизь, эпителий – отсутствуют; лейкоциты – единичные

**Анализ кала на яйца гельминтов (трижды):** отрицательно.

**Задания (вопросы):**

**1. Сформулируйте наиболее вероятный диагноз, обосновав его сведениями, имеющимися в условии задачи.**

**2. Обоснуйте необходимость дополнительных лабораторных и/или инструментальных исследований для верификации диагноза и, проведения дифференциальной диагностики.**

**3. Назначьте медикаментозное и немедикаментозное лечение для данного пациента.**

**4. Что представляет собой диспансерное наблюдение? Составьте план диспансерного наблюдения для данного пациента.**

**ПРИМЕР РЕКОМЕНДУЕМОГО СОДЕРЖАНИЯ ОТВЕТА:**

**1. Диагноз и его обоснование:** Хронический панкреатит, средняя степень тяжести, с умеренной экзокринной недостаточностью, редко рецидивирующий вариант, стадия обострения.

*Обоснование диагноза:* диагноз установлен на основании жалоб больного на боли в эпигастральной области опоясывающего характера, усиливающиеся после приема жирной, жареной пищи, усиливающиеся в положении лежа на спине; на тошноту, вздутие живота, метеоризм, кашицеобразный стул.

*Подтверждают диагноз хронического панкреатита* данные анамнеза (давность заболевания более 6 мес), объективного осмотра (умеренная болезненность при пальпации болезненность в точке Мейо-Робсона, а также в зоне Шоффара). При УЗИ органов брюшной полости выявлены диффузные дистрофические изменения паренхимы поджелудочной железы и дилатация главного панкреатического протока, расширение боковых ветвей, неравномерность контура главного протока ПЖ, что характерно для хронического панкреатита.

*У пациентки определена умеренно выраженная экзокринная недостаточность поджелудочной железы*, так как выявлено снижение уровня панкреатической эластазы-1 в кале до 140 мкг на 1 г кала; при копрологическом исследовании (микроскопия кала) выявлена креаторея, стеаторея, амилорея.

**2. В план обследования необходимо включить:**

- Динамическую магнитно-резонансную панкреатохолангиографию (МРПХГ) с секретинным тестом для идентификации морфологических изменений протоков поджелудочной железы, жидкостных структур, а также для оценки внешнесекреторного резерва ПЖ;

- При сомнительных результатах МРПХГ может быть рекомендовано проведение эндоскопической ретроградной холангиопанкреатографии (ЭРХПГ);

- ЭРХПГ дает возможность обнаружить изменения протока поджелудочной железы и его ветвей (нерегулярное расширение протоков – «цепь озер»);

- Для оценки эндокринной функции ПЖ рекомендовать дополнительно проведение теста на толерантность к глюкозе. В зависимости от результатов исследования – консультацию эндокринолога.

- Для выполнения стандарта общеклинического минимума провести ФГК, рекомендовать консультацию гинеколога.

**3. Медикаментозное и немедикаментозное лечение будет включать в себя:**

*Соблюдение диеты:* исключить алкоголь, жирное, жареное, острое, копченое, соленое, кофе, газированные напитки, какао. Энергетическая ценность рациона должна быть 2500-3000 калорий, потребление 1,0-1,5 г/кг/сутки белков при уровне потребления жиров, составляющем менее 30-40% суточного калоража. Следует ограничить прием молочных продуктов (молока, творога), изделий из дрожжевого теста. Рекомендуется дробный прием пищи (5-6 раз в сутки) с низким содержанием жиров, высоким содержанием белков. Степень ограничения жиров зависит от тяжести мальабсорбции и эффективности заместительной ферментной терапии.

*Пациентке показано назначение заместительной ферментной терапии,* так как выявлена недостаточность внешнесекреторной функции поджелудочной железы – панкреатин в дозе 25000 единиц липазы на основной прием пищи и 10000 единиц липазы – на промежуточный прием пищи. Препарат принимать во время еды в течение двух месяцев.

*Для повышения эффективности панкреатина* рекомендуется назначить ингибиторы протонной помпы для подавления выработки в желудке соляной кислоты, которая является стимулятором секреции поджелудочной железой пищеварительных ферментов: рабепразол по 20 мг 1 раз в сутки за 30 мин до еды в течение месяца.

*Также, показано назначение спазмолитиков* (препараты снижают давление в протоковой системе поджелудочной железы, что приводит к снижению болевых ощущений у пациента): мебеверина гидрохлорид в дозе 200 мг 2 раза в сутки в течение 2-4 недель.

4. *Ответ на вопрос ОЗЗО: Диспансерное наблюдение* – проводимое с определенной периодичностью необходимое обследование лиц, страдающих хроническими заболеваниями, функциональными расстройствами, иными состояниями, указанных лиц, организуется в соответствии с приказом Министерства здравоохранения РФ от 29.03.19 г. № 173-н «Об утверждении порядка проведения диспансерного наблюдения за взрослыми».

Диспансерное наблюдение у терапевта 2 раза в год включает в себя:

- Оценку общего состояния больного, жалоб и физикальных данных;
- Проведение контрольных обследований (ОАК, ОАМ, ЭКГ, ФГК, исследование ферментов ПЖ в сыворотке крови в динамике, определение концентрации глюкозы крови, скрининг синдромов мальдигестии/мальабсорбции – копрологическое исследование, исследование кала на эластазу I);
- УЗИ ПЖ и желчевыводящей системы;
- Решение вопросов о проведении курсов противорецидивного лечения, диетотерапии, фитотерапии.

*В стадии ремиссии может быть рекомендовано санаторно-курортное лечение* (на курортах: Маян, Нижние Серьги, Обуховский, Эссенуки, Железноводск, Пятигорск, и др.).

### 1.1.7 ПЛАНОВАЯ СИТУАЦИЯ

На прием к терапевту поликлиники обратилась пациентка 67 лет, с жалобами на тяжесть в голове, общую слабость, отеки ног, пальцев рук, нестабильность цифр АД. При дополнительном расспросе отмечает одышку при умеренной физической активности (подъем на 2 этаж).

**Из анамнеза:** знает о повышении АД до 180/110 мм. рт. ст. в течение 17 лет. постоянно принимает моксонидин по 0.2 мг 2 раза в день, индапамид-ретард 1,25 мг утром. Сахарный диабет 2 типа с 60 лет, гликемию не контролирует. Постоянно принимает метформин 1500 мг однократно вечером. Инфаркты, инсульты отрицает. Вредные привычки: отрицает. Аллергологический анамнез: ангионевротический отек на пенициллины в молодости. Менопауза с 40 лет. МГТ не принимала. 2 самостоятельных родов. Abortов не было. Перенесенные травмы и операции: отрицает. Семейный анамнез: мать страдала сахарным диабетом 2 типа, у отца ХОБЛ.

**Объективно:** состояние удовлетворительное. Кожа сухая, на ногах с участками атрофии и липодерматосклероза. Подкожная жировая клетчатка развита избыточно в окружности живота и бедер. Отеки голеней до колен. Температура 36,6°C. Рост 152 см, вес 90 кг, ИМТ 38,9 кг/м<sup>2</sup>. ЧДД 18 в минуту. Аускультативно: дыхание везикулярное над всей поверхностью легких. Расширение границ сердца влево. При аускультации сердца: тоны сердца ритмичные, дефицита пульса нет. ЧСС 98 уд/мин, патологические шумы и тоны не выслушиваются. АД 180/110 мм.рт.ст. Живот участвует в акте дыхания, при пальпации мягкий, безболезненный. Печень +2 см из-под края правой реберной дуги. Размеры печени по Курлову 11/9/7 см. Селезенка не пальпируется. Стул склонен к запорам (2 тип по Бристольской шкале). Мочеиспускание свободное, периодически отмечает эпизоды недержания мочи, симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон.

**Результаты клинико-лабораторных обследований:**

**ОАК:** гемоглобин – 145 г/л, гематокрит – 43,7%, лейкоциты –  $8,5 \times 10^9$ /л, эритроциты –  $4,37 \times 10^{12}$ /л, тромбоциты –  $420 \times 10^9$ /л, MCV – 93,2 фл, MCH – 31,2 пг, лимфоциты – 46,1%, моноциты – 8,8%, нейтрофилы – 55,9%, эозинофилы – 4,1%, базофилы – 0,5%, СОЭ по Панченкову – 20 мм/ч.

**Общий анализ мочи:** цвет желтый, прозрачность неполная, относительная плотность – 1020, реакция кислая, белок – 0,3 г/л, глюкоза ++, кетоновые тела +, эпителий плоский 0-1 в поле зрения, лейкоциты 0-1 в п/зр, эритроциты измененные 7-10 в поле зрения, гиалиновые цилиндры 0-2 в п/зр, слизь – нет, соли – нет, бактерии – нет.

**Биохимический анализ крови:** общий белок 61 г/л, альбумин 32 г/л, мочевины 7,8 ммоль/л, креатинин 150 мкмоль/л, холестерин общий 7,0 ммоль/л, триглицериды 1,57 ммоль/л, ЛПНП 4,5 ммоль/л, билирубин общий 10,3 мкмоль/л, билирубин прямой 2,0 мкмоль/л, АЛТ 37,0 Ед/л, АСТ 35,0 Ед/л, мочевая кислота 320,0 мкмоль/л, глюкоза 10,0 ммоль/л, калий 4,2 ммоль/л, натрий 141 ммоль/л, СКФ 31 мл/мин/1,73 м<sup>2</sup> (СКД-ЕРІ).

**УЗИ почек и органов брюшной полости:** гепатомегалия, диффузные изменения паренхимы печени (по типу стеатоза) и поджелудочной железы, уменьшение размеров правой почки, уплотнение ЧЛС почек.

### Задания (вопросы):

1. Сформулируйте и обоснуйте предварительный диагноз.
2. Обоснуйте необходимость дополнительных лабораторных и/или инструментальных исследований для верификации диагноза и, проведения дифференциальной диагностики.
3. Назначьте необходимое не медикаментозное и медикаментозное лечение. В чем заключается стратегия нефропротекции для данной пациентки? Какие ведущие факторы риска способствуют их развитию? Какие виды профилактики следует считать приоритетными для снижения заболеваемости и смертности при патологии сердечно-сосудистой системы?
4. Клиническая диагностика каких системных осложнений дисфункции почек должна проводиться в соответствии с критериями качества оказания медицинской помощи?

### ПРИМЕР РЕКОМЕНДУЕМОГО СОДЕРЖАНИЯ ОТВЕТА:

#### 1. Клинический диагноз и его обоснование:

*Основное заболевание:* Гипертоническая болезнь II стадии, 3 степени, неконтролируемая гипертензия, риск 4. ХСН II ФК. НК 2б.

*Фон:* Сахарный диабет 2 типа, целевой уровень гликированного гемоглобина менее 7,5%. Ожирение 2 степени. Дислипидемия 2б фенотип по Фридериксену.

*Осложнения:* Нефропатия сложного генеза (гипертонического, диабетическая). ХБП С3БА2.

*Сопутствующие заболевания:* НАЖБ: стеатоз печени.

Обоснование основного диагноза:

- жалобы (тяжесть в голове, общая слабость, отеки ног, пальцев рук, нестабильность цифр АД);
- данные анамнеза (повышение артериального давления до 180/110 мм.рт. ст., сахарный диабет с 60 лет);
- данные объективного осмотра (ожирение, отеки ног, пальцев рук, АД на приеме 180/110 мм.рт.ст).

*Стадия гипертензии* основана на выявлении поражения органов-мишеней: пульсовое давление 70 мм.рт.ст. (более 60 мм.рт.ст.), расширение границ сердца влево (вероятная гипертрофия левого желудочка), ХБП с СКФ >30мл/мин/1,73 м<sup>2</sup>.



*Неконтролируемая гипертензия* установлена на основании не достижения пациенткой целевых значений АД, а именно – уровня ниже 130/80 мм.рт.ст.

*Риск 4* установлен с учетом наличия сахарного диабета у пациентки.

*ХСН II ФК*, так как при дополнительном расспросе отмечает одышку при умеренной физической активности (подъем на 2 этаж).

*НК 2б*, так как есть нарушение гемодинамики по обоим кругам кровообращения (одышка, отеки).

*Целевой уровень гликированного гемоглобина менее 7,5%* установлен с учетом пожилого возраста пациентки и отсутствия тяжелых осложнений и/или риска гипогликемии.

*Ожирение 2 степени* установлено согласно расчету ИМТ, который составляет 38,9 кг/м<sup>2</sup>.

*Нефропатия сочетанного генеза* (гипертонического, диабетическая), установлена на основании выявления структурного поражения почек (уменьшение размеров правой почки, уплотнение ЧЛС почек) и наличия маркеров повреждения почек (креатинин 150мкмоль/л, альбуминурия 300 мг/л).

*Стадия ХБП С3бА2* установлена на основании СКФ и выраженность альбуминурии.

*Диагноз НАЖБ*: стеатоз печени установлен на основании выявления увеличения печени при объективном осмотре, данных сонографической картины (гепатомегалия, диффузные изменения паренхимы печени по типу стеатоза).

**2. Дополнительные методы обследования:**

- Суточный белок мочи;
- Гликированный гемоглобин;
- УЗИ сердца;
- УЗИ БЦА;
- УЗИ сосудов почек;
- Консультация офтальмолога с осмотром глазного дна;
- Консультация эндокринолога для подбора сахароснижающей терапии.

**3. Немедикаментозная терапия:**

- Обучение пациента о методах коррекции и факторах риска его заболеваний;
- Регулярная физическая активность (не менее 30 минут 5 раз в неделю);

- Средиземноморская (DASH) диета с адекватным потреблением кальция, витамина D, содержанием соли менее 5 г в сут, низким содержанием углеводов и трансжиров;

- Снижение массы тела.

Медикаментозная терапия основного заболевания (группа, препарат, доза, длительность, кратность, особенности):

Терапия гипертонической болезни:

- Комбинация: БРА + дигидропиридиновый антагонист кальция;

- Назначение иАПФ противопоказано, так как в анамнезе есть указание на АНО.

Препараты выбора:

- БРА: кандесартан 8-16 мг, ирбесартан 150-300 мг, валсартан 80-160 мг.

- Диуретики с осторожностью: ретардные формы индапамида 2,5 мг, хлорталидон 12,5-25 мг., торасемид 5 мг.

- ДПБКК: амлодипин 5-10 мг.

*При резистентной гипертензии:* к комбинации добавить спиронолактон 25-50 мг в сут.

*Длительность терапии:* пожизненно, с коррекцией доз в соответствии с целевыми значениями.

*Медикаментозная терапия сопутствующих заболеваний (группа, препарат, доза, длительность, кратность, особенности):*

Терапия сахарного диабета:

- Метформин 1000 мг 2 раза в сутки после завтрака и ужина;

- Решение о назначении прочих сахароснижающих препаратов будет приниматься в зависимости от достижения целевых показателей гликированного гемоглобина. По показаниям «сахарный диабет 2 типа», «хроническая сердечная недостаточность» и «хроническая болезнь почек» показано назначение ингибиторов котранспортера натрия и глюкозы 2 типа дапаглифлозина или эмпаглифлозина.

*Длительность терапии:* в течение всей жизни, с коррекцией препаратов доз в соответствии с целевыми значениями.

*Терапия дислипидемии:* розувастатин начальная доза 10 мг с последующей эскалацией до достижения целевых значений уровней липидов в течение всей жизни.

*Стратегия нефропротекции:*

- Нормализация АД путем назначения препаратов ингибиторов РААС

- Снижение потребления соли (менее 5 г/сут)
- Нормализация липидного обмена (статины)
- Контроль за уровнем альбуминурии и креатинина.

*Ведущие факторы риска, способствующие развитию ССЗ:*

- Курение
- Повышение уровня ХС (ЛПНП)
- Повышение АД
- Сахарный диабет
- Низкая физическая активность
- Ожирение

*Виды профилактики для снижения заболеваемости и смертности при патологии сердечно-сосудистой системы:*

**Первичная профилактика** включает рациональный режим труда и отдыха, увеличение физической активности, ограничение поваренной соли, отказ от алкоголя и курения, снижение калорийности пищи и массы тела. По сути именно первичная профилактика позволяет сохранить рациональные условия жизнедеятельности человека. По сути к первичной профилактике ССЗ относится популяционная стратегия и стратегия высокого риска.

**Вторичная (медикаментозная и немедикаментозная) профилактика** проводится дифференцированно с группами пациентов с верифицированными ССЗ с целью предупреждения рецидивов заболеваний, развития осложнений у лиц с реализованными факторами риска, снижения заболеваемости и смертности от этих болезней, улучшения качества жизни пациентов.

**4. В соответствии с критериями качества оказания медицинской помощи должно осуществляться:**

- Контроль за артериальным давлением (домашний мониторинг АД);
- Выявление анемии, устранение причины (анемия при ХБП);
- Выявление и коррекция минеральных и костных нарушений (контроль кальция, витамина Д, профилактика дефицитов);
- Выявление и коррекция дизэлектролитемии (контроль электролитов);
- Выявление и коррекция метаболических нарушений (контроль уровня мочевой кислоты, КЩС);
- Своевременное выявление показаний для заместительной почечной терапии (формирование доступа, вакцинация).

### 1.1.8 ПЛАНОВАЯ СИТУАЦИЯ

Женщина 55 лет, бухгалтер, обратилась к участковому врачу с жалобами на боли механического и стартового характера в мелких суставах кистей с ограничением движений, а также утреннюю скованность продолжительностью около 10-15 минут.

**Из анамнеза:** боли в суставах беспокоят в течение 2-х лет, лечилась самостоятельно, при использовании геля с диклофенаком боли в суставах уменьшались.

**Объективно:** состояние удовлетворительное. Рост = 165 см, вес = 82 кг. ИМТ=30,1 кг/м<sup>2</sup>. Кожа и слизистые чистые. Лимфоузлы не увеличены. Отеков нет. При осмотре суставов кистей обнаружены узелки в области II -V дистальных, II-III проксимальных межфаланговых суставов, ограничение их сгибания до 70°. Экссудации в области суставов нет, при пальпации – минимальная болезненность. Другие суставы – без особенностей. Дыхание везикулярное, хрипов нет, ЧД=16 в мин. Тоны сердца приглушены, ритм правильный. ЧСС = 74 в 1 мин. АД = 135/80 мм.рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не увеличены. Дизурий нет. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный. Стул оформлен, регулярный, обычного цвета.

#### **Результаты амбулаторного обследования:**

**ОАК:** эритроциты – 4,3 x 10<sup>12</sup>/л, Hb – 128 г/л, цветовой показатель – 0,92, лейкоциты – 8,2 x 10<sup>9</sup>/л: баз.- 0%, эоз. – 1%, палоч. – 4%, сегм. – 71%, лимфоциты – 16%, моноциты – 8%, СОЭ (по Вестергрену) – 20 мм/час.

**ОАМ:** цвет – сол.-желт., уд.плотность = 1010, реакция – слабо кислая. Белок – отрицат., сахар – отрицат., эпителий плоский – 1-2 в п/зрения, лейкоциты – 1-2 в п/зрения.

**ЭКГ:** ритм синусовый, правильный, 72 в 1 мин. RI>RII>RIII. RV2 = SV2. Угол  $\alpha = 35^\circ$ .

**Флюорография органов грудной клетки:** корни легких структурны, очаговых и инфильтративных теней не выявлено. Синусы свободны.

**Биохимическое исследование крови:** Глюкоза = 4,3 ммоль/л. Креатинин = 92 мкмоль /л. Билирубин = 14,4 мкмоль/л. АсАт/АлАт = 12/18 ЕД/л. Холестерин = 6,4 ммоль/л. Калий = 4,1 ммоль/л. Общий белок = 81 г/л: альбумины – 56,0%, глобулины – 44,0% ( $\alpha_1 = 5,2\%$ ,  $\alpha_2 = 11,7\%$ ,  $\beta = 9,6\%$ ,  $\beta = 23,7\%$ ). СРБ=4,5 мг/л.

**Скорость клубочковой фильтрации (СКФ) – 83 мл/мин/1,73 м<sup>2</sup> (СКД-ЕП).**

**Задания (вопросы):**

**1. Сформулируйте диагноз основного и сопутствующего заболеваний, обосновав его сведениями, имеющимися в условии задачи.**

**2. Назначьте «стартовую» терапию (патогенетическую и синдромно-симптоматическую).**

**3. Обоснуйте необходимость дополнительных лабораторных и/или инструментальных исследований для верификации диагноза и, проведения дифференциальной диагностики.**

**4. К какому виду заболеваемости должен быть отнесен данный случай при статистической регистрации; какие показатели характеризуют уровень и структуру заболеваемости?**

**ПРИМЕР РЕКОМЕНДУЕМОГО СОДЕРЖАНИЯ ОТВЕТА:**

**1. Клинический диагноз и его обоснование:** Первичный остеоартрит, узелковая форма с преимущественным поражением межфаланговых суставов кистей, ФНС I. Ожирение 1 степени.

*Остеоартрит:* на основании имеющейся клинической картины, а именно поражение дистальных межфаланговых суставов является исключением для ревматоидного артрита (РА). Кроме того, отсутствуют какие-либо проявления артрита: нет признаков экссудации, гипертермии, гиперемии суставов, нормальные показатели СОЭ и СРБ. Утренняя скованность менее 30 минут является типичным проявлением остеоартрита, тогда как при РА продолжительность скованности, как правило, превышает 1 час.

*Ожирение 1 степени* на основании вычисления уровня ИМТ, который составляет 30,1 кг/м<sup>2</sup>.

**2. Стартовая терапия остеоартрита:**

- Нормализация массы тела. К настоящему времени существуют доказательства того, что в жировой ткани вырабатываются провоспалительные цитокины (адипокины), негативно влияющие на прогрессирование остеоартрита;

- Модификация образа жизни: исключение однотипных длительных нагрузок на суставы кистей (прополка в саду), работы в условиях сырости, холода;

- Локальные тепловые процедуры. В соответствии с существующими рекомендациями теплолечение позволяет снизить выраженность боли при остеоартрите суставов кистей;

- Использование топических средств с НПВП или капсаицином. Данные препараты обладают анальгетическим эффектом и в большин-

стве случаев обеспечивают контроль боли у пациентов с остеоартитом суставов кистей;

- Для профилактики обострений боли в суставах рекомендован длительный (не менее 6 месяцев) прием хондроитинсульфата в суточной дозе 1500 мг. Другие медленнодействующие препараты для лечения остеоартрита не имеют доказательной базы при поражении суставов кистей;

- При поражении 1 запястно-пястного сустава – применение специального ортеза.

Терапия ожирения:

- Изменение образа жизни. Включает изменение диеты: низкокалорийная, но сбалансированная по белку и пищевым волокнам диета с исключением жирных и жареных продуктов, ограничением легкоусвояемых углеводов, с общим дефицитом между потребленными и потраченными калориями в среднем около 500-600 ккал в сутки. Число приемов пищи должно быть не менее трех, чтобы избежать длительных перерывов, вызывающих чувство голода, но не более 5 (при частых приемах пищи трудно избежать избыточного потребления энергии).

- Низкоинтенсивные физические нагрузки малоэффективны, но должны поощряться. Оптимальны физические нагрузки умеренной интенсивности не менее 1 часа в день не менее 5 из 7 дней в неделю, но всем пациентам следует рекомендовать, как минимум, 10 минут ходьбы после каждого приема пищи и 30 минут ходьбы перед сном.

- Ведение дневника питания с учетом потребленных и потраченных калорий дисциплинирует пациента и делает его активным участником лечебного процесса.

**3.** Клиническая картина основного заболевания полностью соответствует проявлениям остеоартрита. Использование рентгенографического исследования суставов кистей хотя и подтвердит диагноз остеоартрита, но не повлияет на дальнейшую тактику ведения пациента. В этой связи диагноз остеоартрита устанавливается по типичной клинической картине и не требует дополнительных лабораторных и инструментальных исследований.

*Для верификации диагноза и, проведения дифференциальной диагностики необходимо проведение следующих исследований:*

- измерение объема талии (для исключения абдоминального ожирения);

- исследование липидного спектра (для диагностики метаболических нарушений);

- определение уровня гликированного гемоглобина (для уточнения нарушений углеводного обмена);
- УЗИ органов брюшной полости (для исключения НАЖБП и ЖКБ).

4. *Ответ на вопрос ОЗЗО: Вид заболеваемости при статистической регистрации данного случая:*

Обращение в связи с данным заболеванием впервые в жизни, следовательно, данный случай относится к первичной заболеваемости. К первичной заболеваемости относятся все случаи острых заболеваний и случаи хронических заболеваний, зарегистрированных у данного больного впервые в жизни. Класс заболеваний – болезни костно-мышечной системы.

*Показатели уровня и структуры заболеваемости:* Для оценки уровня первичной заболеваемости рассчитывается интенсивный показатель на 1000 (10 000, 100 000) взрослого населения по формуле: в числителе абсолютное число случаев первичных заболеваний умножить на 1000 (10 000, 100 000), в знаменателе среднегодовая численность взрослого населения. Для оценки структуры первичной заболеваемости определяется доля (в процентах) отдельных классов (нозологий) в общем числе случаев первичных заболеваний – рассчитывается экстенсивный показатель по формуле: в числителе абсолютное число случаев первичных заболеваний определенного класса (нозологрии) умножить на 100%, в знаменателе абсолютное общее число случаев всех зарегистрированных первичных заболеваний.

### 1.1.9 ПЛАНОВАЯ СИТУАЦИЯ

Пациентка П., 23 г. обратилась к участковому врачу с жалобами на слабость, быструю утомляемость при небольшой физической нагрузке, головокружение при подъеме с постели с мельканием «мушек перед глазами», сердцебиение, одышку при быстрой ходьбе, подъеме на 2-этаж. Отмечает выпадение волос при расчесывании.

*Из анамнеза:* Считает себя больной в течение полугода, связывает с тяжелыми родами, осложненными кровотечением. Получала лечение в условиях родильного дома, после выписки рекомендации врачей не выполняла. Сейчас ребенок на грудном вскармливании. Ухудшение самочувствия в течение 2 месяцев нарастает слабость, появилась одышка и сердцебиение. В детстве частые простудные заболевания.

Закончила 9 классов, учеба давалась с трудом. Менструальный цикл с 12 лет, регулярный, по менструации 7 дней, обильные. Беременность 1, роды 1. Операций и переливания крови не было.

**Объективно:** Общее состояние средней степени тяжести. Кожные покровы бледные, сухие. Волосы тусклые, ломкие. Диффузная алоpecia. Ногти коротко подстрижены из-за повышенной ломкости. Дыхание везикулярное, хрипов нет, ЧДД 24/мин. Тоны сердца ритмичные, систолический шум во всех точках и на яремной вене. ЧСС = 94 в 1 мин. АД = 100/60 мм рт. ст. Язык влажный, сосочки сглажены. Живот мягкий, безболезнен. Печень по краю реберной дуги. Селезенка не пальпируется. Физиологические отправления в норме.

**Результаты клинико-лабораторных исследований:**

**ОАК:** эритроциты –  $2,9 \times 10^{12}$ /л, гемоглобин – 78 г/л, МСН – 23 пг, МCV–74 фл, лейкоциты –  $3,9 \times 10^9$ /л, базофилы – 0%, эозинофилы – 1%, сегментоядерные нейтрофилы – 73%, лимфоциты – 18%, моноциты – 8%, тромбоциты –  $192 \times 10^9$ /л, СОЭ – 25 мм/час. Микроцитоз эритроцитов, анизо-пойкилоцитоз (+++).

**ОАМ:** цвет – сол.-желтый, уд. плотность – 1021, реакция кислая. Белок, сахар – отрицат. Эпителий плоский – 2-3 в п/зр. Лейкоциты – 2-3 в п/зр.

**ЭКГ:** вольтаж снижен.  $R_{II} > R_I > R_{III}$ . Угол  $\alpha = 45^\circ$ . Ритм синусовый, 92 в 1 мин.

**Биохимическое исследование крови:** Глюкоза натощак = 5,7 ммоль/л. Креатинин = 80 мкмоль/л. Билирубин = 14,2 мкмоль/л. АСТ/АЛТ = 13/18 МЕ/л. Железо сыворотки = 4,8 мкмоль/л, общая железосвязывающая способность = 84 мкмоль/л. Общий белок = 61,8 г/л: альбумины = 60,6%.

**Анализ кала на скрытую кровь:** Результат отрицателен.

**Задания (вопросы):**

1. Выделите ведущие синдромы и сформулируйте предварительный диагноз.
2. Проведите дифференциальный диагноз.
3. Составьте план дополнительного обследования для уточнения диагноза. Какие изменения ожидаете получить у данного пациента?
4. Назначьте лечение и дайте рекомендации по реабилитации больного, согласно клиническим рекомендациям.



ПРИМЕР РЕКОМЕНДУЕМОГО СОДЕРЖАНИЯ ОТВЕТА:

1. Ведущие синдромы в данном случае:

*Анемический синдром (ведущий):*

*A – циркуляторно-гипоксический синдром* – реакция организма на гипоксию тканей и нарушения тканевого метаболизма, вызванные гипогемоглобинемией. *Основные симптомы:*

- слабость, быстрая утомляемость при небольшой физической нагрузке, головокружение при подъеме с постели с мельканием мушек перед глазами, – гипоксия головного мозга;
- кожные покровы бледные;
- сердцебиение, одышка при быстрой ходьбе, подъеме на 2-этаж – как компенсаторная реакция;
- систолический шум во всех точках и на яремной вене – обусловлен изменением реологических свойств крови

*B – анемический, гематологический:* в ОАК – анемия средней степени тяжести: гемоглобин 78 г/л, эритроциты –  $2,9 \times 10^{12}/л$ .

*C – Сидеропенический синдром:*

- жалобы на выпадение волос при расчесывании;
- данные гинекологического анамнеза, свидетельствующие о повышенной потере железа: синдром полименореи, роды, осложненные кровопотерей без достаточной ферротерапии, период лактации 6 мес на фоне уже имеющегося дефицита железа;
- анамнестические сведения о сложностях обучения в школе (закончила 9 классов), частые простудные заболевания – признак иммунодефицита, неврологический синдром;
- данные объективного исследования- бледность и сухость кожи, диффузная алопеция, ломкость ногтей, сглаженность сосочков языка;
- сидеропеническая миокардиодистрофия: гипотония, снижение толерантности к нагрузкам, тахикардия, сердцебиение, изменения на ЭКГ;
- специфические изменения в анализе крови в результате дефицита железа: MCV 74 фл – анемия микроцитарная, MCH 23 пг – анемия гипохромная; микроцитоз, анизо-пойкилоцитоз эритроцитов в мазке крови;
- дефицит железа в БАК: железо сыворотки = 4,8 мкмоль/л, повышенная общая железосвязывающая способность = 84 мкмоль/л.

*Диагноз предварительный:* Железодефицитная постгеморрагическая анемия, средней степени тяжести. Полименоррагия.

2. Следует провести дифференциальную диагностику между гипохромными анемиями, к которым относятся железодефицитная, талассемия и анемия при хронических заболеваниях. Отличительными признаками истинной ЖДА являются низкий уровень сывороточного ферритина, отражающий истощение тканевых запасов железа, и повышенные показатели ОЖСС и трансферрина.

Микроцитарная гипохромная анемия является характерным морфологическим признаком  $\beta$ -талассемии, тяжелые формы которой ассоциируются с глубокой анемией и выраженными признаками перегрузки железом (повышенные показатели сывороточного ферритина и НТЖ, сниженные – трансферрина и ОЖСС). Однако легкие субклинические формы талассемии, протекающие с легкой микроцитарной гипохромной анемией, зачастую расцениваются как железодефицитные без исследования сывороточных показателей метаболизма железа, что влечет за собой назначение неадекватной ферротерапии, способной привести к ускоренному развитию тканевой перегрузки железом.

3. В данном случае, пациентке показано дополнительное обследование в объеме:

- Исследование уровня ретикулоцитов крови, т.к. ретикулоцитарный криз необходим для оценки эффективности проводимой ферротерапии;
- Дополнительное исследование показателей обмена железа: низкий уровень сывороточного ферритина, отражающий истощение тканевых запасов железа, и повышенные показатели трансферрина;
- Биохимический анализ крови (общий белок, альбумин, общий билирубин, прямой билирубин, АСТ, АЛТ, креатинин, мочевины, щелочная фосфатаза, гамма-глутаминтранспептидаза) с определением основных показателей функционального состояния печени, почек, поджелудочной железы;
- ФГДС с биопсией для оценки состояния слизистой оболочки желудка и двенадцатиперстной кишки – исключения целиакии, атрофического гастрита,
  - Диагностика инфекции *H. pylori*;
  - УЗИ органов брюшной полости, забрюшинного пространства и малого таза;
  - УЗИ щитовидной железы.

4. Пациентке необходимо рекомендовать *пероральные препараты железа* в дозе 120 мг/сутки. Возможно назначение солей двухвалентного (сульфат, глюконат, fumarat) или трехвалентного железа (полимальтозный комплекса гидроксида железа или лактата железа). Длительность лечения определяется глубиной исходного железодефицита и может варьировать от 3 до 6 месяцев.

Критериями эффективности лечения ЖДА пероральными препаратами железа являются:

- Ретикулоцитарная реакция: на 7–10-й день от начала лечения препаратами железа количество ретикулоцитов повышается (обычно на 2–3% или 20–30%) по сравнению с их количеством до начала лечения;

- Повышение концентрации Hb к концу 4 недели лечения препаратами железа на 10 г/л и Hct на 3% по отношению к изначальным значениям до лечения;

- Исчезновение клинических проявлений заболевания через 1–1,5 мес. от начала лечения препаратами железа;

- Преодоление тканевой сидеропении и восполнение железа в депо через 3–6 мес. от начала лечения (в зависимости от степени тяжести анемии), что контролируется по нормализации концентрации СФ (более 30 мкг/л);

- По окончании курса лечения препаратами железа необходимо контролировать показатели гемоглобина ежемесячно в течение года для определения необходимости поддерживающей ферротерапии. Данная пациентка относится к группе повышенного риска рецидива ЖДА, т.к. имеются неустраняемые кровопотери, поэтому показано профилактическое поддерживающее лечение препаратами железа по 10 дней каждого месяца с началом менструации;

- Рекомендуется проводить вторичную профилактику дефицита железа при каждом обращении пациента к врачу, проведении диспансеризации, медицинских осмотров, что подразумевает проведение скрининговых исследований для выявления ЖДА или латентного железодефицита. При проведении скрининга следует ориентироваться на изменения лабораторных показателей общего анализа крови: Hb, Ht, MCV и MCH. Сывороточные показатели метаболизма железа (СЖ, ОЖСС, СФ, НТЖ), обладающие высокой специфичностью в выявлении дефицита железа, следует использовать для подтверждения диагноза ЖДА или латентного дефицита железа.

## 1.2. ХИРУРГИЧЕСКИЕ БОЛЕЗНИ + ОЗЗО

### 1.2.1 ПЛАНОВАЯ СИТУАЦИЯ

Мужчина 52 лет, водитель, обратился к хирургу поликлиники.

**Жалобы:** на ноющие боли в эпигастрии, не связанные с приёмом пищи, исчезновение аппетита, слабость, похудание на 10 кг.

**Анамнез:** больным себя считает 3 месяца, в течение которых исчез аппетит и появились боли после употребления грубой пищи, в дальнейшем они стали беспокоить ближе к ночи. 20 лет назад перенес резекцию желудка (Бильрот-II) по поводу язвенной болезни двенадцатиперстной кишки, после операции к врачам не обращался, не обследовался.

**Объективно:** состояние удовлетворительное, кожа и слизистые умеренно бледные, тургор кожи снижен. Рост = 172 см. Масса тела = 60 кг. Дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧД = 16 в 1 мин. Тоны сердца ясные, ритмичные. ЧСС = 68 в 1 мин. АД = 120/80 мм рт.ст. Язык влажный, обложен белым налётом. Живот округлой формы, в эпигастрии – послеоперационный рубец. При пальпации живот мягкий, умеренно болезненный в эпигастральной области. Печень – по краю реберной дуги.

#### **Результаты обследования:**

**ОАК:** Эр =  $3,5 \times 10^{12}/л$ , Нб = 105 г/л, Лейк. =  $4,2 \times 10^9/л$ : эоз. = 2%, п/я = 10%, с/я = 63%, лимф. = 14%, мон. = 11%, СОЭ = 22 мм/ч.

**ОАМ:** уд. пл. = 1002, цвет – сол.-желтый, реакция – нейтр., белок – отр., глюкоза – отр., плоский эпителий – ед. п/зр, лейкоц. = 3-5 п/зр, эр. = ед. в п/зр., цилиндры – нет, бактерий нет.

**ЭКГ:** ритм синусовый, 68 в 1 мин. Признаки диффузных изменений миокарда.

**Биохимический анализ крови:** глюкоза = 4,0 ммоль/л, билирубин общ. = 16 мкмоль/л, холестерин = 5,1 ммоль/л, общий белок = 72 г/л, мочевины = 4 ммоль/л, креатинин = 50 мкмоль/л, амилаза = 20 г/ч-л.

**Рентгенография органов грудной клетки:** без патологических изменений.

**Рентгеноскопия культи желудка:** размеры культи составляют около 1/3 органа. На передней ее стенке дефект наполнения 4 x 6 см бугристый с относительно четкими границами. Смещаемость культи ограничена.

**Гастрофиброскопия:** на передней стенке с переходом на малую кривизну культи – экзофитное образование размером 4х5 см, состоящее из мелких и средних бугорков, напоминающих цветную капусту.

**Задания (вопросы):**

1. Сформулируйте диагноз основного и сопутствующего заболеваний, обосновав его сведениями, имеющимися в условии задачи.
2. Обоснуйте необходимость дополнительных лабораторных и/или инструментальных исследований для верификации диагноза, проведения дифференциальной диагностики.
3. Назначьте «стартовую» терапию (этиотропную, патогенетическую и синдромно-симптоматическую).
4. Какие права имеет пациент при медицинском вмешательстве?

**ПРИМЕР РЕКОМЕНДУЕМОГО СОДЕРЖАНИЯ ОТВЕТА:**

1. *Предварительный диагноз:* рак культи желудка (Т3NхMхP4Gх). Вторичная анемия.

*Обоснование диагноза:* типичная эндоскопическая картина экзофитного рака желудка, размеры опухоли и объём поражения соответствует Т3. Информации, достаточной для установки стадии метастазирования, в условиях задачи нет (NхMх); ограничение подвижности культи желудка по данным рентгенографии свидетельствует о вероятном прорастании всех слоев стенки желудка (P4). Анемия легкой степени подтверждается уровнем Hb = 105 г/л.

2. *Для верификации диагноза* необходимо проведение биопсии опухоли (определение степени дифференцировки опухоли, установление цитотипа); УЗИ брюшной полости, КТ органов брюшной полости и позвоночника (для уточнения стадии онкопроцесса).

*Для установления механизма анемии и возможности её коррекции* – исследование уровня железа в сыворотке крови, определение групповой и резус-принадлежности крови больного (возможность интра- или послеоперационной компонентной гемотерапии).

*Необходимы консультации терапевтом, анестезиологом и онкологом* – для оптимизации тактики предоперационной подготовки к плановому оперативному лечению.

3. *Исходя из условия задачи и диагноза, необходимость в неотложных лечебных мероприятиях отсутствует.* У больного имеются

показания к комбинированному лечению (химиотерапия и плановое оперативное вмешательство) в условиях специализированного стационара онкологического профиля.

**4. Ответ на вопрос ОЗЗО: Какие права имеет пациент при медицинском вмешательстве?**

В соответствии с Федеральным законом «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», 2011 г. Пациент имеет право на: выбор врача и выбор медицинской организации, получение консультаций врачей-специалистов; облегчение боли, связанной с заболеванием и (или) медицинским вмешательством; получение информации о своих правах и обязанностях, состоянии своего здоровья, выбор лиц, которым в интересах пациента может быть передана информация о состоянии его здоровья; защиту сведений, составляющих врачебную тайну; отказ от медицинского вмешательства; возмещение вреда, причиненного здоровью при оказании ему медицинской помощи. Необходимым предварительным условием медицинского вмешательства является дача информированного добровольного согласия гражданина или его законного представителя на основании предоставленной медицинским работником в доступной форме полной информации о целях, методах оказания медицинской помощи, связанном с ними риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, о его последствиях, а также о предполагаемых результатах оказания медицинской помощи.

Гражданин имеет право отказаться от медицинского вмешательства или потребовать его прекращения, за исключением случаев, предусмотренных законом. При отказе от медицинского вмешательства гражданину, в доступной для него форме должны быть разъяснены возможные последствия такого отказа. Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство или отказ от медицинского вмешательства оформляется в письменной форме, подписывается гражданином, или законным представителем, медицинским работником и содержится в медицинской документации пациента. Порядок дачи информированного добровольного согласия и отказа от медицинского вмешательства в отношении определенных видов медицинского вмешательства, форма информированного добровольного согласия и форма отказа от медицинского вмешательства утверждаются уполномоченным федеральным органом исполнительной власти.

Медицинское вмешательство без согласия гражданина или законного представителя допускается: если медицинское вмешательство

необходимо по экстренным показаниям для устранения угрозы жизни человека и если его состояние не позволяет выразить свою волю или отсутствуют законные представители; в отношении лиц, страдающих заболеваниями, представляющими опасность для окружающих; в отношении лиц, страдающих тяжелыми психическими расстройствами; в отношении лиц, совершивших общественно опасные деяния (преступления); при проведении судебно-медицинской экспертизы и (или) судебно-психиатрической экспертизы. Решение о медицинском вмешательстве без согласия гражданина или законного представителя принимается: консилиумом врачей, а если собрать консилиум невозможно, – непосредственно лечащим (дежурным) врачом с внесением такого решения в медицинскую документацию пациента и последующим уведомлением должностных лиц медицинской организации (руководителя медицинской организации или руководителя отделения медицинской организации); судом – в случаях и в порядке, которые установлены законодательством Российской Федерации.

## 1.2.2 ПЛАНОВАЯ СИТУАЦИЯ

Женщина 50 лет, асфальтоукладчица, обратилась к хирургу поликлиники.

**Жалобы:** на наличие опухолевидного образования в области пупка.

**Из анамнеза:** образование появилось 3 года назад, увеличивается в размерах при выполнении физической нагрузки, исчезает в положении лежа.

**Объективно:** Состояние удовлетворительное, повышенного питания. Рост = 156 см., масса тела = 78 кг. Кожа обычной окраски. Дыхание везикулярное. ЧД = 18 в 1 мин. Тоны сердца приглушены, ритм правильный. ЧСС = 84 в 1 мин, АД = 140 и 90 мм рт. ст. Язык влажный, не обложен. Живот больших размеров, при пальпации мягкий, безболезненный. Выше пупка по средней линии определяется дефект в апоневрозе 4 см. в диаметре. Край печени закруглен, ровный на 1 см выступает из-под реберной дуги. Размеры печени по Курлову (+1) 12 x 10 x 9 см.

**Результаты стационарного обследования:**

**ОАК:** Эр. =  $4,0 \times 10^{12}/л$ , НЬ = 150 г/л, ЦП = 0,9. Лейкоциты =  $9,6 \times 10^9/л$ : эоз. – 1%, п/я – 5%, с/я – 68%, лимф. = 19%, мон. = 6%. СОЭ = 5 мм/ч.

Время свертывания крови = 6 минут, длительность кровотечения = 3 минуты. ПТИ = 90%.

**ОАМ:** Цвет – соломенно-желтый, уд. пл. = 1014, реакция – кислая, белок = 0,033%, глюкоза – отр., лейкоц. – един. в п/зр, эпителиальный индекс = 2-3 в п/зр.

**ЭКГ:** Ритм синусовый, 84 в минуту. Признаки нарушения метаболизма миокарда.

**Биохимический анализ крови:** глюкоза – 6,2 ммоль/л, амилаза сыворотки – 20 г/час-л, билирубин общий – 10,0 мкмоль/л (прямой – 4,0 мкмоль/л), АЛТ – 72 Ед/л, АСТ – 61 Ед/л, общий холестерин – 5,2 ммоль/л, калий – 4,4 ммоль/л, натрий – 115 ммоль/л, хлор – 98 ммоль/л, общий белок – 72 г/л.

**Рентгенография органов грудной клетки:** срединная тень не расширена. Корни лёгких структурны, легочный рисунок не изменен, очаговых и инфильтративных теней не выявлено.

**Обзорная рентгеноскопия органов брюшной полости:** Диафрагма подвижна, положение куполов обычное. Признаков свободной жидкости и газа в брюшной полости не выявлено.

#### Задания (вопросы):

1. Сформулируйте диагноз основного и сопутствующего заболеваний, обосновав его сведениями, имеющимися в условии задачи.
2. Назначьте «стартовую» терапию (этиотропную, патогенетическую и синдромно-симптоматическую).
3. Обоснуйте необходимость дополнительных лабораторных и/или инструментальных исследований для верификации диагноза, проведения дифференциальной диагностики и возможной коррекции «стартовой» терапии.
4. Охарактеризуйте основные задачи и организацию оказания амбулаторно-поликлинической помощи рабочим промышленных предприятий, виды профилактических медицинских осмотров, их значение для выявления хирургической патологии.

#### ПРИМЕР РЕКОМЕНДУЕМОГО СОДЕРЖАНИЯ ОТВЕТА:

1. *Основной предварительный диагноз:* Параумбиликальная грыжа.  
*Сопутствующая патология:* алиментарное ожирение, 2 степень. Гипергликемия, впервые выявленная.  
*Обоснование:* наличие опухолевидного образования в области пупка, свободно вправимого в брюшную полость, тяжелый физический



ский труд в анамнезе, связь клиники с физической нагрузкой. На ожирение 1 степени (ВОЗ) или 2 степени (по классификации Института здоровья АН США, 1989) указывает величина индекса массы тела =  $31,9 \text{ кг/м}^2$ . Значения гликемии натощак ( $6,2 \text{ ммоль/л}$ ) указывает на наличие нарушения обмена углеводов.

*2. Исходя из условия задачи и диагноза, неотложные лечебные мероприятия не требуются.* У больной имеются показания к плановому оперативному лечению. На период подготовки к операции рекомендуется ограничение тяжелой физической нагрузки, ношение бандажа, редукция массы тела.

*В доступной форме больной должна быть предоставлена информация об основных признаках осложнения грыжи (ущемление: боль, невозможность вправления, вздутие живота, нарушение акта дефекации и так далее).*

*3. У конкретной пациентки имеется длительный анамнез по основному заболеванию, явные провоцирующие факторы (тяжёлый физический труд, ожирение), отсутствие симптоматики других заболеваний ЖКТ, поэтому проведение дополнительных лабораторных или инструментальных методов обследования для верификации диагноза, скорее всего, не потребуется.* Однако в ряде случаев, при впервые выявленной пупочной или параумбиликальной грыже целесообразно проведение обследования желудочнокишечного тракта, так как грыжа может носить симптоматический характер, возникать на фоне онкопатологии ЖКТ, портальной гипертензии и др.

*Для уточнения характера нарушений обмена углеводов необходимо проведение перорального теста толерантности к глюкозе с нагрузкой 75 г глюкозы, контроль уровня гликемии натощак и гликозилированного гемоглобина ( $\text{HbA}_{1c}$ ) и иммунореактивного инсулина.*

В плане подготовки к плановому оперативному лечению необходимы консультации терапевта и анестезиолога.

**4. Ответ на вопрос ОЗЗО:**

В амбулаторных условиях рабочим на промышленных предприятиях может предоставляться первичная медико-санитарная помощь в форме плановой и неотложной – на здравпунктах врачебных и фельдшерских, в медикосанитарных частях по месту работы. Основные задачи – своевременное выявление медицинских противопоказаний для работы на вредных и опасных производствах; предупреждение развития производственно-обусловленных и профессиональных за-

болеваний и травм, своевременная ранняя их диагностика, лечение, реабилитация, экспертиза трудоспособности. Работники, занятые на работах с вредными и (или) опасными производственными факторами, а также занятые на отдельных видах работ, предусмотренных законодательством, проходят обязательные медицинские осмотры, в том числе с участием врача-хирурга. Например, осмотры врача-хирурга обязательны для рабочих, занятых физически тяжелым трудом, при факторах риска развития заболеваний опорно-двигательного аппарата, варикозного расширения вен.

Перечень вредных производственных факторов и работ, при выполнении которых проводятся обязательные медицинские осмотры, утверждается Министерством здравоохранения РФ.

*Виды медицинских осмотров:*

1) *Профилактический* – проводимый в целях раннего выявления патологических состояний, заболеваний и факторов риска, немедицинского потребления наркотических средств и психотропных веществ, а также в целях формирования групп состояния здоровья и выработки рекомендаций для пациентов;

2) *Предварительный* – при поступлении на работу (учебу) в целях определения соответствия состояния здоровья работника поручаемой ему работе;

3) *Периодический* – проводимый с установленной периодичностью в целях динамического наблюдения за состоянием здоровья работников, своевременного выявления начальных форм профессиональных заболеваний, ранних признаков воздействия вредных производственных факторов на состояние здоровья работников, в целях формирования групп риска развития профессиональных заболеваний, выявления медицинских противопоказаний к осуществлению отдельных видов работ;

4) *Предсменные, предрейсовые медицинские осмотры*, проводимые перед началом рабочего дня (смены, рейса) в целях выявления признаков воздействия вредных производственных факторов, состояний и заболеваний, препятствующих выполнению трудовых обязанностей, в том числе алкогольного, наркотического, иного токсического опьянения;

5) *Послесменные, послерейсовые медицинские осмотры*, проводимые по окончании рабочего дня (смены, рейса) в целях выявления признаков воздействия вредных производственных факторов на состо-

яние здоровья работников, острого профессионального заболевания или отравления, признаков алкогольного, наркотического, токсического опьянения.

б) *Углубленные* – периодические медицинские осмотры с расширенным перечнем участвующих в них врачей-специалистов и методов обследования.

В случае выявления при проведении обязательных медицинских осмотров медицинских противопоказаний к осуществлению работ, перечень которых устанавливается уполномоченным федеральным органом исполнительной власти, работник может быть признан врачебной комиссией медицинской организации на основании результатов экспертизы профессиональной пригодности временно или постоянно непригодным по состоянию здоровья к выполнению отдельных видов работ.

### 1.2.3 ПЛАНОВАЯ СИТУАЦИЯ

Женщина 62 лет, пенсионерка, обратилась к хирургу поликлиники.

**Жалобы:** на чувство тяжести в эпигастральной области, тошноту, рвоту съеденной накануне пищей, похудание, задержку стула до 2-3 дней.

**Из анамнеза:** указанные жалобы появились 2 месяца назад. Язвенной болезнью болеет много лет, лечилась нерегулярно, локализацию язвы не помнит.

**Объективно:** состояние удовлетворительное, кожа бледная, подкожная клетчатка выражена удовлетворительно. Рост = 158 см. Вес = 56 кг. Дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧД = 20 в 1 мин. Тоны сердца ясные, ритмичные. ЧСС = 78 в 1 мин. АД = 140/80 мм рт.ст. Язык влажный, обложен белым налетом. Живот не вздут, мягкий, незначительно болезненный в эпигастральной области, где определяется «шум плеска». Печень – по краю реберной дуги. Селезенка не пальпируется.

**Результаты обследования:**

**ОАК:** Эр. =  $3,4 \times 10^{12}/л$ , Нб = 107 г/л, ЦП = 0,8. Лейк. =  $6,1 \times 10^9/л$ : э = 0%, п/я = 10%, сегм. = 81%, лимф. = 7%, мон. = 2%. СОЭ = 8 мм/ч.

**ОАМ:** уд. плотность – 1000, цвет – сол-желт., реакция – нейтр., белок – отр., глюкоза – отр., плоский эпителий – ед. п/зр, лейкоц. – 3-4 п/зр, эритроц. – свеж. 1-2 в п/зр., бактерии, слизь – в большом количестве.

**ЭКГ:** диффузные дистрофические изменения в миокарде.

**Биохимический анализ крови:** глюкоза – 4,8 ммоль/л, билирубин – 10 мкмоль/л, АСТ – 34 Ед/л, АЛТ = 83 Ед/л, общий холестерин – 5,1 ммоль/л. Общий белок – 73 г/л, мочевины – 5,5 ммоль/л.

**Рентгенография органов грудной клетки:** без патологических изменений.

**Р-скопия желудка:** пищевод не изменен, желудок обычной формы и величины, натощак содержит умеренное количество жидкости, контуры его ровные, стенки эластичны. Рельеф не изменен, первичной эвакуации нет в течение 3-х часов. Через 6 часов выполняется деформированный привратник и начальный отдел ДПК, часть контраста в тонком кишечнике.

**ЭФГДС:** пищевод и кардия свободно проходимы. Недостаточность кардии II степени. Натощак желудок пуст. Слизистая его атрофична, складки сглажены, перистальтика вялая. Привратник деформирован, пройти в ДПК не удалось. Слизистая привратника рыхлая, легко кроветочит.

### Задания (вопросы):

1. Сформулируйте диагноз основного и сопутствующего заболеваний, обосновав его сведениями, имеющимися в условии задачи.

2. Назначьте «стартовую» терапию (этиотропную, патогенетическую и синдромно-симптоматическую).

3. Обоснуйте необходимость дополнительных лабораторных и/или инструментальных исследований для верификации диагноза, проведения дифференциальной диагностики и возможной коррекции «стартовой» терапии.

4. Охарактеризуйте задачи и организацию работы врача-хирурга на поликлиническом приеме, основную медицинскую документацию, показатели работы.

### ПРИМЕР РЕКОМЕНДУЕМОГО СОДЕРЖАНИЯ ОТВЕТА:

1. *Предварительный диагноз:* Рак пилорического отдела желудка. Декомпенсированный стеноз выходного отдела желудка. Вторичная анемия.

*Сопутствующая патология:* нейровегетативная и дисметаболическая миокардиодистрофия.

*Обоснование:* клиническая картина стеноза выходного отдела желудка, нарушения желудочной эвакуации, подтверждённые данными рентгенологического обследования и ФГДС.

2. У больной имеются показания к комбинированному (химиотерапия и плановое оперативное вмешательство) лечению в условиях онкологического стационара.

3. Для верификации диагноза необходимо проведение гастробииопсии (определение степени дифференцировки опухоли, установление цитотипа), а также УЗИ брюшной полости, КТ брюшной полости и позвоночника – для уточнения стадии онкопроцесса и возможных метастазов.

Для установления механизма анемии и возможности её коррекции – исследование уровня железа в сыворотке крови, определение групповой и резус-принадлежности крови больного (возможность интра- или послеоперационной компонентной гемотерапии).

Для оптимизации тактики предоперационной подготовки необходима консультация терапевтом, анестезиологом и онкологом.

4. Ответ на вопрос ОЗЗО: Организация хирургической помощи в амбулаторных условиях, задачи врача-хирурга.

Врач-хирург в амбулаторных условиях оказывает первичную медикосанитарную помощь, в плановой и неотложной форме. Основные задачи врача: оказание амбулаторной консультативной, лечебно-диагностической помощи, профилактических, реабилитационных мероприятий больным с хирургическими заболеваниями и травмами, участие в профилактических осмотрах, диспансерное наблюдение больных хирургического профиля. Врач-хирург осуществляет полное обследование и отбор больных, подлежащих плановым операциям, своевременное выявление и госпитализацию больных с острыми заболеваниями органов грудной и брюшной полостей, долечивание и реабилитацию пациентов после выписки из стационара, экспертизу временной нетрудоспособности и направление больных с признаками стойкой утраты трудоспособности на медико-социальную экспертную комиссию, ведение медицинской документации, мониторинг и анализ основных медикостатистических показателей своей деятельности.

Кабинет для приема врачом-хирургом должен быть организован и оснащен в соответствии с утвержденными порядками и стандартами, начиная с врачебной амбулатории, в поликлинических отделениях в составе сельских участковых, городских, районных, областных больниц,

медико-санитарных частей, консультативно-диагностических центров, в центрах амбулаторной хирургии. Рекомендуемый штатный норматив – 0,4 ставки врача-хирурга на 10 тыс. взрослого населения (для городов с численностью населения более 25 тыс. человек). При наличии в штате более 6 должностей врача-хирурга организуется хирургическое отделение. Для оказания лечебно-диагностической и реабилитационной помощи больным, не нуждающимся в круглосуточном медицинском наблюдении, рекомендуется организовывать дневной стационар.

Врачом заполняется основная учетная документация: «Медицинская карта амбулаторного больного» (учетная форма №025/у-04), «Контрольная карта диспансерного наблюдения» (учетная форма № 030/у-04).

Основные показатели деятельности врача на амбулаторном приеме: выполнение функции врачебной должности (число амбулаторных посещений в год); среднее число посещений в смену; уровень и структура общей и первичной заболеваемости по обращаемости, уровень и структура заболеваемости по данным медицинских осмотров, заболеваемость с временной нетрудоспособностью; % случаев онкологических заболеваний, выявленных на поздних стадиях; частота осложнений; % состоящих на диспансерном наблюдении; показатель первичной инвалидности лиц трудоспособного возраста; при направлении на госпитализацию – расхождения диагноза направившего учреждения и в стационаре; удовлетворенность населения медицинской помощью; количество обоснованных жалоб.

## 1.2.4 ПЛАНОВАЯ СИТУАЦИЯ

Пенсионерка 63 лет обратилась в хирургическое отделение поликлиники с жалобами на наличие опухолевидного образования в паховой области слева.

**Анамнез:** Больна в течение 3-х лет, когда впервые отметила появление указанного образования. В последний год появились периодические ноющие боли, связанные с физической нагрузкой. Менархе в 16 лет. Менопауза с 44 лет. Беременность 1. Роды 1.

**Объективно:** Состояние удовлетворительное, сознание ясное, положение активное. Кожа и видимые слизистые физиологической окраски. Отеков нет. Рост = 170 см. Вес = 75 кг. Температура тела = 36,8°C. Дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧД = 17 в 1 мин. Тоны сердца при-

глушены, ритмичные. ЧСС = 78 в 1 мин. АД = 140/90 мм рт. ст. Язык влажный. Живот мягкий, безболезненный во всех отделах. В левой паховой области ниже паховой связки определяется опухолевидное образование 3 x 3 см, расположенное кнутри от бедренных сосудов, легко вправляемое в брюшную полость, симптом «кашлевого толчка» положительный. Кожа над образованием не изменена. Паховые лимфоузлы с обеих сторон до 1 см в диаметре. Печень и селезенка не пальпируются. Размеры печени и селезенки по Курлову: 10 x 9,5 x 8 см и 6 x 4 см соответственно. Поколачивание в проекции почек безболезненно. Диурез и стул в норме.

**Результаты лабораторно-инструментального обследования:**

**ОАК:** Эр. = 4,2 x 10<sup>12</sup>/л, Нб = 138 г/л, ЦП = 0,9. Лейк. = 7,2 x 10<sup>9</sup>/л: баз. = 0%, эоз. = 1%, пал. = 5%, сегм. = 68%, лимф. = 19%, мон. = 6%. СОЭ = 10 мм/ч.

**ОАМ:** Цвет – сол.-желтый, уд. пл. – 1015, реакция кислая, белок и сахар – отриц, лейкоц. = 1-2 п/зр., эпителий плоский – 2-3 п/зр.

**Биохимические показатели сыворотки:** глюкоза = 4,0 ммоль/л, билирубин общ. = 16 мкмоль/л, общий холестерин = 5,1 ммоль/л, общий белок = 72 г/л, креатинин 70 мкмоль/л.

**ЭКГ:** Ритм синусовый, 78 в 1 мин. RII>RI>RIII. Угол  $\alpha = 70^\circ$ . Признаки нарушения метаболизма миокарда.

**Рентгеноскопия органов грудной клетки:** срединная тень не расширена. Корни лёгких структурны, легочный рисунок не изменен, очаговых и инфильтративных теней не выявлено.

**Обзорная рентгеноскопия органов брюшной полости:** Диафрагма подвижна, положение куполов обычное. Признаков свободной жидкости и газа в брюшной полости не выявлено.

#### Задание (вопросы):

1. Сформулируйте диагноз основного и сопутствующего заболеваний, обосновав его сведениями, имеющимися в условии задачи.

2. Обоснуйте необходимость дополнительных лабораторных и/или инструментальных исследований для верификации диагноза, проведения дифференциальной диагностики и коррекции тактики ведения пациентки.

3. Назначьте «стартовую» терапию. Возможные меры профилактики данной патологии?

4. Каков порядок предоставления информации пациентам о состоянии здоровья?

ПРИМЕР РЕКОМЕНДУЕМОГО СОДЕРЖАНИЯ ОТВЕТА:

**1. Основной диагноз:** Паховая грыжа слева.

*Обоснование:* наличие опухолевидного образования в левой паховой области, тяжелый физический труд в анамнезе, связь клиники с физической нагрузкой.

**2.** У конкретной пациентки имеется длительный анамнез по основному заболеванию, явные провоцирующие факторы (тяжелый физический труд, ожирение), отсутствие симптоматики других заболеваний ЖКТ, поэтому *проведение дополнительных лабораторных или инструментальных методов* обследования для верификации диагноза, скорее всего, не потребует. Однако в ряде случаев, при впервые выявленной пупочной или параумбили- кальной грыже целесообразно проведение обследования желудочно-кишечного тракта, так как грыжа может носить симптоматический характер, возникать на фоне онкопатологии ЖКТ, портальной гипертензии и др.

**3.** *Исходя из условия задачи и диагноза, неотложные лечебные мероприятия не требуются.* У больной имеются показания к плановому оперативному лечению. На период подготовки к операции рекомендовано ограничение физической нагрузки, ношение бандажа; в доступной форме больной должна быть предоставлена информация об основных признаках осложнения грыжи (ущемление: боль, невозможность вправления, вздутие живота, нарушение акта дефекации и так далее).

Подготовка к плановому оперативному лечению включает консультации терапевтом и анестезиологом.

**4. Ответ на вопрос ОЗЗО:** *Каков порядок предоставления информации пациентам о состоянии здоровья?*

В соответствии с Федеральным законом «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», 2011 г., каждый имеет право получить в доступной для него форме информацию о состоянии своего здоровья, в том числе сведения о результатах медицинского обследования, наличии заболевания, об установленном диагнозе и о прогнозе развития заболевания, методах оказания медицинской помощи, связанном с ними риске, возможных видах медицинской помощи, его последствиях и результатах оказания медицинской помощи. Информация о состоянии здоровья предоставляется пациенту лично лечащим врачом или другими медицинскими работниками, принима-



ющими непосредственное участие в медицинском обследовании и лечении. Информация о состоянии здоровья не может быть предоставлена пациенту против его воли. В случае неблагоприятного прогноза развития заболевания информация должна сообщаться в деликатной форме гражданину или его супругу (супруге), одному из близких родственников, если пациент не запретил сообщать им об этом и (или) не определил иное лицо, которому должна быть передана такая информация. Пациент либо его законный представитель имеет право непосредственно знакомиться с медицинской документацией, отражающей состояние его здоровья, и получать на основании такой документации консультации у других специалистов. Пациент либо его законный представитель имеет право на основании письменного заявления получать отражающие состояние здоровья медицинские документы, их копии и выписки из медицинских документов.

## 1.3. АКУШЕРСТВО И ГИНЕКОЛОГИЯ + ОЗЗО

### 1.3.1 ПЛАНОВАЯ СИТУАЦИЯ

Роженица 35 лет, поступила в роддом с жалобами на боли схваткообразного характера внизу живота, которые появились 6 часов назад. Спустя 1 час отошли воды в количестве более трех литров, светлые.

**Из анамнеза:** Беременность четвертая, первые роды в 25 лет, без особенностей. Вторая беременность закончилась медицинским абортom в сроке 12 недель, осложнившимся кровотечением по поводу остатков плодного яйца. Третьи роды – в срок – осложнились ручным отделением и выделением последа (интимное прикрепление плаценты).

**Объективно:** Состояние удовлетворительное. Рост = 169 см, масса тела = 74 кг. АД = 160/90 мм рт.ст., ЧСС = 80 в 1 мин. Размеры таза: 25-28-32-21 см. Обхват живота = 108 см. Высота стояния дна матки = 33 см.

Положение плода поперечное, позиция 2-ая. Определяется неясная предлежащая часть, прижатая к входу в малый таз. Сердцебиение плода приглушено, ритмичное, 176 уд в 1 мин.

**Влагалищное исследование:** раскрытие шейки матки на 10 см, в плоскости входа в малый таз определяется вколотившееся плечико. Плодного пузыря нет. Таз емкий. Мыс не достигается.

**Результаты стационарного исследования:**

**Группа крови:** O (I) Rh – положительная.

**ОАК:** Эритроц. =  $3,2 \times 10^{12}/л$ , НЬ = 103 г/л, Лейкоциты =  $9,5 \times 10^9/л$ : эоз. = 2%, п/я = 6%, с/я = 65%; Лимф. = 7%, мон. = 20%. Тромб. =  $212 \times 10^9/л$ . СОЭ = 40 мм/час.

**ОАМ:** Цвет – соломенно-желтый, удельная плотность = 1013, реакция – кислая, белок = 0.33 г/л, глюкоза – отр., эпителий плоский = 2-4 в п/зр., лейкоц. = 4-6 в п/зр.

**УЗИ:** Плод соответствует доношенной беременности, поперечное положение плода, спинка обращена вниз, плацента по передней стенке, 3 степени зрелости.

**КТГ:** 6 баллов.

**Анализ влагалищного мазка:** Плоский эпителий = 10 – 20 в п/зр., лейкоциты = до 30 в п/зр. Флора – смешанная, обильно, «ключевые клетки». Гонококки и трихомонады – отр.

**Задание (вопросы):**

1. Сформулируйте диагноз основного и сопутствующего заболеваний, обосновав его сведениями, имеющимися в условии задачи.
2. Назначьте «стартовую» терапию (этиотропную, патогенетическую и синдромно-симптоматическую).
3. Обоснуйте необходимость дополнительных лабораторных и/или инструментальных исследований для верификации диагноза, дифференциальной диагностики и коррекции «стартовой» терапии.
4. Каков порядок оформления освобождения от работы беременной и родильницы?

**ПРИМЕР РЕКОМЕНДУЕМОГО СОДЕРЖАНИЯ ОТВЕТА:**

1. **Диагноз заболевания и его обоснование:** Второй период срочных родов. Раннее отхождение вод. Многоводие. Запущенное поперечное положение плода, вторая позиция, задний вид. Острая гипоксия плода. Бактериальный вагиноз. Умеренная преэклампсия. Анемия 1 степени. ОАА.

**Обоснование диагноза:**

- Раскрытие маточного зева до 10 см является полным и завершает первый период родов; о сроке беременности можно судить по данным УЗИ (плод соответствует доношенной беременности)
- Отхождение вод до 6 см открытия является ранним;

- Количество околоплодных вод объемом в 3 литра указывает на многоводие, которое явилось причиной поперечного положения плода;
- Запущенным поперечным положением становится при неподвижности плода из-за отхождения задних околоплодных вод, плотного охвата и вколачивания плечика в плоскости входа в малый таз;
- Значительное сдавление плода из-за отсутствия задних вод, вызвало острую гипоксию плода, что подтверждено КТГ исследованием в 6 баллов и частотой приглушенного сердцебиения 176 ударов в минуту;
- Бактериальный вагиноз – наличие «ключевых» клеток и смешанной микрофлоры при микроскопии влагалищного мазка на фоне нормального количества лейкоцитов

- Умеренная преэклампсия – на основании увеличения АД- 160/90, протеинурии-0,33г/л; Анемия 1 степени – уровень гемоглобина 103 г/л.

- Акушерский анамнез отягощен абортom с кровотечением, а при второй беременности – интимным прикреплением последа с ручным отделением последа и кровотечением при вторых родах.

**2.** Исходя из условия задачи и диагноза, показана госпитализация в родильное отделение. Лечебные мероприятия должны включать:

- Дача наркоза для снятия родовой деятельности, как профилактика развития возможного разрыва матки.

- Срочное родоразрешение (вколоченное плечико, острая гипоксия плода, безводный промежуток 5 часов) путем корпорального кесарева сечения под интубационным наркозом.

- Интраоперационно и в послеоперационном периоде – антибиотикотерапия препаратами широкого спектра действия.

**3.** Для верификации диагноза основного заболевания и проведения диф. диагностики необходимость в дополнительных исследованиях отсутствует, однако представляется целесообразной консультация анестезиологом-реаниматологом для подготовки к срочному родоразрешению. Необходимо также исследование уровня железа в сыворотке крови и ОЖСС (для уточнения генеза анемии и решения вопроса о этиопатогенетическом её лечении).

**4.** Ответ на вопрос ОЗЗО: Каков порядок оформления освобождения от работы беременной и родильницы?

57. Производится в соответствии с Приказом Минздрава России от 23.11.2021 N 1089н (ред. от 13.12.2022) «Об утверждении Условий и порядка формирования листков нетрудоспособности в форме электронного документа и выдачи листков нетрудоспособности в форме

документа на бумажном носителе в случаях, установленных законодательством Российской Федерации».

Листок нетрудоспособности по беременности и родам формируется врачом акушером-гинекологом, при его отсутствии – врачом общей практики (семейным врачом), а при отсутствии врача – фельдшером.

Формирование листка нетрудоспособности по беременности и родам производится при сроке 30 недель беременности одновременно продолжительностью 140 календарных дней (70 календарных дней до родов и 70 календарных дней после родов).

При многоплодной беременности формируется листок нетрудоспособности при сроке 28 недель беременности одновременно продолжительностью 194 календарных дня (84 календарных дня до родов и 110 календарных дней после родов).

58. В случае если женщина при обращении в медицинскую организацию в установленный срок для оформления отпуска по беременности и родам отказывается от получения листка нетрудоспособности по беременности и родам, ее отказ фиксируется в медицинской документации – медицинской карте родов.

При обращении до родов за получением листка нетрудоспособности по беременности и родам женщине, не получившей (отказавшейся от получения) листка нетрудоспособности, для оформления отпуска по беременности и родам листок нетрудоспособности формируется на 140 календарных дней (на 194 календарных дня – при многоплодной беременности) со срока, установленного пунктом 57 настоящих Условий и порядка, а также на 160 календарных дней (при многоплодной беременности – на 200 календарных дней) со срока, установленного пунктом 63 настоящих Условий и порядка.

59. При осложненных родах в дополнение к листку нетрудоспособности, сформированному в соответствии с абзацем вторым пункта 57 настоящих Условий и порядка, формируется листок нетрудоспособности по беременности и родам дополнительно на 16 календарных дней медицинской организацией, где произошли роды (за исключением случаев многоплодной беременности)

В случае, когда диагноз многоплодной беременности установлен в родах, в дополнение к листку нетрудоспособности, сформированному в соответствии с абзацем вторым пункта 57 настоящих Условий и порядка, формируется листок нетрудоспособности по беременности и родам дополнительно на 54 календарных дня медицинской организацией, где произошли роды.

60. При родах, наступивших в период от 22 до 30 недель беременности, медицинской организацией, где произошли роды, формируется листок нетрудоспособности по беременности и родам сроком на 156 календарных дней с даты родов.

При многоплодных родах, наступивших в период от 22 до 28 недель беременности, медицинской организацией, где произошли роды, формируется листок нетрудоспособности по беременности и родам сроком на 194 календарных дня с даты родов.

При родах, наступивших в период от 22 до 27 недель беременности, женщинам, указанным в пункте 63 настоящих Условий и порядка, медицинской организацией, где произошли роды, формируется листок нетрудоспособности по беременности и родам сроком на 176 календарных дней с даты родов, при многоплодной беременности – на 200 календарных дней с даты родов.

61. Женщине, у которой роды наступили при сроке беременности, установленном пунктами 57 и 63 настоящих Условий и порядка и более, и не получавшей ранее листок нетрудоспособности по беременности и родам, для оформления отпуска по беременности и родам листок нетрудоспособности формируется медицинской организацией, где произошли роды, на 140 календарных дней (на 194 календарных дня – при многоплодной беременности) со срока, установленного пунктом 57 настоящих Условий и порядка, либо на 160 календарных дней (при многоплодной беременности – на 200 календарных дней) со срока, установленного пунктом 63 настоящих Условий и порядка.

При осложненных родах медицинской организацией, где произошли роды, листок нетрудоспособности по беременности и родам формируется на 156 календарных дней (на 194 календарных дня – при многоплодной беременности) со срока, установленного пунктом 57 настоящих Условий и порядка, либо на 176 календарных дней (при многоплодной беременности – на 200 календарных дней) со срока, установленного пунктом 63 настоящих Условий и порядка.

62. При прерывании беременности при сроке менее 22 полных недель беременности, в том числе в случае рождения мертвого плода или живого плода, не пережившего первые 6 полных суток (168 часов), формируется листок нетрудоспособности в соответствии с главой II настоящих Условий и порядка на весь период нетрудоспособности, но на срок не менее трех дней.

В случае рождения живого ребенка при сроке беременности менее 22 недель, если новорожденный пережил первые 6 полных суток (168 часов), листок нетрудоспособности по беременности и родам формируется в соответствии с пунктом 60 настоящих Условий и порядка.

63. Женщинам, постоянно проживающим (работающим) в населенных пунктах, подвергшихся радиоактивному загрязнению вследствие аварии на Чернобыльской АЭС (в зоне проживания с правом на отселение), а также женщинам, проживающим в населенных пунктах, подвергшихся радиационному загрязнению вследствие аварии на производственном объединении «Маяк» и сбросов радиоактивных отходов в реку Теча, формируется листок нетрудоспособности по беременности и родам при сроке 27 недель беременности продолжительностью на 160 календарных дней (90 календарных дней до родов и 70 календарных дней после родов), при многоплодной беременности – на 200 календарных дней (90 календарных дней до родов и 110 календарных дней после родов).

64. При сроке беременности, установленном пунктами 57 и 63 настоящих Условий и порядка, наступившем в период временной нетрудоспособности женщины, нахождения женщины в ежегодном основном или дополнительном оплачиваемом отпуске, отпуске по уходу за ребенком до достижения возраста 3-х лет, формируется листок нетрудоспособности по беременности и родам на общих основаниях.

65. При усыновлении ребенка (детей) в возрасте до 3-х месяцев формируется листок нетрудоспособности со дня усыновления ребенка на период до 70 календарных дней (при одновременном усыновлении двух или более детей – до 110 календарных дней), исчисляемый с даты рождения ребенка.

66. При проведении женщине процедуры экстракорпорального оплодотворения листок нетрудоспособности формируется медицинской организацией в соответствии с лицензией на медицинскую деятельность, предусматривающую выполнение работ (оказание услуг) по акушерству и гинекологии (использованию вспомогательных репродуктивных технологий) и экспертизе временной нетрудоспособности, отдельно на каждый из периодов: овариальной стимуляции (в случае необходимости освобождения от работы); овариальной стимуляции и пункции фолликулов яичников; пункции фолликулов яичников; переноса (внутриматочном введении) эмбрионов.

При необходимости освобождения женщины от работы листок нетрудоспособности может формироваться на весь период с даты переноса (внутриматочном введении) эмбрионов до определения результата процедуры и время проезда к месту регистрации по месту жительства или по месту пребывания или временного проживания (по выбору женщины).

В случаях, когда медицинская организация, проводившая процедуру экстракорпорального оплодотворения, не имеет лицензии на выполнение работы (услуги) по экспертизе временной нетрудоспособности, на основании выписки из медицинской карты пациента, выданной медицинской организацией, проводившей процедуру экстракорпорального оплодотворения, листок нетрудоспособности формируется женщине медицинской организацией, имеющей лицензию на выполнение работы (услуги) по экспертизе временной нетрудоспособности.

### 1.3.2 ПЛАНОВАЯ СИТУАЦИЯ

Беременная 30 лет, поступила в роддом в 17 часов с жалобами на отхождение околоплодных вод 6 часов назад.

**Из анамнеза:** Беременность первая, доношенная. Во второй половине беременности АД повышалось до 140/90 – 130/80 мм.рт.ст. От госпитализации категорически отказывалась, о чем в индивидуальной карте беременности имеются записи.

**Объективно:** Состояние удовлетворительное. Рост = 165 см. Масса тела = 73 кг. АД = 160/90 – 152/95 мм рт.ст. Окружность живота = 97 см. Высота стояния дна матки = 34 см. Положение плода продольное, предлежание головное, сердцебиение = 148 уд в 1 мин. Размеры таза: 24-26-29-19 см. Регулярной родовой деятельности нет. Обильно подтекают воды, слегка окрашены меконием. Голени ног и передняя брюшная стенка отечны. Учитывая преждевременное излитие вод, начато родовозбуждение окситоцином, и гипотензивная терапия. В 23 часа родовозбуждение закончено. Схватки через 45 мин., по 15-20 сек., слабой силы. Головка прижата к входу в малый таз. Сердцебиение плода = 160-170 уд в 1 мин., аритмичное. Подтекают воды, окрашенные меконием. Через 20 мин. сердцебиение плода исчезло.

**Влагалищное исследование:** шейка матки сглажена, открытие = 6 см, плодного пузыря нет, стреловидный шов в левом косом размере, малый родничок справа сзади.

**Результаты стационарного исследования:**

**Группа крови:** В (III) Rh – отрицательная, без титра антител.

**ОАК:** Эритроц. =  $2,5 \times 10^{12}/л$ , НЬ = 100 г/л, ЦП = 0,8; Лейкоциты =  $10,4 \times 10^9/л$ : э = 1%, п/я = 6%, с/я = 68%; Лимф. = 20%, Мон. = 5%. Тромб. =  $185 \times 10^9/л$ . СОЭ = 40 мм/час.

**ОАМ:** Цвет – соломенно-желтый, удельная плотность = 1013, реакция – кислая, белок = 0,3 г/л, глюкоза – отр., эпителий плоский = 2-4 в п/зр., лейкоц. = до 14 в п/зр., эритроц. – ед. в п/зр.

**УЗИ (при поступлении):** Беременность одним живым плодом. Плацента по задней стенке, 3 степени зрелости. Компенсированная плацентарная недостаточность. По фетометрии – задержка развития плода.

**КТГ (при поступлении):** 5 баллов.

**Анализ влагалищного мазка:** Плоский эпителий – незначительное количество, лейкоциты = 20 в п/зр., флора – кокки обильно, гонококки – отр., трихомонады – отр.

**Задание (вопросы):**

1. Сформулируйте диагноз основного и сопутствующего заболеваний, обосновав его сведениями, имеющимися в условии задачи.
2. Обоснуйте необходимость дополнительных лабораторных и/или инструментальных исследований для верификации диагноза, дифференциальной диагностики и коррекции «стартовой» терапии.
3. Определите тактику ведения данной пациентки.
4. Дайте определение предгравидарной подготовки и расскажите, что она включает.

**ПРИМЕР РЕКОМЕНДУЕМОГО СОДЕРЖАНИЯ ОТВЕТА:**

1. **Диагноз заболевания и его обоснование:** Первый период срочных родов. Преждевременное отхождение околоплодных вод. Задний вид затылочного предлежания. Общеравномерно суженный таз I степени. Умеренная преэклампсия. Родовозбуждение окситоцином. Хроническая плацентарная недостаточность. Внутриутробная задержка развития плода. Прогрессирующая гипоксия плода. Интранатальная гибель плода. Анемия I степени. Резус- отрицательная кровь без титра антител.

**Обоснование:**

- О доношенности беременности можно судить по ВДМ и ОЖ, данных для более точно определения срока беременности в задаче нет.



- Отхождение вод до начала родовой деятельности является преждевременным.

- При влагалищном исследовании расположение стреловидного шва – в левом косом положении, а малого родничка справа и кзади – задний вид, который является условно патологическим.

- Умеренная преэклампсия – на основании увеличения АД, протеинурии; для определения степени тяжести гестоза необходимы данные об локализации отеков, уровне АД и протеинурии, а также – о сроке беременности в котором развился гестоз, состоянии плода и наличии экстрагенитальной патологии; в данном случае есть данные только по локализации отеков, уровню АД и белка в моче, о наличии гипотрофии плода, что соответствует умеренной преэклампсии

- Анатомически узкий таз – равномерное уменьшение всех размеров свидетельствует о наличии общеравномерносуженного таза 1 степени (по величине истинной конъюгаты, равной 10 см)

- Плацентарная недостаточность, задержка развития плода – по данным УЗИ

- Наличие мекония при головном предлежании определяет гипоксию плода, а данные КТГ указывают на выраженную степень (5 баллов). На тяжесть состояние плода указывают задержка развития плода и плацентарная недостаточность (по данным УЗИ).

- Отсутствие сердцебиения плода свидетельствует о его внутриутробной (а именно – интранатальной, то есть в родах) гибели.

- Анемия 1 степени – уровень гемоглобина 103 г/л.

Исходя из условия задачи и диагноза, оправдана госпитализация пациентки в родильный дом. При интранатальной гибели плода роды предпочтительно заканчивать через естественные родовые пути, тем более у Rh(-) женщины с анемией. Продолжать стимуляцию родовой деятельности, лечение преэклампсии, эпидуральная анестезия.

**2. Для верификации диагноза и проведения диф. диагностики необходимо:** оценить состояние плода до родовозбуждения. Провести «нестрессовый» тест – КТГ, а также доплерометрию материнской и плодовой гемодинамики. Определить готовность родовых путей к родам – шеечный тест «зрелости шейки матки»

**3. Если данные методы не выявили противопоказаний –** проводить родовозбуждение под мониторным контролем состояния плода и характером родовой деятельности. Даже при отсутствии дополнительных методов исследования, роды у беременной 30 лет с наличием

преждевременного отхождения околоплодных вод, хронической гипоксией плода, задержкой развития, узким тазом и умеренной преэклампсией необходимо было завершать оперативным путем – посредством операции кесарева сечения, а не проводить родовозбуждение окситоцином, усиливающим внутриутробное страдание плода. Показано обследование терапевтом, гистоморфологическое исследование плода и плаценты.

**4. Ответ на вопрос ОЗЗО: Дайте определение предгравидарной подготовки и расскажите, что она включает.**

В соответствии с Клиническим протоколом Междисциплинарной ассоциации специалистов репродуктивной медицины (МАРС) по прегравидарной подготовке, *прегравидарная подготовка* (ПП; от лат. *gravida* – беременная, *pre* – предшествующий) – комплекс диагностических, профилактических и лечебных мероприятий, направленных на подготовку пары к успешному зачатию, нормальному течению беременности и рождению здорового ребёнка, на оценку имеющихся факторов риска и устранение/ уменьшение их влияния.

Пропаганда планирования беременности и подготовки к ней – обязанность каждого медработника, направленная на реализацию прав на охрану здоровья и медицинскую помощь, государственную поддержку семьи, материнства и детства.

Адекватная ПП позволяет значительно снизить риски для жизни и здоровья конкретной беременной/роженицы/родильницы и плода/ребёнка.

Промежуток времени между рождением ребёнка и наступлением следующей беременности должен составлять не менее 2 лет.

Акушеру-гинекологу и акушерке ФАП необходимо активно выяснять намерения женщины репродуктивного возраста в отношении деторождения. Цель прегравидарного консультирования – мотивировать пару на осознанную подготовку к будущей беременности, отказ от вредных привычек и модификацию образа жизни.

Рекомендуется наиболее полно собирать анамнез, выявлять факторы риска: перенесенные хронические заболевания, в т.ч. инфекционные, ИППП, операции, травмы, тромбозы, наследственные заболевания, контроль ИМТ и АД, вредных привычек.

Рекомендуется следующие лабораторные исследования:

– Микроскопия мазка, окрашенного по Граму.

– ПЦР-тест (качественный) для определения *Chlamydia trachomatis*, *Neisseria gonorrhoeae*, *Trichomonas vaginalis*, *Mycoplasma genitalium*.

– Цитологическое исследование мазков с области экзоцервикса и из цервикального канала.

– ВПЧ-тест (в возрасте 30 лет и старше).

Возможна комплексная оценка микробиоценоза влагалища с помощью ПЦР-тестов.

– Общий анализ мочи.

– Определение уровня глюкозы в плазме венозной крови (норма для небеременных до 6,1 ммоль/л) или капиллярной крови (норма до 5,6 ммоль/л).

– Клинический анализ крови:

– количество эритроцитов (RBC, норма 3,5–5,1x10<sup>12</sup>/л);

– концентрация гемоглобина (Hb, норма для небеременных 120–155 г/л);

– среднее содержание гемоглобина в эритроците (MCH, норма 27–34 пг);

– средний объём эритроцита (MCV, норма 79–100 фл);

– распределение эритроцитов по объёму (показатель анизоцитоза, RDW, норма 11,6–14,8%);

– количество тромбоцитов и лейкоцитов (нормы 150–400x10<sup>9</sup>/л и 4–11x10<sup>9</sup>/л соответственно).

– Определение группы крови и резус-фактора (при отрицательном резус-факторе женщины необходимо уточнить резус-принадлежность партнёра).

– Определение сывороточных антител к бледной трепонеме, антигенов и антител ВИЧ 1 и 2, выявление HBsAg, анти-HCV.

– Определение концентрации ТТГ.

Рекомендовано направить женщину на инструментальные обследования:

– УЗИ органов малого таза и молочных желёз,

Консультации:

– терапевта и стоматолога, мужчин – на консультацию уролога.

Необходимо:

– при подозрении на наркотическую зависимость, хронический алкоголизм рекомендовать консультацию нарколога;

– при употреблении алкоголя при отсутствии хронического алкоголизма провести мотивационное интервью (см. Приложение №2 на сайте [www.mars-gergo.ru](http://www.mars-gergo.ru));

– при курении провести консультирование по методике «5А» (см. Приложение №3 на сайте [www.mars-gergo.ru](http://www.mars-gergo.ru)).

Избыточное употребление пива оказывает неблагоприятное действие на мужскую фертильность (за счёт эстрогеноподобных соединений дайдзеина и генистеина).

Вакцинацию проводят:

– против дифтерии и столбняка – каждые 10 лет от момента последней ревакцинации;

– против вирусного гепатита В – не привитых ранее;

– против краснухи – женщин до 25 лет включительно, не болевших, не привитых, привитых однократно или не имеющих сведений о прививке;

– против кори – женщин до 35 лет включительно, не болевших, не привитых, привитых однократно и не имеющих сведений о прививках, а в возрасте 36 лет и старше – если они относятся к группе риска, не болели, не привиты, привиты однократно или не имеют сведений о прививках.

Дотация витаминов и микроэлементов:

Необходимо назначать препараты фолиевой кислоты женщине на протяжении 3 мес до зачатия и I триместра беременности, а также рекомендовать их приём мужчине.

Если в течение последнего года пациентке не обследовали обмен железа, она не принимала препараты железа в дозах, рекомендованных ВОЗ, ей необходимо назначить 30–60 мг элементарного железа в день в течение 3 мес до зачатия.

В регионах, эндемичных по дефициту йода, в течение 3 мес до зачатия рекомендовано назначать препараты йода (женщинам – в дозе 150 мкг/сут, мужчинам – 100 мкг/сут).

Условно здоровым женщинам, которым не показано рутинное определение уровня 25(OH)D в сыворотке крови (при ИМТ менее 30 кг/м<sup>2</sup>, отсутствии в анамнезе указаний на ПЭ, ГСД и невынашивание беременности), рекомендован приём витамина D в профилактической дозе 800–2000 МЕ/сут.

Женщине, планирующей беременность, рекомендовано включать в рацион жирную рыбу (1 раз в неделю) либо принимать препараты с ПНЖК.

### 1.3.3 ПЛАНОВАЯ СИТУАЦИЯ

Женщина 32 лет обратилась к гинекологу женской консультации с жалобами на отсутствие беременности в течение 4 лет при регулярной половой жизни без предохранения, потливость, слабость, периодически – боли внизу живота ноющего характера и повышение температуры тела до 37,5°C.

**Из анамнеза:** в детстве перенесла корь, краснуху, воспаление легких, частые ангины; в 14 лет – аппендэктомия, в 18 лет – тонзилэктомия. Имела контакт с туберкулезом на работе. Менструации с 14 лет. Менструальный цикл установился сразу через 30 дней по 4-5 дней, обильно, умеренно болезненно. За последние 5 лет цикл изменился: задержки менструального цикла до 10-21 дня, менструация резко болезненная. Половая жизнь с 22 лет. Предохранение – по циклу, презервативы, прерванный половой акт. Беременностей не было. Ранее перенесенные гинекологические заболевания отрицает.

**Объективно:** Состояние удовлетворительное. Рост = 170 см. Вес = 55 кг. Ps = 88 уд. в 1 мин. АД = 110/70 – 100/60 мм рт. ст. Кожа и видимые слизистые бледные.

**Влагалищное исследование:** наружные половые органы сформированы правильно, оволосение по женскому типу; слизистая влагалища и шейки матки бледно-розовая, тонкая. Выделения умеренные, слизистого характера, желтоватые. Шейка матки эластичной консистенции, субконическая, цервикальный канал – зев точечный; тело матки меньше нормы, грушевидной формы, ограничено подвижное, в retroflexio. В области придатков с обеих сторон определяются уплотненные узловые участки, яичники диаметром до 3,5-4 см, плотной консистенции, возникает болезненность при пальпации и их смещении; своды глубокие.

#### **Результаты амбулаторного обследования:**

**Группа крови:** В(III), Rh – положительная.

**ОАК:** Эритро. =  $3,3 \cdot 10^{12}/л$ , НЬ = 120 г/л, Лейкоциты =  $8,5 \cdot 10^9/л$ : э = 1%, п/я = 4%, с/я = 74%; Лимф. = 17%, Мон. = 4%. Тромб. =  $200 \cdot 10^9/л$ , СОЭ = 11 мм/час.

**ОАМ:** Цвет – соломенно-желтый, удельная плотность = 1010, реакция – слабо кислая, белок – отр., глюкоза – отр., эпителий плоский = 2-3 в п/зр, лейкоциты = 1-2 в п/зр.

**Биохимическое исследование крови:** Глюкоза = 4,5 ммоль/л. Билирубин общий = 14,0 мкмоль/л. Общий белок = 65 г/л.

**Анализ влагалищного мазка:** Плоский эпителий = сплошь. Лейкоциты = 25-30 в п/зр. Флора – кокки. Трихомонады, гонококки – не обнаружены.

**Гистеросальпингография:** Полость матки правильной формы, обе трубы непроходимы и имеют четкообразный вид.

### Задание (вопросы):

**1. Сформулируйте диагноз основного и сопутствующего заболеваний, обосновав его сведениями, имеющимися в условии задачи.**

**2. Назначьте «стартовую» терапию (этиотропную, патогенетическую и синдромно-симптоматическую).**

**3. Обоснуйте необходимость дополнительных лабораторных и/или инструментальных исследований для верификации диагноза, проведения дифференциальной диагностики и возможной коррекции «стартовой» терапии.**

**4. Охарактеризуйте современную медико-социальную значимость проблемы репродуктивного здоровья населения РФ.**

### ПРИМЕР РЕКОМЕНДУЕМОГО СОДЕРЖАНИЯ ОТВЕТА:

**1. Диагноз заболевания и его обоснование:** Первичное бесплодие трубного происхождения. Гипоменструальный синдром. Вторичная дисменорея. Туберкулез внутренних половых органов.

*Обоснование диагноза:*

- Отсутствие наступления беременности в браке без использования методов контрацепции и регулярной половой жизни в течение года, является первичным бесплодием.

- Задержки менструации до 3 недель – олигоменорея.

- Вторичная дисменорея – появление болезненности менструации через длительный промежуток после менархе.

- Подозрение на туберкулез полового тракта возникает при наличии: субфебрильной температуры, потливости и слабости, контакта с больным туберкулезом; вторичной дисменореи, данных влагалищного исследования, с описанными изменениями, без наличия гинекологических (воспалительных) заболеваний в анамнезе; показаниях ОАК и гистеросальпингографии, при которой – обе трубы непроходимы и имеют четкообразный вид.

**2. Лечебные мероприятия, исходя из условия задачи и диагноза, должны включать:**

- специфическая противотуберкулезная терапия;
- восстановление репродуктивной функции после специфической терапии (восстановление гормонального фона, подготовка эндометрия перед проведением ЭКО).

**3.** Для верификации диагноза основного заболевания и проведения диф. диагностики необходимо выполнить следующие исследования:

- направление больной на консультацию к фтизиогинекологу (или госпитализация больной во фтизиатрический стационар для выполнения необходимых уточняющих исследований и определения оптимального объема лекарственной терапии).

- пробы Манту и Коха.
- бактериологическое исследование аспирата из полости матки;
- биопсия эндометрия с гистологическим исследованием;
- рентгенография грудной клетки;
- обследование супруга (исключение туберкулеза, оценка характера спермы).

**4.** Ответ на вопрос ОЗЗО: по аналогии с ответами в ситуационных задачах по терапии и хирургии.

Охрана здоровья женского населения как ключевого фактора, обеспечивающего состояние будущего поколения, является наиважнейшей задачей любого государства.

В России социально-экономический кризис явился причиной целого ряда проблем в охране здоровья женщин и детей. С 1988 года в стране появилась тенденция ежегодного значительного снижения рождаемости, а затем (в 1992 г.) впервые за послевоенные годы число умерших превысило число родившихся. 90-е годы XX столетия войдут в российскую историю как период, отмеченный небывалым по масштабам и разрушительным последствиям демографическим кризисом, который на 51-й ежегодной сессии ВОЗ был охарактеризован как «беспрецедентный для мирного времени». Это состояние (феномен) получило название «РУССКИЙ КРЕСТ».

Репродуктивное здоровье – отсутствие заболеваний репродуктивной системы или нарушений репродуктивной функции при возможности осуществления процессов репродукции при полном физическом, психическом и социальном благополучии. Репродуктивное здоровье членов семьи зависит от уровня соматического здоровья супругов и их физического развития, отягощенности репродуктивного анамнеза супругов (гинекологические и урологические заболевания), степени вну-

трисемейной конфликтности по отношению к деторождению, методам контрацепции и артифицированным абортам.

К факторам риска формирования патологии репродуктивной системы относятся: неблагоприятная наследственность; социальные факторы; соматические заболевания; острый и хронический стресс; врожденные и приобретенные заболевания гениталий; патология полового созревания; острые и хронические инфекции; нерациональное питание; осложнения беременности и родов.

Из социальных факторов, оказывающих неблагоприятное влияние на репродуктивное здоровье населения (женщин) в России, наибольшее значение имеют: социальная напряженность, нестабильность, дезадаптация, плохие материально-бытовые условия; отсутствие нравственных устоев в обществе, трансформирование репродуктивного поведения подростков; рост заболеваний, передаваемых половым путем; вредные привычки (алкоголь, наркомания, курение); беременность вне брака; высокий уровень абортот.

Качественные показатели оценки состояния здоровья женщины (в т.ч. и репродуктивного) включают: рождаемость, смертность, естественный прирост населения; материнская смертность; частота экстрагенитальной патологии во время беременности; характер гестационных осложнений (невынашивание, гестозы) и осложнений родового акта (кровотечения, оперативные вмешательства, гнойно-воспалительные заболевания); уровень охвата женщин фертильного возраста современными методами контрацепции; число абортот на 1000 женщин фертильного возраста; частота бесплодия в браке; перинатальная и младенческая смертность.

Следует признать, что проблема репродукции в России вызывает обоснованную тревогу специалистов. Статистика показывает, что почти во всех регионах России не происходит даже простого воспроизводства населения. Каждые 5 лет на 20% снижается количество женщин, способных родить ребенка. У женщин репродуктивного возраста в последние годы увеличилась доля заболеваний с хроническим рецидивирующим течением соматических заболеваний, возросло число лиц с заболеванием нервной системы, мочеполовых органов, злокачественными новообразованиями. Отмечен рост числа психических заболеваний, алкоголизма, наркомании. За последние 5 лет выросли показатели гинекологической заболеваемости на 100 000 женского населения в РФ; эндометриозом – на 46,0%, воспалительными за-



болеваньями – на 30,5%, женским бесплодием – на 3,2%. В России зарегистрирован «взрывной» рост заболеваемости инфекциями, передаваемыми половым путем, которые могут привести как к бесплодию, так и к увеличению осложнений во время беременности и родов. В результате нормальные роды составляет лишь 22,2%; (в 2003 г.). Это влечет за собой развитие неблагоприятных исходов для новорожденных: отмечается высокий процент недоношенных и незрелых детей, сохраняется высокий показатель перинатальной смертности (11,4%; в 2003 г.).

Сохранение и восстановление репродуктивного потенциала требует решения на государственном уровне разнообразных экономических, демографических и правовых вопросов. С государственных позиций эта проблема является важнейшей и неотложной задачей практической медицины.

Правительством РФ разработана «Концепция охраны репродуктивного здоровья населения России», среди главных задач которой – обеспечение государственной политики по его охране, внедрение новых медицинских технологий, повышение квалификации специалистов. Очевидно, что на современном этапе в РФ проблема репродуктивного здоровья женщин фертильного возраста и в целом репродукции, является одной из наиболее острых для здравоохранения.

Для достижения цели и задач Концепции с медицинских позиций целесообразно реализовать в РФ критерии идеальной репродуктивной установки:

- Тип создания семьи – в браке;
- Исход первой беременности – роды;
- Время рождения первого ребенка – до 2 лет брака;
- Характер воспроизводства – 3 детей;
- Интергенетический интервал – 2-4 года.

Анализ сложившейся демографической ситуации позволяет сформулировать следующие проблемы, касающиеся медицинской науки и практики. В условиях возрастающей урбанизации, психоэмоциональных нагрузок и хронического стресса ключ к сохранению репродуктивного здоровья и снижению репродуктивных потерь – в единстве решения медикобиологических и социально-экономических проблем.

Приоритет следует отдавать беременности, антенатальному периоду жизни, детства и полового созревания женщины, сохранению здоровья основной репродуктивной цепочки: «мать-дочь-мать».

Перспективы разрешения многих медицинских аспектов репродуктивного здоровья женщин на современном этапе определяются интегральными научными исследованиями акушеров-гинекологов совместно с генетиками, иммунологами, фармакологами и другими специалистами. С ними непосредственно связано сохранение здоровья женщин, снижение материнской и младенческой заболеваемости и смертности.

Решающим фактором предупреждения многих заболеваний репродуктивной системы женщин является профилактическое направление, так как их истоки в большинстве случаев закладываются ещё во внутриутробном периоде и в детстве. Теоретической основой сохранения здоровья женщины должна являться санология – наука о здоровье здоровых, его охране и укреплении, отношении к здоровью как к личному и общественному богатству и важному экономическому потенциалу общества.

Требуется дальнейшая разработка и совершенствование медицинских технологий (методов вспомогательной репродуктивной технологии, предимплантационной и пренатальной диагностики, модификация эндоскопических операций) на основе фундаментальных исследований в области репродукции и внедрение новой медицинской техники в практическое здравоохранение.

Решение медицинских аспектов, однако, возможно осуществить лишь при условии, что последние достижения медицинской науки станут доступны не избранному, а большинству врачей и пациентов.

### 1.3.4 ПЛАНОВАЯ СИТУАЦИЯ

Женщина 43 лет обратилась в женскую консультацию с жалобами на появления кровянистых выделений из влагалища после коитуса.

**Из анамнеза:** Менструация с 13 лет, регулярно, через 28 дней по 6 дней, умеренно, слегка болезненно в первый день. Всего было 5 беременностей: 2 из них закончились срочными родами, 3 медицинскими абортами (2 из которых без осложнений, а последний осложнился кровотечением, по поводу чего произведено повторное выскабливание). Последний раз была на осмотре у гинеколога 6 лет назад. Гинекологические заболевания отрицает.

**Объективно:** Состояние удовлетворительное. Кожные покровы и видимые слизистые без особенностей. Ps = 78 уд. в 1 мин.

АД = 120/70 мм рт.ст. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Со стороны других органов и систем патологии не выявлено.

**Влагалищный осмотр:** влагалище рожавшей женщины. Шейка матки гипертрофирована. На передней губе имеется мелкобугристая опухоль в виде «цветной капусты» размерами 2\*1 см, кровоточащая при дотрагивании. Наружные половые органы развиты правильно. Шейка матки гипертрофирована, плотная, подвижная. Тело матки обычных размеров, область придатков свободна.

**Ректальное исследование:** надвлагалищная часть шейки матки несколько уплотнена, но не увеличена. В малом тазу опухолевые образования и инфильтраты не определяются.

**Результаты амбулаторного обследования:**

**Группа крови:** 0 (I), Rh-положительная.

**ОАК:** Эритро. =  $3,8 \cdot 10^{12}/л$ , Hb = 120 г/л, ЦП = 1,0. Лейкоциты =  $8,0 \cdot 10^9/л$ : э = 2%, п/я = 4%, с/я = 67%; Лимф. = 22%, Мон. = 4%. Тромб. =  $180 \cdot 10^9/л$ . СОЭ = 18 мм/час.

**ОАМ:** Цвет – соломенно-желтый, удельная плотность = 1015, реакция – кислая, белок – отр., глюкоза – отр., эпителий плоский – единичный., лейкоциты = 6-8 п/зр.

**Гистологическое исследование биоптата шейки матки:** Клетки железистой ткани, крупные, с гиперхромными ядрами. Контуры этих ядер неправильные.

**Анализ влагалищного мазка:** Плоский эпителий = сплошь. Лейкоциты = 45-60 в п/зр. Флора – кокки, в умеренном количестве. Трихомонады, гонококки не обнаружены.

**Задание (вопросы):**

1. Сформулируйте диагноз основного и сопутствующего заболеваний, обосновав его сведениями, имеющимися в условии задачи.

2. Назначьте «стартовую» терапию (этиотропную, патогенетическую и синдромно-симптоматическую).

3. Обоснуйте необходимость дополнительных лабораторных и/или инструментальных исследований для верификации диагноза, проведения дифференциальной диагностики и возможной коррекции «стартовой» терапии.

4. Охарактеризуйте медико-социальную значимость онкологических заболеваний, факторы риска, роль диспансеризации, профилактики.

ПРИМЕР РЕКОМЕНДУЕМОГО СОДЕРЖАНИЯ ОТВЕТА:

**1. Диагноз заболевания и его обоснование:** Рак шейки матки.

*Обоснование нозологической формы:*

- Специфический вид разрастаний на шейке матки в виде «цветной капусты», кровоточивость при прикосновении; характерные изменения эпителия при гистологическом исследовании.

Исходя из условия задачи и диагноза, тактически оправдана госпитализация в онкогинекологическое отделение для проведения оперативного лечения.

**2. Лечебные мероприятия должны включать:** оперативное лечение – экстирпация матки с придатками и лимфоузлами малого таза (операция Верт-гейма), поскольку отсутствие изменений со стороны матки и придатков предполагает первую стадию распространения процесса, при которой показано данное оперативное вмешательство или радиотерапия.

**3. Для верификации диагноза основного заболевания и проведения диф. диагностики необходимо выполнить следующие исследования:**

- Направление больной на консультацию к онкологу.
- Лимфография, послеоперационное гистологическое исследование матки и лимфатических узлов.
- Гистологическое исследование послеоперационного материала определит дальнейшую тактику ведения пациентки.

**4. Ответ на вопрос ОЗЗО:**

В структуре заболеваемости злокачественными новообразованиями женского населения России в 2021 г. лидирующее 1 место занимает рак молочной железы 22,1%, 3 место занимает рак тела матки 8,1%, а на 5 – рак шейки матки 4,9%.

Рак шейки матки (РШМ) – рак видимой локализации, это обстоятельство позволяет заподозрить его еще на самых ранних стадиях и предотвратить неблагоприятных исход.

*Выделяют следующие факторы риска развития РШМ:*

- Вирус папилломы человека (ВПЧ). Наиболее существенным фактором риска для рака шейки матки является заражение вирусом папилломы человека. Этот вирус передается от одного человека другому при половом контакте. Факторами, увеличивающими риск заражения вирусом папилломы человека, могут быть раннее начало половой жизни, половые контакты с большим количеством партнёров (или поло-

вые контакты с мужчиной, у которого было много партнёров), а также половой контакт с мужчиной, имеющим бородавки на половом члене.

- Ослабленный иммунитет. У женщин с ослабленным иммунитетом риск развития рака шейки матки выше. Сниженный иммунитет может быть следствием подавления иммунитета кортикостероидными препаратами, следствием трансплантации почек, лечения других видов рака или может быть обусловлен вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ), вызывающим синдром приобретенного иммунодефицита (СПИД). Иммунная система женщины, заражённой ВИЧ, менее способна предотвратить начинающийся рак.

- Герпес. У женщин с генитальным герпесом риск развития рака шейки матки выше.

- Курение. Вероятность заболеть раком шейки матки у курящих женщин примерно в два раза выше, чем у не курящих.

- Возраст. Рак шейки матки редко развивается у девочек младше 15 лет. Риск увеличивается в возрасте от 16-17 лет до 35. Женщины после сорока лет остаются в группе риска и должны продолжать проходить регулярные проверки (мазок Папаниколау).

- Расовая принадлежность. Раком шейки матки чаще болеют чернокожие и индейские женщины, а также латиноамериканки.

*В качестве профилактики:*

Повышение осведомленности населения, обеспечение доступа к информации и услугам являются ключевыми факторами профилактики и контроля инфекции на протяжении всей жизни.

- Вакцинация в возрасте 9–14 лет – высокоэффективный способ предотвратить заражение ВПЧ, рак шейки матки и другие онкологические заболевания, связанные с ВПЧ.

- Прохождение онкоскрининга в рамках диспансеризации – мазок на онкоцитологию с 18 до 65 лет 1 раз в 3 года.

- Рак шейки матки можно вылечить в любом возрасте, если при появлении симптомов или опасений диагностировать его на ранней стадии и незамедлительно начать качественное лечение.

*Рекомендуется следующий алгоритм наблюдения за пациентками:*

- физикальное обследование, в том числе гинекологический осмотр, каждые 3 мес в течение первых 2 лет, каждые 6 месяцев в течение 3-го и 4-го года, затем – ежегодно;

- цитологическое исследование мазков со слизистой оболочки культи влагалища каждые 3 месяца в течение первых 2 лет, каждые

6 месяцев в течение 3-го и 4-го года, затем – ежегодно. В случае позрения на рецидив рекомендована биопсия с гистологическим исследованием;

- УЗИ органов брюшной полости, малого таза и забрюшинного пространства и определение уровня SCC при плоскоклеточном раке каждые 3 месяца в течение первых 2 лет, каждые 6 месяцев в течение 3-го и 4-го года, затем – ежегодно;
- рентгенография органов грудной клетки ежегодно;
- КТ/МРТ по показаниям.

### 1.3.5 ПЛАНОВАЯ СИТУАЦИЯ

Женщина 27 лет обратилась в женскую консультацию с жалобами на ноющие боли внизу живота, постоянного характера с иррадиацией в крестец. Повышение температуры по вечерам до 37,6°C.

**Из анамнеза:** последняя менструация в срок, более обильная, протекала болезненно, с повышением температуры до 37,3°C. Протекали продолжительнее на 3 дня. ВМС 3 года. Перед месячными случайная половая связь.

**Объективно:** Состояние удовлетворительное, сознание ясное, положение активное. Кожа и видимые слизистые физиологической окраски. Отеков нет. Рост 176 см, вес 80 кг. Температура=36,9С. Дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧД = 16 в 1 мин. Тоны сердца ясные, ритмичные. ЧСС = 76 в 1 мин. АД = 120/80 мм рт.ст. Язык обложен белым налетом, суховат. Живот мягкий, умеренно болезненный в нижних отделах. Симптомов раздражения брюшины нет. Печень и селезенка не пальпируются. Размеры печени и селезенки по Курлову: 10 x 9,5 x 8 см и 6 x 4 см соответственно. Поколачивание в проекции почек безболезненно. Диурез и стул в норме.

**Влагалищный осмотр:** слизистая влагалища умеренно гиперемирована, отечна, видны усики ВМС. Выделения кровянисто-гнойные, скудные. Нависания сводов нет. Влагалище рожавшей женщины, шейка матки цилиндрической формы, движения умеренно болезненные, матка в anteflexio, увеличена до 5-6 нед. срока беременности, мягковатой консистенции, умеренно болезненная при пальпации и смещении. Придатки определяются, безболезненны.

**Результаты амбулаторного обследования:**

**Группа крови:** 0(1), Rh-положительная.

**ОАК:** Эритроц. =  $3,8 \cdot 10^{12}$ /л, Hb = 120 г/л, ЦП = 1,0, Лейкоциты =  $11,0 \cdot 10^9$ /л: (э = 2%, п/я = 6%, с/я = 67%; Лимф. = 22%, Мон. = 3%), Тромб. =  $180 \cdot 10^9$ /л. СОЭ = 18 мм/час.

**ОАМ:** Цвет – соломенно-желтый, удельная плотность = 1015, реакция – кислая, белок – отр., глюкоза – отр., эпителий плоский – единичный., лейкоциты = 10-12 в п/зр.

**Биохимическое исследование крови:** глюкоза = 4,0 ммоль/л, билирубин общ. = 16 мкмоль/л, общий холестерин = 5,1 ммоль/л, общий белок = 72 г/л, креатинин = 98,8 мкмоль/л, АСТ/АЛТ = 32/27 МЕ.

**Анализ влагалищного мазка:** Плоский эпителий = сплошь. Лейкоциты = 45-60 в п/зр. Флора – кокки, в умеренном количестве. Трихомонады обнаружены. Диплококки – внеклеточно.

**ЭКГ:** Ритм синусовый, 85 в 1 мин. RII >RI >RIII, RV2=SV2, угол  $\alpha = 45^\circ$ . Очаговых изменений не выявлено.

**Флюорография органов грудной клетки:** Корни легких структурны, очаговых и инфильтративных теней не выявлено. Синусы свободны.

#### Задание (вопросы):

1. Сформулируйте диагноз основного и сопутствующего заболеваний, обосновав его сведениями, имеющимися в условии задачи.

2. Обоснуйте необходимость дополнительных лабораторных и/или инструментальных исследований для верификации диагноза, проведения дифференциальной диагностики и возможной коррекции «стартовой» терапии.

3. Назначьте «стартовую» терапию (этиотропную, патогенетическую и синдромно-симптоматическую).

4. Охарактеризуйте задачи, организацию работы женской консультации, основную учетную документацию.

#### ПРИМЕР РЕКОМЕНДУЕМОГО СОДЕРЖАНИЯ ОТВЕТА:

1. *Диагноз заболевания и его обоснование:* Острый эндометрит. Смешанная гонорейно-трихомонадная инфекция. ВМС.

*Обоснование нозологической формы:*

- боли постоянного характера с иррадиацией в крестец, повышенные температуры тела; кровянисто-гнойные выделения из цервикального канала, увеличенная, болезненная матка.

- возникновение заболевания после случайной половой связи перед очередной менструацией.

• в крови лейкоцитоз, сдвиг формулы влево, повышение СОЭ; в анализе влагалищного мазка – лейкоциты, трихомонады и, внутриклеточно, диплококки.

**2.** Для верификации диагноза основного заболевания и проведения диф. диагностики необходимо выполнить следующие исследования:

• направление больной на консультацию к дерматовенерологу, постановка больной на учет и снятие с учета после трехкратного (в течение 3-х менструальных циклов) отрицательного результата исследования гонококков в отделяемом из цервикального канала и уретры, бакпосев из цервикального канала,

• мазок из влагалища и цервикального канала, окрашенный по Грамму,

• ПЦР для исключения других ИППП,

• RW, ВИЧ,

• выявление и обследование половых партнеров, уточнение сроков заражения (до 2 месяцев – свежая, острая – до 2 недель, подострая – более 2 недель, торпидная – без выраженной клинической симптоматики).

**3.** Исходя из условия задачи и диагноза, лечебные мероприятия должны включать:

• стационарное лечение с использованием антибиотиков широкого спектра действия (цефтриаксон внутримышечно или внутривенно 1,0-2,0

• доза подбирается в зависимости от состояния 1-2 раза в день, 7-10 дней; метрогил, 100 мл внутривенно капельно, 3 раза в сутки, 3 дня, в дальнейшем перевод на прием таблеток метронидазола 0,5-2 раза в день);

• дезинтоксикационная терапия (солевые растворы, объем – от тяжести состояния);

• удаление ВМС;

• спазмолитики – папаверин, 2,0 мл 2раза в день внутримышечно 5-7 дней;

• ненаркотические анальгетики – анальгин 2,0 мл 2 раза в день внутримышечно 5-7 дней;

• местно во влагалище – ванночки-обработка влагалища и шейки перекисью водорода 3% или раствором хлоргексидина, свечи – гексикон или клион Д №10, противогрибковые препараты – микосист 150 мг;

• физиотерапия (в зависимости от наличия кровотечения – ЭФ на область органов малого таза с  $\text{CuSO}_4$  или с  $\text{CaCl}_2$ ).



4. *Ответ на вопрос ОЗЗО:* Охарактеризуйте задачи, организацию работы женской консультации, основную учетную документацию.

Женская консультация – это амбулаторно-поликлиническое учреждение диспансерного типа, в работе которого наиболее полно отражается основной принцип современного здравоохранения – единство профилактики и лечения.

Задачи:

- осуществление лечебно-профилактических мероприятий, направленных на предупреждение осложнений беременности, родов, послеродовых и гинекологических заболеваний, проведение перинатальной охраны плода;

- организация динамического наблюдения беременных женщин с целью предупреждения осложнений беременности, родов и послеродового периода;

- организация и проведение диспансерного наблюдения женщин с гинекологической патологией;

- консультирование и оказание услуг по планированию семьи (проведение работы по контрацепции для предупреждения непланируемой беременности и др.);

- внедрение в практику современных методов диагностики, профилактики и лечения акушерской и гинекологической патологии;

- обеспечение женщин социально-правовой защитой в соответствии с законодательством об охране материнства и детства;

- проведение гигиенического воспитания, формирование здорового образа жизни и здоровьесберегающего поведения населения;

- обеспечение преемственности в обследовании и лечении беременных женщин, родильниц и гинекологических больных с медицинскими учреждениями, оказывающие специализированную помощь данной категории пациентов (МГЦ, родильный дом (отделение), взрослая и детская поликлиники, станция (отделение) скорой и неотложной медицинской помощи, противотуберкулезный, кожно-венерологический, онкологический диспансеры и пр.).

Структура женской консультации:

- регистратура;

- кабинеты участковых акушеров-гинекологов;

- кабинет по планированию семьи;

- кабинет психопрофилактической подготовки к родам;

- физиотерапевтический кабинет;
  - манипуляционная;
  - кабинеты для приема терапевта, онкогинеколога, стоматолога;
  - социально-правовой кабинет;
  - комната «молодой матери»;
  - операционная для проведения амбулаторных операций;
  - клиничко-диагностическая лаборатория;
  - диагностические кабинеты;
  - кабинеты для административно-хозяйственных нужд.
- Образцы форм учетной медицинской документации
- Статистический талон для регистрации заключительных (уточненных) диагнозов 025-2у
  - Медицинская карта амбулаторного больного 025/у
  - Контрольная карта диспансерного наблюдения 030/у
  - Журнал записей родовспоможения на дому 032/у
  - Книга записей заключений ВКК 035/у
  - Книга регистрации листков нетрудоспособности 036/у
  - Дневник работы врача поликлиники (амбулатории, диспансера, консультации) 039/у
  - Журнал записей амбулаторных операций 069/у
  - Санаторно-курортная карта 072/у
  - Справка о временной нетрудоспособности в связи с бытовой травмой, операцией аборта 095-1/у
  - Индивидуальная карта беременной, родильницы (Приложение А) 111/у
  - Обменная карта (Приложение Б) 113/у
  - Медицинская карта прерывания беременности (Приложение В) 003-1/у
  - Листок нетрудоспособности
  - Отчет лечебно-профилактической организации 30
  - Отчет о медицинской помощи беременным, роженицам и родильницам 32

### 1.3.6 НЕОТЛОЖНАЯ СИТУАЦИЯ

Женщина 44 лет поступила в приемный покой гинекологического отделения с жалобами на кровотечение из половых путей и схваткообразные боли внизу живота в течение двух часов.

**Из анамнеза:** Наследственность по онкопатологии и сахарному диабету не отягощена. Наблюдается у терапевта с хроническим некалькулезным холециститом. Менструация с 13 лет, регулярные, через 28 дней по 8 дней, обильные, безболезненные. Всего было 3 беременности: 2 из них закончились срочными родами, одна медицинским абортom. Контрацепция – презерватив. В течение 4 лет гинеколога не посещала. Ранее диагностировали миому матки небольших размеров. Последний год менструации стали болезненные с большим количеством сгустков, сопровождаются слабостью, головокружением, сонливостью. Сегодня 4 день от начала менструального цикла.

**Объективно:** Состояние удовлетворительное. Кожные покровы и видимые слизистые бледные.  $Ps = 88$  уд. в 1 мин. АД = 110/60 мм рт.ст. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Со стороны других органов и систем патологии не выявлено.

**Влагалищный осмотр:** Наружные половые органы развиты правильно. Выделения – кровянистые, обильные. Влагалище рожавшей женщины, шейка матки укорочена до 1,5 см, из цервикального канала выпячивается плотное, округлое образование 1-2 см. Тело матки увеличено до 8 недель беременности, плотное, бугристое, безболезненное, в области придатков образований нет.

**Результаты амбулаторного обследования:**

**Группа крови:** 0(I), Rh-положительная.

**ОАК:** Эритроц. =  $3,2 \cdot 10^{12}/л$ , Hb = 93 г/л, ЦП = 0,7. Лейкоциты =  $8,0 \cdot 10^9/л$ : э = 2%, п/я = 4%, с/я = 67%; Лимф. = 22%, Мон. = 4%. Тромб. =  $189 \cdot 10^9/л$ . СОЭ = 8 мм/час. Микроцитоз эритроцитов, анизопоицитоз (+++).

**ОАМ:** цвет-сол-желт., уд. вес = 1020, белок – отриц., лейкоциты = 2-4 в п/зр., эритроциты = 0-1 в п/зр.

**Биохимический анализ крови:** билирубин = 14,5 мкмоль/л, АСТ/АЛТ = 0,1/0,6 ммоль/л. Железо сыворотки = 4,5 мкмоль/л, креатинин = 67 мкмоль/л.

**Микроскопическое исследование влагалищного мазка:** Плоский эпителий = 5-7 в п/зр. Лейкоциты = 5-6 в п/зр. Флора – палочки в умеренном количестве. Трихомонады, гонококки не обнаружены.

**УЗИ органов малого таза на 4-й день цикла:** тело матки размера-ми 68x65x78мм, по передней и задней стенке матки множественные интерстициально-субсерозные миоматозные узлы от 10 до 20 мм. В нижней трети полости матки и цервикальном канале лоцируется эхогенное образование 20-15 мм со смешанным характером кровотока. Полость

матки над ним расширена до 15 мм анэхогенным содержимым (сгустки крови). Яичники объемом 2,5 и 3,0 см<sup>3</sup>, содержат мелкие фолликулы.

### Задания (вопросы):

**1. Сформулируйте диагноз основного и сопутствующего заболеваний, обосновав его сведениями, имеющимися в условии задачи. Определите показания к оперативному лечению, вид доступа и объем оперативного лечения.**

**2. Обоснуйте необходимость дополнительных лабораторных и/или инструментальных исследований для верификации диагноза, проведения дифференциальной диагностики.**

**3. Охарактеризуйте приоритетные виды профилактики при данной патологии.**

**4. Какие критерии характеризуют качество и эффективность медицинской помощи по данному классу заболеваний?**

### ПРИМЕР РЕКОМЕНДУЕМОГО СОДЕРЖАНИЯ ОТВЕТА:

*1. Клинический диагноз:* Аномальное маточное кровотечение (М по классификации PALM-COEIN). Множественная миома матки. Спонтанная экспульсия («рождение») подслизистого миоматозного узла. Анемия средней степени тяжести (гипохромная). Хронический некалькулезный холецистит.

*Обоснование диагноза:* Наличие в анамнезе раннее диагностированной миомы матки небольших размеров (женщина не наблюдалась у гинеколога 4 года). Жалобы женщины на кровотечение из половых путей и схваткообразные боли внизу живота в течение двух часов.

*По данным УЗИ матки* – множественные интерстициально-субсерозные миоматозные узлы от 10 до 20 мм. В нижней трети полости матки и цервикальном канале лоцируется эхогенное образование 20-15 мм со смешанным характером кровотока (осложнение субмукозной лейомиомы, при котором подвижная опухоль изгоняется из маточной полости через цервикальный канал во влагалище).

*По данным лабораторных исследований* – уровень гемоглобина Hb = 89 г/л, ЦП= 0,7, Эритроц. =  $3,2 \cdot 10^{12}/л$  – соответствует анемии средней степени тяжести. Появление микроцитоз эритроцитов, анизо-пойкилоцитоз (+++).

Последний год менструации стали болезненные с большим количеством сгустков, сопровождаются слабостью, головокружением, сонливостью- постгеморрагическая хроническая анемия.

**В данном случае показана экстренная операция,** так как у пациентки произошла спонтанная экспульсия миоматозного узла, которая сопровождается болевым синдромом, с возможным развитием дегенеративных изменений вследствие нарушения кровообращения, сопровождающихся признаками инфицирования и возникновением симптоматики «острого живота».

*Объем оперативного вмешательства:*

- учитывая множественный характер миоматозных узлов, возможный рост имеющихся и образование новых узлов, необходимость в длительном гормональном лечении после операции – надвлагалищная ампутация матки или гистерэктомия (предпочтительно, в виду наличия множественных фиброматозных узлов по всей матке, что повышает возможность развития миомы в оставленной шейке матки после надвлагалищной ампутации). Вид доступа – лапароскопия/ лапаротомия/влагалищный доступ. После операции – в зависимости от состояния пациентки (симптомы эстрогенного дефицита), дополнительного объема операции в виде овариоэктомии (при патологических изменениях яичников) – назначение менопаузальной гормональной терапии (возможно в виде моноэстрогенов, трансдермально при отсутствии эндометриоза по д)

- возможно выполнение органосохраняющей операции – удаление субмукозного узла. При спонтанной экспульсии миоматозного узла – во влагалище вводят ложкообразное зеркало, шейку матки захватывают пулевыми щипцами и низводят. Узел захватывают пулевыми щипцами и откручивают. Возможно пересечение ножки узла длинными ножницами. В редких случаях возникает необходимость наложения шва на отсеченную ножку. Поскольку канал шейки матки раскрыт, есть возможность пережать и обшить кровоточащий участок. Можно коагулировать его или импрегнировать биологическим клеем. При органосохраняющей методики – обязателен гистероскопический контроль. После операции выбрать совместно с пациенткой вариант лечения миомы матки.

2. Оценка Fe-статуса, обследование, необходимое перед экстренным или плановым оперативным вмешательством (плановое – при исходном решении проведения только миомэктомии с подготовкой к плановому оперативному вмешательству гистерэктомии).

3. *Специфической профилактики* развития миомы матки не разработано. Для своевременного обнаружения миоматозного образова-

ния женщинам рекомендовано ежегодное прохождение профосмотра у акушера-гинеколога и трансвагинальное УЗИ.

**4. Ответ на вопрос ОЗЗО: Критерии качества и эффективности медицинской помощи по данному классу заболеваний:**

- ранняя диагностика миомы (субмукозной лейомиомы), ее плановое адекватное консервативное или оперативное лечение (миомэктомия, надвлагалищную ампутацию матки, эмболизацию маточных артерий);
- снижение количества экстренных операций

### 1.3.7 НЕОТЛОЖНАЯ СИТУАЦИЯ

Женщина 34 лет доставлена в приемный покой многопрофильной больницы машиной «Скорой медицинской помощи» из дома. Жалуется на боли по всему животу, сухость во рту, озноб, слабость, отсутствие аппетита.

**Из анамнеза:** больна в течение 4 суток, когда появились тупые постоянные боли внизу живота, без иррадиации. Последняя менструация была неделю назад. Цикл не регулярный, 28-50 дней. Беременностей 3, Роды – 1, Аборты – 2 (без осложнений). Для предохранения от беременности использует ВМК, установленную 7 лет назад. Около 3 недель назад – незащищенный половой контакт.

**Объективно:** состояние средней тяжести. Кожные покровы бледные. Температура тела = 38,2°C. Пульс = 110 в 1 мин. АД = 130/80 мм рт. ст. Живот не вздут, напряжен в гипогастрии. Симптомы раздражения брюшины (Воскресенского, Менделя, Шеткина-Блюмберга) – положительные в гипогастральной области. Гинекологический статус: выделения из половых путей обильные, гнойные, шейка матки цилиндрической формы, нормальных размеров, наружный зев цервикального канала щелевидный, контрольных нитей ВМК нет. Из цервикального канала выделения гнойные, обильные. Тело матки увеличено до 6 недель беременности, матка отклонена кпереди, болезненна при пальпации и смещении. Придатки с обеих сторон слегка увеличены, болезненны при пальпации и смещении.

**Результаты лабораторно-инструментального обследования:**

**ОАК:** Эр. =  $3,2 \times 10^{12}/л.$ , Нб = 128 г/л. Лейкоциты =  $17 \times 10^9/л.$ , СОЭ = 34 мм/час.

**ОАМ:** удельная плотность = 1009; белок – отриц. Лейкоциты и пл. эпителий – ед. в п/зр.

**Анализ мочи по Нечипоренко:** Лейкоциты = 2500 в 1 мл, эритроциты = 1500 в 1 мл.

**Микроскопическое исследование цервикального мазка:** плоский эпителий – сплошь, лейкоциты – сплошь, флора – смешанная. Гонококки – внутриклеточно, трихомонады – отсутствуют.

**Микроскопическое исследование влагалищного мазка:** плоский эпителий – сплошь, лейкоциты – сплошь, флора – смешанная. Гонококки – есть и трихомонады – нет.

**Онкоцитологическое исследование эндо- и эктоцервикса:** многослойный плоский эпителий – без атипии; цилиндрический эпителий – без атипии.

**УЗИ малого таза:** Матка размером 62мм\*51мм\*56 мм, миометрий – гипоехогенный, М-ЭХО = 7 мм. ВМК находится в дне матки. Яичники объемом 12,5 и 11,6 см<sup>3</sup>, содержат фолликулы диаметром 2-9 мм, строма отечна. Трубы визуализируются на всем протяжении, расширены, содержат жидкость. В малом тазу свободная жидкость.

#### Задания (вопросы):

1. Сформулируйте диагноз основного заболевания и ведущий синдром, требующий оказания неотложной помощи, обосновав их сведениями из условия задачи.

2. Обоснуйте необходимость дополнительных экстренных лабораторных и/или инструментальных исследований для верификации диагноза и проведения дифференциальной диагностики.

3. Определите тактику ведения пациентки.

4. Дайте определение понятию материнская смертность, как проводится расчет показателя материнской смертности.

#### ПРИМЕР РЕКОМЕНДУЕМОГО СОДЕРЖАНИЯ ОТВЕТА:

1. **Клинический диагноз и его обоснование:** Восходящая гонорея. Гнойный первичный диффузный экссудативный пельвиоперитонит, гонококковой этиологии. Длительное стояние ВМК. Синдром SIRS.

**Диагноз поставлен на основании:**

**Жалоб:** тупые постоянные боли внизу живота, без иррадиации. Боли по всему животу, сухость во рту, озноб, слабость, отсутствие аппетита.

**Данных анамнеза:** около 3 недель назад – незащищенный половой контакт.

*Данных объективного обследования:* состояние средней тяжести. Кожные покровы бледные. Живот не вздут, напряжен в гипогастрии. Положительные симптомы раздражения брюшины.

*Лабораторных и инструментальных данных:* интоксикационный синдром, с наличием экссудации в полость малого таза.

*Результатов влагалищного и цервикального мазка:* гонококковая флора.

*Ведущий синдром:* SIRS – синдром системного воспалительного ответа (2 или более критерия – в данном случае повышение температуры тела выше 38°C, повышение уровня лейкоцитов выше  $12 \times 10^9/\text{л}$ ).

2. *Пациентке дополнительно необходимо выполнить:* прокальцитониновый тест, оценку по шкалам APACHE, Sofa – для оценки тяжести состояния для выполнения экстренной операции или выбора отложенной тактики с целью стабилизации пациентки в условиях ОРИТ.

*Диагностическая-лечебная лапароскопия:* оценка объема оперативного вмешательства ораносохраняющая и радикальную оперативная тактика. И оценка доступа – лапароскопический или лапаратомический.

3. *В данной ситуации пациентке будет оказана специализированная экстренная медицинская помощь в условиях гинекологического стационара.*

4. *Ответ на вопрос ОЗЗО:* Согласно определению Всемирной организации здравоохранения (далее – ВОЗ), *материнская смерть* – это смерть женщины, обусловленная беременностью (независимо от ее продолжительности и локализации), наступившая в период беременности или в течение 42 дней после ее окончания от какой-либо причины, связанной с беременностью, отягощенной ею или ее ведением, но не от несчастного случая или случайно возникшей причины.

Все заболевания или состояния, которые имеют код рубрики XV «Беременность, роды и послеродовой период» Международной классификации болезней 10 пересмотра по результатам патологоанатомического исследования, являются причинами материнской смерти.

*Из данной категории исключены следующие состояния:*

- Акушерский столбняк – А34
- ВИЧ – (В20-В24)
- Послеродовая лейкомаляция (М83.0)
- Послеродовой некроз гипофиза (Е23.0)
- Психические расстройства и расстройства поведения, связанные с послеродовым периодом (F53.)



- Травмы, отравления и другие воздействия внешних причины (S00-T98)

*Таким образом, к категории материнских смертей относится смерть женщины во время беременности (маточной, эктопической), аборта и родов, а также в течение 42 дней после их завершения, вследствие причин, указаны в рубрике XV «Беременность, роды и послеродовой период» Международной классификации болезней 10 пересмотра по результатам патологоанатомического исследования.*

*Для характеристики распространенности материнских смертей введен показатель материнской смертности, который рассчитывается за определенный период времени.*

В мировой практике показатель материнской смертности (далее – МС) рассчитывается на 1 000, 10 000 или 100 000 родившихся живыми.

*В Российской Федерации расчет показателя МС проводится на 100 000 родившихся живыми.*

МС – интегральный показатель всей системы здравоохранения страны, субъекта, области, медицинского учреждения в части организации и качества оказания медицинской помощи женщинам при беременности, в родах и послеродовом периоде. Усилия организаторов здравоохранения и врачей направлены на предупреждение случаев материнских смертей.

В последнее десятилетие показатель МС в Российской Федерации снизился с 18,6 на 100000 живорожденных в 2010 году до 9,0 на 100000 живорожденных в 2019 году, от есть в 2 раза.

Однако в 2020-2021 г.г. отмечен рост МС в связи со смертью беременных женщин, родильниц вследствие новой коронавирусной инфекции. Так, в 2020 году показатель МС в Российской Федерации составил 11,2 на 100000 живорожденных и увеличился на 24% по сравнению с 2019 годом.

### 1.3.8 НЕОТЛОЖНАЯ СИТУАЦИЯ

Беременная 30 лет поступила в приемный покой родильного дома в сроке беременности 37 недель в сопровождении сотрудников «Скорой медицинской помощи» с жалобами на головную боль, резкую болезненность матки по передней стенке, кровянистые выделения из половых путей, «слабое» шевеление плода.

**Из анамнеза:** на учет по беременности встала в сроке 10 недель. В анамнезе – хронический пиелонефрит, последнее обострение – в 20 недель беременности. Стационарное лечение в условиях терапевтического отделения. Общая прибавка веса за беременность 19 кг.

**Объективно:** состояние средней степени тяжести. Рост = 161 см., вес = 69 кг. Отеки на нижних конечностях. В легких патологии не выявлено. Тоны сердца приглушены, ритмичные; на верхушке выслушивается систолический шум. ЧСС = 92 уд. в 1 мин. АД = 130/110 – 140/110 мм рт.ст.

**Акушерский статус:** Окружность живота = 90 см, высота дна матки = 36 см. Матка в гипертонусе. При пальпации передней стенке – резкая болезненность. Положение плода продольное, предлежит головка плода, над входом в малый таз. Сердцебиение плода = 100 уд. в 1 мин., несколько приглушено.

**В зеркалах:** выделения кровянистые со сгустками, умеренные из цервикального канала.

**Влагалищное исследование:** шейка матки сохранена. Длина влагалищной части шейки матки около 2,0 см. Цервикальный канал проходим для 1 исследующего пальца. Предлежит головка плода, подвижна над входом в малый таз. Мыс не достижим.

**Результаты стационарного обследования:**

**ОАК:** Эритроц. =  $2,8 \times 10^{12}/л$ , Hb = 95 г/л, цв. показатель = 1,0. Лейкоциты =  $8,4 \times 10^9/л$ . Тромбоциты =  $46 \times 10^9/л$ .

**ОАМ:** цвет – соломенно-желтый, удельная плотность = 1023, реакция – кислая, белок = 3,5 г/л в разовой порции мочи, глюкоза не обнаружена, эпителий плоский = 10-14 в п/зрения, лейкоциты = 4-6 в п/зрения.

**Биохимическое исследование крови:** глюкоза = 4,7 ммоль/л, общий белок = 55,7 г/л, общий билирубин = 20,4 мкмоль/л.

**УЗИ плода:** в полости матки один плод в головном предлежании, плацента расположена по передней стенке. Визуализируется ретроплацентарная гематома на 1/3 плаценты. ЧСС плода – до 100-110 уд. в 1 мин.

**Задания (вопросы):**

1. Сформулируйте диагноз основного и сопутствующего заболеваний, обосновав его сведениями, имеющимися в условии задачи.

2. Назначьте «стартовую» терапию (этиотропную, патогенетическую и синдромно-симптоматическую).

**3. Обоснуйте необходимость дополнительных лабораторных и/или инструментальных исследований для верификации диагноза, проведения дифференциальной диагностики и возможной коррекции «стартовой» терапии.**

**4. Охарактеризуйте трехуровневую систему оказания медицинской помощи в службе родовспоможения на стационарном этапе.**

**ПРИМЕР РЕКОМЕНДУЕМОГО СОДЕРЖАНИЯ ОТВЕТА:**

**1. Основное заболевание:** Беременность 37 недель. Головное предлежание плода. Преэклампсия тяжелой степени. Частичная прогрессирующая преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты с наружным кровотечением. Острая внутриутробная гипоксия плода. Постгеморрагическая анемия легкой степени тяжести.

**Сопутствующее заболевание:** Хронический пиелонефрит в стадии ремиссии.

**Обоснование основного диагноза:** головная боль, артериальная гипертензия тяжелой степени – значение артериального давления 130/110 мм рт. ст., протеинурия 3,5 г/л в разовой порции мочи при отсутствии патологических изменений в микроскопии осадка, тромбоцитопения менее  $50 \cdot 10^9/\text{л}$ , зарегистрированные у женщины в сроке беременности 37 недель, указывают на преэклампсию тяжелой степени (Клинические рекомендации КР 637 «Преэклампсия. Эклампсия. Отеки, протеинурия и гипертензивные расстройства во время беременности, родов и послеродовом периоде». – 2021. – 79с.). \

Резкая локальная болезненность по передней стенке матки, гипертонус матки, кровотечение из полости матки, наличие ретроплацентарной гематомы по данным УЗИ, результаты общего анализа крови: гемоглобин 95 г/л, эритроциты:  $2,8 \times 10^{12}/\text{л}$  указывают на преждевременную отслойку нормально расположенной плаценты, постгеморрагическую анемию легкой степени.

Приглушенное сердцебиение плода до 100 ударов в 1 минуту, зарегистрированное при аускультации и УЗИ при наличии кровотечения и преэклампсии тяжелой степени, являются основанием для постановки диагноза: острая внутриутробная гипоксия плода.

**2. Лечебная тактика:**

- Госпитализация в ближайший акушерский стационар, предпочтительно в учреждение 3-ей группы.
- Информирование сотрудниками скорой медицинской помощи акушерского стационара о транспортировке пациента с кровотечением.

ем, преждевременной отслойкой плаценты, преэклампсией тяжелой степени.

- Осмотр пациента в приемном отделении акушерского стационара врачами: акушером-гинекологом и анестезиологом-реаниматологом, не позднее 10 минут с момента поступления.

- Развертывание операционной для проведения операции кесарева сечения в экстренном порядке.

- Установка катетера в периферическую вену в течение 10 минут с момента постановки диагноза.

- Забор крови, мочи для лабораторных исследований.

- Эластическое бинтование нижних конечностей, оценка рисков ВТЭО

- Проведение по показаниям противосудорожной и антигипертензивной терапии не позднее 30 минут с момента поступления.

- Противосудорожная терапия: 4 г внутривенно (16 мл 25% раствора магния сульфата) вводится шприцем медленно в течение 10 минут, затем со скоростью 4 мл/час 25% раствор магния сульфата через инфузионную помпу (инфузомат) вводится на протяжении 24 час после родов;

- Антигипертензивная терапия проводится препаратами метилдопа и нифедипин;

- Мониторинг артериального давления, пульса, частоты дыхания, уровня насыщения кислорода в крови, диуреза.

- Проведение наружного и внутреннего акушерского исследования.

- Амниотомия.

- Катетеризация мочевого пузыря.

- Вызов врача-неонатолога в операционную и готовность к оказанию первичной реанимации.

- Проведение профилактики инфекционных осложнений антибактериальными лекарственными препаратами до операции.

- Родоразрешение операцией кесарева сечения в экстренном порядке в течение 20 минут с момента постановки диагноза.

*Утеротоническая терапия после извлечения плода во время операции кесарева сечения:*

- 1 мл (5МЕ) раствора окситоцина внутривенно медленно в течение 1-2 минут после рождения плода или внутривенно инфузоматом со скоростью 16,2 мл/час (27 мЕд/мин) после рождения плода, или с помощью капельницы со скоростью 40 кап/мин (5Ед в 500мл 0,9% раствора натрия хлорида);

- 1 мл (100 мкг) раствора карбетоцина внутривенно сразу после рождения плода медленно в течение 1 минуты (только при наличии факторов риска интра- и постоперационного кровотечения).

*Дополнительные лечебные мероприятия:*

- Расширение объема операции кесарева сечения – по показаниям: поэтапный хирургический гемостаз или при матке Кувелера – гистерэктомия.

- Заместительная терапия препаратами крови или аппаратная интраоперационная реинфузия аутоэритроцитов – по показаниям.

- Оказание медицинской помощи новорожденному ребенку в объеме первичной реанимации.

**3. Необходимые методы обследования:**

- Осмотр врачами: акушером-гинекологом и анестезиологом-реаниматологом в приемном отделении акушерского стационара.

- Определение группы и резус-принадлежности крови.

- Измерение АД, пульса, числа дыхательных движений и температуры тела.

- Общий анализ крови: эритроциты, гемоглобин, гематокрит, лейкоциты, тромбоциты, формула крови.

- Биохимический анализ крови: определение уровня глюкозы, общего билирубина, общего белка, аспартат-трансаминазы, аланин-трансаминазы, лактатдегидрогеназы, креатинина, мочевой кислоты, натрия, калия.

- Коагулограмма: определение времени свертывания крови, ПТИ, АЧТВ, МНО, содержание фибриногена и/или проведение тромбоэластограммы.

- Почасовой контроль диуреза.

- Общий анализ мочи.

- ЭКГ.

- Ультразвуковое исследование плода.

- Определение белка в суточной порции мочи.

**4. Ответ на вопрос ОЗЗО:** Организация оказания медицинской помощи осуществляется на основе действующего Порядка – приказа Министерства здравоохранения Российской Федерации от 20.10.2020 № 1130н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология» (далее – Порядок).

Данный Порядок рекомендует организовать *трехуровневую систему оказания медицинской помощи* женщинам в период беременности,

родов и в послеродовой период, а также новорожденным детям на основе региональных схем маршрутизации. При этом учитывается возможности акушерского стационара:

- структура;
- коечная мощность;
- уровень оснащения медицинским оборудованием;
- обеспеченность квалифицированными кадрами

Иными словами, пациентка должна быть своевременно госпитализирована в тот акушерский круглосуточный стационар, где окажут весь необходимый объем медицинской помощи женщине и новорожденному ребенку.

Маршрутизация рассматривается как основной этап в предупреждении акушерских осложнений и репродуктивных потерь, прежде всего, материнских смертей, мертворождения и младенческой смертности.

Для формирования регионарных (областных, республиканских) схем (листов) маршрутизации Порядок выделяет *три группы (уровня) акушерских стационаров*:

**Первая группа (уровень)** – акушерские стационары, в которых не обеспечено круглосуточное пребывание врача-акушера-гинеколога, врача-неонатолога и врача-анестезиолога-реаниматолога, а также медицинские организации, имеющие в своём составе ургентный родильный зал;

**Вторая группа (уровень) включает:**

- акушерские стационары (родильные дома (отделения), в том числе профилированные по видам патологии), имеющие в своей структуре палаты интенсивной терапии (отделение анестезиологии-реанимации) для женщин и палаты реанимации и интенсивной терапии для новорожденных;
- межрайонные перинатальные центры, имеющие в своем составе отделение анестезиологии-реанимации (палаты интенсивной терапии) для женщин, палаты (отделения) реанимации и интенсивной терапии для новорожденных.

*По решению руководителя медицинской организации в структуре межрайонного перинатального центра могут быть организованы:*

- выездные бригады скорой медицинской помощи в отделении анестезиологии-реанимации;
- пост патологии новорожденных и недоношенных детей – в составе неонатальной службы;

**Третья группа (уровень) имеет «А» и «Б» подгруппы:**

1) *Третья «А» (уровень) группа* – акушерские стационары, имеющие в своем составе:

- отделение анестезиологии-реанимации для женщин;
- отделение реанимации и интенсивной терапии для новорожденных;
- отделение патологии новорожденных и недоношенных детей (II этап выхаживания);

- акушерский дистанционный консультативный центр с отделением телемедицины, в том числе с выездными бригадами скорой медицинской помощи анестезиологии-реанимации.

2) *Третья «Б» группа (уровень)* – это акушерские стационары федеральных медицинских организаций, которые:

- оказывают специализированную, в том числе высокотехнологичную, медицинскую помощь женщинам в период беременности, родов, послеродовый период и новорожденным;
- разрабатывают и тиражируют новые методы диагностики и лечения акушерской и неонатальной патологии;
- осуществляют мониторинг и организационно-методическое обеспечение деятельности акушерских стационаров субъектов Российской Федерации.

С целью определения показаний для плановой медицинской помощи и направления на госпитализацию беременных женщин, рожениц, родильниц в акушерский стационар соответствующей группы (уровня) Порядок предусматривает критерии этапности, которые указаны в Порядке и должны исполняться всеми медицинскими организациями, работающими на территории Российской Федерации.

В соответствии с разделением акушерских стационаров на группы (уровни) выделяют три группы пациентов по степени тяжести экстрагенитальных заболеваний и осложнений при беременности, в родах и послеродовом периоде. Исходя из этого, учреждения первой группы, в том числе urgentный родильный зал, предназначены для оказания медицинской помощи женщинам низкого риска и их новорожденным детям. Акушерские стационары второй группы работают для оказания медицинской помощи, прежде всего, пациентам среднего риска. Беременные женщины, роженицы и родильницы высокого риска должны получать медицинскую помощь в учреждениях третьей группы, то есть в перинатальных центрах.

Более подробно показатели, которыми руководствуются врачи-специалисты при направлении пациентов в акушерские стационары, сформулированы в виде критериев этапности оказания медицинской помощи.

*Критериями этапности оказания плановой медицинской помощи и направления беременных женщин (показаниями) в акушерские стационары первой группы (уровня) являются:*

1) Головное предлежание плода при некрупном плоде (до 4000 граммов) и нормальных размерах таза женщины;

2) Отсутствие показаний для операции планового кесарева сечения;

3) Отсутствие экстрагенитальных заболеваний у беременной женщины или соматическое состояние женщины, не требующее проведения диагностических и лечебных мероприятий по коррекции экстрагенитальных заболеваний, в том числе:

- увеличение щитовидной железы без нарушения функции;
- миопия I и II степени без изменений на глазном дне;
- хронический пиелонефрит без нарушения функции;
- инфекции мочевыводящих путей вне обострения и другие

4) отсутствие специфических осложнений при настоящей беременности:

- протеинурия во время беременности;
- гипертензивные расстройства;
- задержка роста плода

5) отсутствие в анамнезе у женщины:

• антенатальной, интранатальной гибели плода и ранней неонатальной смерти новорожденного ребенка;

- преждевременных родов;
- преэклампсии, эклампсии;
- отслойки нормально расположенной плаценты

б) отсутствие осложнений при предыдущих родах:

- преждевременные роды;
- гипотоническое кровотечение;
- глубокие разрывы мягких тканей родовых путей;
- родовая травма у новорожденного.

*Показаниями для госпитализации в urgentный родильный зал являются:*

• активная фаза родов (открытие маточного зева 5 см и более) и роды вне родильного дома (отделения);



- экстренное и/или неотложное состояние со стороны женщины и/или плода.

Акушерскими стационарами первой группы являются родильные отделения (акушерское физиологическое отделение) или койки для беременных, рожениц и родильниц в составе многопрофильной больницы. Как правило, к акушерским стационарам первой группы относятся родильные отделения мощностью не более 10-15 коек, имеющих не более двух индивидуальных родовых залов.

Критериями для определения этапности оказания медицинской помощи и направления беременных женщин (показаниями) в акушерские стационары второй группы (уровня) являются:

1) экстрагенитальные заболевания:

- пролапс митрального клапана без гемодинамических нарушений;
- компенсированные заболевания дыхательной системы (без дыхательной недостаточности);

- заболевания желудочно-кишечного тракта (хронический гастрит, дуоденит, колит);

- психические заболевания;

- эндокринные заболевания: сахарный диабет гестационный на диетотерапии, заболевания щитовидной железы с признаками гипо- или гиперфункции (компенсация, субкомпенсация);

- заболевания органов зрения: миопия высокой степени с изменениями на глазном дне, отслойка сетчатки в анамнезе;

- перенесенные в анамнезе черепно-мозговые травмы, травмы позвоночника, таза

2) осложнения настоящей беременности, родов:

- перенесенная беременность;

- преэклампсия умеренная;

- предполагаемый крупный плод;

- анатомическое сужение таза I-II степени;

- тазовое предлежание плода;

- низкое расположение плаценты, подтвержденное при ультразвуковом исследовании в сроке беременности 34-36 недель, за исключением наличия рубца на матке после операции кесарева сечения;

- мертворождение в анамнезе;

- рубец на матке после кесарева сечения при отсутствии признаков несостоятельности рубца для планового кесарева сечения;

- рубец на матке после оперативных вмешательств на матке (кроме кесарева сечения), при отсутствии признаков несостоятельности рубца и при расположении плаценты вне места рубца на матке, подтвержденном при ультразвуковом исследовании;

- беременность после лечения бесплодия любого генеза, беременность после экстракорпорального оплодотворения и переноса эмбриона;

- преждевременные роды, включая дородовое излитие околоплодных вод, в сроке беременности 34-36 недель, при наличии возможности оказания реанимационной помощи новорожденному в полном объеме и отсутствии возможности направления в акушерский стационар третьей группы (уровня) (высокой степени риска);

- антенатальная гибель плода при отсутствии показаний для госпитализации в акушерские стационары третьей группы (уровня)

*Критериями для определения этапности оказания медицинской помощи и направления беременных женщин в акушерские стационары третьей «А» группы (уровня) являются:*

1) возраст беременной женщины менее 18 лет;

2) осложнения беременности и родов:

- преждевременные роды, включая дородовое излитие околоплодных вод, при сроке беременности менее 34 недель;

- предлежание плаценты;

- задержка роста плода;

- изоиммунизация при беременности;

- метаболические заболевания плода (требующие лечения сразу после рождения);

- водянка плода;

- много- и маловодие;

- состояния и заболевания плода (плодов), требующие выполнения фетальных вмешательств;

- расположение плаценты по передней стенке матки при наличии рубца на матке после операции кесарева сечения или расположение плаценты в месте локализации рубца на матке после оперативных вмешательств (кроме кесарева сечения);

- подозрение на вращение плаценты по данным УЗИ или магнитно-резонансной томографии;

- поперечное и косое положение плода;

- преэклампсия, эклампсия и их осложнения;

- холестаза, гепатоз беременных;

- кесарево сечение в анамнезе при наличии признаков несостоятельности рубца на матке;
- рубец на матке после консервативной миомэктомии или перфорации матки, при наличии признаков несостоятельности рубца;
- беременность после реконструктивно-пластических операций на половых органах, разрывов промежности III-IV степени при предыдущих родах;
- антенатальная гибель плода в сочетании с хотя бы одним критерием для госпитализации в акушерский стационар третьей «А» группы;
- многоплодная беременность (троем и более плодами, а также двойня при наличии осложнений (или риска их возникновения), характерных для многоплодной беременности: фето-фетальный трансфузионный синдром, диссоциированное развитие близнецов, внутриутробная гибель одного из плодов.

3) экстрагенитальные заболевания:

- заболевания сердечно-сосудистой системы: ревматические и врожденные пороки сердца вне зависимости от степени недостаточности кровообращения, пролапс митрального клапана с гемодинамическими нарушениями, оперированные пороки сердца, аритмии, миокардиты, кардиомиопатии, хроническая артериальная гипертензия;
- тромбозы, тромбоэмболии и тромбозы вен в анамнезе и при настоящей беременности;
- заболевания органов дыхания, сопровождающиеся развитием легочной или сердечно-легочной недостаточности;
- диффузные заболевания соединительной ткани, антифосфолипидный синдром;
- заболевания почек, сопровождающиеся почечной недостаточностью или артериальной гипертензией, аномалии развития мочевыводящих путей, беременность после нефрэктомии;
- заболевания печени: токсический гепатит, острые и хронические гепатиты, цирроз печени;
- эндокринные заболевания: сахарный диабет любой степени компенсации, заболевания щитовидной железы с клиническими признаками гипо- или гиперфункции, хроническая надпочечниковая недостаточность;
- заболевания органов зрения: миопия высокой степени с изменениями на глазном дне, отслойка сетчатки в анамнезе, глаукома;

- заболевания крови: гемолитическая и апластическая анемия, тяжелая железодефицитная анемия, гемобластозы, тромбоцитопения, болезнь Виллебранда, врожденные дефекты свертывающей системы крови;

- заболевания нервной системы: эпилепсия, рассеянный склероз, нарушения мозгового кровообращения, состояния после перенесенных ишемических и геморрагических инсультов;

- миастения;

- злокачественные новообразования в анамнезе либо выявленные при настоящей беременности вне зависимости от локализации;

- сосудистые мальформации, аневризмы сосудов;

- перенесенные в анамнезе черепно-мозговые травмы, травмы позвоночника с неврологическими расстройствами таза.

4) Прочие состояния, угрожающие жизни беременной женщины и плода, при отсутствии противопоказаний для эвакуации.

*Критериями для определения этапности оказания медицинской помощи и направления беременных женщин в акушерские стационары третьей «Б» группы (уровня) являются:*

1) состояния, требующие госпитализации в акушерский стационар третьей «А» группы (уровня);

2) состояния, требующие оказания специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи с применением инновационных технологий.

На основе Порядка в Свердловской области приказом Министерства здравоохранения Свердловской области от 30.12.2021 № 2496-п «О совершенствовании маршрутизации беременных, рожениц, родильниц на территории Свердловской области» (далее – Приказ МЗ СО) была утверждена схема маршрутизации и направления беременных женщин, рожениц, родильниц и новорождённых детей в акушерские стационары первой, второй и третьей группы. В сего в области медицинскую помощь пациентам оказывают 48 акушерских стационаров, из них учреждения первой группы – 22, учреждения второй группы – 23, учреждения третьей группы – 3.

К учреждениям первой группы отнесены акушерские отделения в составе центральных районных больниц и небольших городских больниц, такие как: ГАУЗ СО «Качканарская центральная городская больница», ГАУЗ СО «Белоярская центральная районная больница», ГАУЗ СО «Нижнесергинская центральная районная больница», ГАУЗ СО «Центральная городская больница город Кушва» и др.

Примером учреждения второй группы являются 17 родильных домов, расположенных на территории города Екатеринбурга, Нижнего Тагила, Верхней Пышмы, Красноуфимска и других городов области, а также 7 межтерриториальных перинатальных центров, работающих в составе многопрофильных или детских больниц в каждом управленческом округе: ГАУЗ СО «Городская клиническая больница № 40 город Екатеринбург», ГАУЗ СО «Демидовская городская больница», ГАУЗ СО «Краснотурьинская городская больница», ГАУЗ СО «Городская больница город Первоуральск», ГАУЗ СО «Детская городская больница город Каменск-Уральский», ГАУЗ СО «Городская больница город Асбест», ГАУЗ СО «Ирбитская центральная городская больница».

Двумя учреждениями третьей «А» группы являются Областной перинатальный центр ГАУЗ СО «Областная детская клиническая больница» и первый акушерский стационар ГБУЗ СО «Екатеринбургский клинический перинатальный центр». Учреждением третьей «Б» группы является Федеральное государственное бюджетное учреждение «Уральский научно-исследовательский институт охраны материнства и младенчества» Министерства здравоохранения Российской Федерации.

Приказ МЗ СО не только предусматривает разделение акушерских стационаров на группы в соответствии с Порядком, но и определяет конкретный акушерский или многопрофильный стационар для госпитализации пациента.

## 1.4. ТОКСИКОЛОГИЯ + ОЗЗО

### 1.4.1 НЕОТЛОЖНАЯ СИТУАЦИЯ

Неизвестный мужчина, на вид около 40 лет, доставлен бригадой СМП в приемное отделение многопрофильной больницы из кафе железнодорожного вокзала в бессознательном состоянии.

**Из анамнеза:** Известно, что в кафе он алкоголизировался в компании двух молодых женщин, вскоре после ухода которых был обнаружен без сознания.

**Объективно:** Состояние тяжелое, сознание угнетено, положение пассивное. Конституция нормостеническая. Отеков нет. Рост = 176 см, вес = 84 кг. Температура=36,7С. Резко заторможен, односложно и невнятно отвечает на вопросы. Зрачки симметрично сужены. Кожный

покров сухой, бледный, холодный. В легких выслушивается везикулярное дыхание, хрипов нет. ЧД = 18 в 1 мин. Тоны сердца приглушены, ритм правильный. АД = 80/50 мм рт. ст., пульс 45 в 1 мин. Язык сухой. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не пальпируются. Поколачивание в проекции почек безболезненно. Моча, полученная из катетера, без видимых изменений.

**Результаты лабораторно-инструментального обследования:**

**ОАК:** эритроц. =  $4,3 \cdot 10^{12}/л$ , Hb = 142 г/л, лейкоциты  $5,6 \cdot 10^9/л$ , баз. – 0, эоз. – 3%, пал. – 4% сегм. – 69%, лимфоц. – 20%, мон. – 4%. СОЭ = 10 мм/ч.

**Биохимические исследования крови:** Глюкоза = 4,6 ммоль/л, амилаза = 28 ед./л, билирубин = 14,1 мкмоль/л, Общий белок = 72 г/л, АЛТ 46 МЕ, АСТ 98 МЕ, мочевины = 6,4 ммоль/л, креатинин = 98 мкмоль/л.

**ОАМ:** Цвет – желтый, удельная плотность = 1020, реакция – кислая, белок и сахар – отрицательный, лейкоциты = единичные в п/зрения.

**ЭКГ:** Ритм синусовый. ЧСС = 48 в 1 мин. PQ = 0,24 с, QRS = 0,09 с. RP > RI > RII, RV2=SV2, угол  $\alpha = 45^\circ$ . Очаговых изменений не выявлено.

**Рентгеноскопия органов грудной клетки:** Корни легких структурны, синусы свободные, очаговых и инфильтративных теней не выявлено. Тень средостения не расширена.

**SpO<sub>2</sub>** = 92%

**Задание (вопросы):**

1. Сформулируйте диагноз основного и сопутствующего заболеваний, обосновав его сведениями, имеющимися в условии задачи.
2. Обоснуйте необходимость дополнительных лабораторных и/или инструментальных исследований для верификации диагноза и проведения дифференциальной диагностики.
3. Назначьте лечение (этиотропную, патогенетическую и синдромно-симптоматическую терапию) и дайте рекомендации по постгоспитальной реабилитации больного
4. Каков порядок оказания медицинской помощи без согласия пациента?

**ПРИМЕР РЕКОМЕНДУЕМОГО СОДЕРЖАНИЯ ОТВЕТА:**

1. **Диагноз заболевания и его обоснование:** Острое отравление клофелином. Первичный кардиотоксический эффект.

*Обоснование диагноза основного заболевания:* Характерный анамнез соответствуют криминальному отравлению. Клиника (гипотензия и брадикардия) указывает на вероятность отравления клофелином, применяемым в криминальных целях (для приведения жертвы в бессознательное состояние и ограбления). Клофелин обладает кардиотоксичностью, вызывая специфические для него нарушения сердечной деятельности.

**2.** *Для патогенетической характеристики основного заболевания и проведения дифференциальной диагностики необходимо выполнить следующие исследования:*

- токсикохимическое обнаружение клофелина в моче методами тонкослойной хроматографии, газовой хроматографии с масспектрометрии или высокоэффективной жидкостной хроматографии;
- консультация токсикологом.

**3.** Госпитализация больного в отделение реанимации и интенсивной терапии (желательно в токсикологическое отделение) для выполнения необходимого мониторинга ритма и гемодинамики и определения оптимального объема лекарственной терапии, соответственно течению процесса.

*Антидотная терапия атропином:* вводится внутривенно 0,02 мг/кг. Промывать желудок следует через зонд после введения атропина (для профилактики висцеро-кардиального рефлекса). Назначается также инфузионная терапия: коррекция гемодинамики и детоксикация, проводимая по общим принципам.

**4.** *Ответ на вопрос по ОЗЗО: Каков порядок оказания медицинской помощи без согласия пациента?*

В соответствии с Федеральным законом «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», 2011 г.

Медицинское вмешательство без согласия гражданина или законного представителя допускается: если медицинское вмешательство необходимо по экстренным показаниям для устранения угрозы жизни человека и если его состояние не позволяет выразить свою волю или отсутствуют законные представители; в отношении лиц, страдающих заболеваниями, представляющими опасность для окружающих; в отношении лиц, страдающих тяжелыми психическими расстройствами; в отношении лиц, совершивших общественно опасные деяния (преступления); при проведении судебно-медицинской экспертизы и (или) судебно-психиатрической экспертизы. Решение о медицинском вме-

шатательстве без согласия гражданина или законного представителя принимается: консилиумом врачей, а если собрать консилиум невозможно, – непосредственно лечащим (дежурным) врачом с внесением такого решения в медицинскую документацию пациента и последующим уведомлением должностных лиц медицинской организации (руководителя медицинской организации или руководителя отделения медицинской организации); судом – в случаях и в порядке, которые установлены законодательством Российской Федерации.

### 1.4.2 НЕОТЛОЖНАЯ СИТУАЦИЯ

Мужчина 42 лет, не работающий, доставлен бригадой СМП в приемное отделение городской многопрофильной больницы из дома. Жалуется на слабость, головокружение, тошноту, рвоту, сильные «боли в желудке», боль в глазах, светобоязнь, снижение остроты зрения, «двоение» видимых объектов.

**Из анамнеза:** Известно, что 6 ч. назад больной выпил около 100 мл водки, купленной с рук. Через 2 ч. появилась тошнота, рвота, боли в животе, ещё через час появились нарушения зрения и вернувшаяся с работы жена вызвала «Скорую мед. помощь». Ранее ничем не болел.

**Объективно:** Состояние тяжелое. При осмотре больной в сознании, но заторможен. Зрачки расширены, анизокории нет. Конституция нормостеническая. Рост = 172 см, вес = 75 кг. Кожные покровы сухие, гиперемированные. Частота дыханий = 28 в 1 мин. В легких во всех отделах выслушивается везикулярное дыхание, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, ритм правильный, 108 в 1 мин. АД = 100/60 мм рт. ст. Язык сухой. Живот напряжен, болезненный при пальпации в эпигастрии. Печень и селезенка не пальпируются. Поколачивание в проекции почек безболезненно. Мочи не было.

**Результаты обследования:**

**ОАК:** эритро. =  $4,8 \cdot 10^{12}/л$ , Нб = 152 г/л. Лейкоциты =  $5,6 \cdot 10^9/л$ , баз. – 0%, эоз. – 3%, пал. – 4%, сегм. – 69%, лимфоц. – 20%, мон. – 4%. СОЭ = 18 мм/ч.

**ЭКГ:** Ритм синусовый, 110 в 1 мин.

**Рентгеноскопия органов грудной клетки:** Корни легких структурны, синусы свободные, очаговых и инфильтративных теней не выявлено. Тень средостения не расширена.



**Обзорная рентгеноскопия брюшной полости:** Диафрагма подвижна, положение куполов обычно, наддиафрагмальное пространство свободно с обеих сторон. Признаков свободной жидкости в брюшной полости не выявлено.

**Биохимические исследования крови:** глюкоза = 3,6 ммоль/л, амилаза = 69 Ед/л, билирубин = 12,9 мкмоль/л, мочевины = 3,5 ммоль/л. Общий белок = 79 г/л.

**Анализ газов и кислотно-основного состояния артериальной крови:** Ph = 7,15; BE = -21,3; HCO<sub>3</sub> = 8,4; pO<sub>2</sub> = 62 мм рт.ст., pCO<sub>2</sub> = 17 мм рт.ст.

### Задание (вопросы):

1. Сформулируйте диагноз основного и сопутствующего заболеваний, обосновав его сведениями, имеющимися в условии задачи.
2. Обоснуйте необходимость дополнительных лабораторных и/или инструментальных исследований для верификации диагноза и проведения дифференциальной диагностики.
3. Назначьте лечение (этиотропную, патогенетическую и синдромно-симптоматическую терапию).
4. Какие виды, условия и формы медицинской помощи следует предоставить в соответствии с Порядком оказания медицинской помощи при данной ситуации?

### ПРИМЕР РЕКОМЕНДУЕМОГО СОДЕРЖАНИЯ ОТВЕТА:

1. **Диагноз заболевания и его обоснование:** «Острая интоксикация метанолом. Алкоголизм».

**Обоснование диагноза основного заболевания:** Употребление «купленного с рук» (недоброкачественного) спиртного напитка, жалобы на появление через 2 часа после употребления 100 мл напитка сильных «болей в желудке», тошноты и рвоты, а еще через час – боли в глазах, снижения остроты зрения с «двоением» видимых объектов.

**Для патогенетической характеристики основного заболевания и проведения диф. диагностики необходимо выполнить следующие исследования:** токсикохимическое обнаружение метанола в моче методами тонкослойной хроматографии, газовой хроматографией с масс-спектрометрией или высокоэффективной жидкостной хроматографией. Показана консультация токсикологом.

2. *Госпитализация больного в отделение реанимации и интенсивной терапии* (желательно в токсикологическое отделение) для выполнения необходимого мониторинга ритма сердца и системной гемодинамики, а также для оптимизации объема лекарственной терапии соответственно динамике процесса.

3. *Антидотная терапия этанолом*: внутривенная инфузия 10% этанола (на изотоническом растворе хлорида натрия) первоначально в дозе 10 мл/кг, а затем – 0,15 мл/кг-час. Проведение гемодиализа (во время диализа следует использовать двойную поддерживающую дозу. Титровать до достижения концентрации этанола в плазме крови 1 г/л (22 ммоль/л). Коррекция КОС, системной гемодинамики; гепато-протективная терапия.

4. *Ответ на вопрос ОЗЗО: Какие виды, условия и формы медицинской помощи следует предоставить в соответствии с Порядком оказания медицинской помощи при данной ситуации?*

*Общие положения* – см. выше (Ситуационная задача №1).

*В данной ситуации: Поэтапные виды, условия и формы оказания медицинской помощи*: 1 этап (СМП) – скорая, в т.ч. скорая специализированная медицинская помощь, вне медицинской организации, неотложная форма оказания; 2 этап (госпитализация) – специализированная медицинская помощь, в стационарных условиях, неотложная форма оказания.

### 1.4.3 НЕОТЛОЖНАЯ СИТУАЦИЯ

В приемное отделение городской многопрофильной больницы бригадой СМП доставлена девушка 18 лет, с явлениями тошноты, слабости и умеренными «болями в желудке».

*Из анамнеза*: После ссоры с родителями (примерно за 40 минут до приезда бригады СМП) проглотила около 40 таблеток из домашней аптечки, среди которых были цитрамон (10 табл.), седальгин (8 табл.) и парацетамол (10 табл.). Лечение на догоспитальном этапе не проводилось.

*Объективно*: состояние средней степени тяжести, сознание ясное. Зрачки нормальной величины, с живой реакцией на свет. Кожные покровы и слизистые физиологической окраски. Дыхание ритмичное, 16 в 1 мин. При аускультации: в легких выслушивается чистое везикулярное дыхание; тоны сердца ясные, ритм правильный. ЧСС = 84 в 1 мин.

АД = 120/80 мм рт. ст. Язык обложен белым налетом, сухой. Живот при пальпации мягкий, умеренно болезненный в эпигастрии. Печень пальпируется у края реберной дуги.

**Результаты обследования:**

**ОАК:** эритро. =  $3,5 \times 10^{12}/л$ , Нб = 120 г/л, цветовой показатель = 0,90. Лейкоциты =  $5,8 \times 10^9/л$ .

**ОАМ:** цвет – интенсивно желтый, уд. плотность = 1023, реакция – кислая, белок = 0,23 г/л, глюкоза – отсутствует, лейкоциты = 8-12 в п/зр.

**Биохимические исследования крови:** глюкоза = 4,8 ммоль/л, амилаза = 28 ед. (.), билирубин = 14,1 мкмоль/л, мочевины = 3,7 ммоль/л. Общий белок = 72 г/л.

**ЭКГ:** ритм синусовый. ЧСС 92 в минуту.

**Рентгеноскопия органов грудной клетки:** Корни легких структурны, синусы свободные, очаговых и инфильтративных теней не выявлено. Тень средостения не расширена.

**Обзорная рентгеноскопия брюшной полости:** Диафрагма подвижна, положение куполов обычно, наддиафрагмальное пространство свободно с обеих сторон. Признаков свободной жидкости в брюшной полости не выявлено.

**Анализ газов и кислотно-основного состояния артериальной крови:** Ph = 7,28; BE = -8,3;  $HCO_3 = 17,4$ ;  $pO_2 = 87$  мм рт.ст.;  $pCO_2 = 28$  мм рт.ст.

**Токсикологическое исследование:** через 4 часа с момента приема препаратов содержание парацетамола в крови = 135 мкг/мл.

**Задание (вопросы):**

1. Сформулируйте диагноз основного и сопутствующего заболеваний, обосновав его сведениями, имеющимися в условии задачи.

2. Обоснуйте необходимость дополнительных лабораторных и/или инструментальных исследований для верификации диагноза и проведения дифференциальной диагностики.

3. Назначьте лечение (этиотропную, патогенетическую и синдромно-симптоматическую терапию) и дайте рекомендации по постгоспитальной реабилитации больного.

4. Какие виды, условия и формы медицинской помощи следует предоставить в соответствии с Порядком оказания медицинской помощи при данной ситуации?

**ПРИМЕР РЕКОМЕНДУЕМОГО СОДЕРЖАНИЯ ОТВЕТА:**

**1. Диагноз заболевания и его обоснование:** Острое отравление парацетамолом. Острая эффективная суицидальная реакция.

**Обоснование диагноза основного заболевания:** Прием парацетамола спровоцирован ссорой в семье. Появление тошноты, рвоты слабости свидетельствует о приеме парацетамола. Желудок на догоспитальном этапе не промыт, что в последующем может сказаться на течении химической болезни (развития острой печеночной недостаточности).

**2. Для верификации диагноза необходимо:**

- провести токсикометрическое исследование (содержание яда в крови и моче). Обнаружение парацетамола в крови в токсических концентрациях свыше 300 мкг/мл однозначно будет свидетельствовать о тяжелом течении отравления с развитием острой печеночной недостаточности, которая может быть подтверждена исследованием уровня билирубина, печеночноспецифических ферментов (АлАТ, ГГТП) в динамике, а также аммиака.

- исследование кислотного основного состояния, т.к. ожидается тяжелый метаболический ацидоз.

- обязательна консультация токсикологом.

**3. Исходя из условий задачи и диагноза, необходима госпитализация в ПИТ, ОРИТ, но лучше – в токсикологический центр. Должны быть проведены следующие неотложные лечебные мероприятия:**

- промывание желудка с сорбентом;

- введение специфического антидота (ацетилцистеин – 150 мг/кг в 200 мл 5% р-ра декстрозы в/в капельно в течение 15 мин., затем – 50 мг/кг на 500 мл. 5% р-ра декстрозы в течение 4 часов, затем – 100 мг/кг в 1 л 5% декстрозы в течение 16 час.);

- инфузионная детоксикация с применением коллоидов, коррекция гипогликемии и КОС;

- контроль МНО и креатинина, гепатопротективная терапия;

- при наличии возможностей – проведение гемодиализа;

- профилактика стрессорных язв желудка назначением сукралфата внутрь (или введением через желудочный зонд) по 1,0 каждые 6 часов.

**4. Ответ на вопрос ОЗЗО: Какие виды, условия и формы медицинской помощи следует предоставить в соответствии с Порядком оказания медицинской помощи при данной ситуации?**

**Общие положения** – см. выше (Ситуационная задача №1).

*В данной ситуации: Поэтапные виды, условия и формы оказания медицинской помощи:* 1 этап (СМП) – скорая, в т.ч. скорая специализированная медицинская помощь, вне медицинской организации, неотложная форма оказания; 2 этап (госпитализация) – специализированная медицинская помощь, в стационарных условиях, неотложная форма оказания.

#### 1.4.4 НЕОТЛОЖНАЯ СИТУАЦИЯ

Мужчина С., 48 лет, токарь машиностроительного завода, доставлен бригадой СМП в приемный покой городской многопрофильной больницы в бессознательном состоянии, с резким запахом алкоголя изо рта.

*Из анамнеза:* обнаружен дома женой (возвратилась после суточного дежурства) без сознания, лежащим на полу; лицо и одежда были перепачканы рвотными массами, дыхание хриплое. На столе и подоконнике стояли три пустые водочные бутылки. В течение десяти лет злоупотребляет алкоголем, в последнее время стали отмечаться 3-5 дневные запои. Появились проблемы, связанные с появлением на работе в нетрезвом виде, скандалы в семье на почве пьянства.

*Объективно:* Состояние тяжелое. Контакт с больным отсутствует. Конституция гиперстеническая. Рост = 165 см, вес = 85 кг. Кожные покровы бледные, мраморной окраски, акроцианоз. Зрачки сужены, инъекция склер, цианоз лица. Выражен гипергидроз. Отеков нет. Температура тела = 35,30С. Реакция на болевые раздражители отсутствует. Отсутствуют корнеальные, зрачковые и сухожильные рефлексы. Мышечный тонус снижен. Дыхание шумное, неритмичное. ЧД = 10 в 1 минуту. В легких: в задне-нижних отделах справа дыхание ослабленное, выслушиваются рассеянные влажные хрипы. Тоны сердца приглушены. ЧСС = 120 в 1 мин. АД = 90/40 мм рт. ст. Язык обложен белым налетом, сухой. В ротовой полости остатки рвотных масс. Живот мягкий. Печень выступает из-под края реберной дуги на 1,5 см. Селезенка не пальпируется. Поколачивание в проекции почек безболезненное. Диуреза не было.

*Результаты лабораторно-инструментального обследования:*

*ОАК:* эритроц. =  $3,5 \times 10^{12}/л$ , Hb = 120 г/л, цв. пок. = 0,90. Лейкоциты =  $9,8 \times 10^9/л$ .

*ОАМ:* цвет – интенсивно желтый, уд. плотность = 1023, реакция – кислая, белок = 0,23%, Глюкоза – отсутствует, лейкоциты = 8-12 в п/зр.

*ЭКГ:* Ритм неправильный, 120 в 1 мин., частые политопные экстрасистолы, депрессия сегмента ST, отрицательный зубец T.

**Биохимическое исследование крови:** Глюкоза = 2,6 ммоль/л, общий билирубин = 26,9 мкмоль/л, АСТ/АЛТ=68/47 МЕ. Общий белок = 79 г/л. Общий холестерин 5,5 ммоль/л. ЩФ 310 ед/л.

**Рентгенография органов грудной клетки:** корни легких структурны, синусы свободные, в нижней доле правого легкого – нечеткая размытая очаговая тень около 3-4 см в диаметре. Тень средостения не расширена.

**Токсикологическое исследование:** содержание алкоголя в крови – 4,3 г/л, в моче – 7,1 г/л (норма: менее 0,3 г/л). Других психоактивных веществ не обнаружено.

**SpO<sub>2</sub>** = 92%

### Задание (вопросы):

1. Сформулируйте диагноз основного и сопутствующего заболеваний, обосновав его сведениями, имеющимися в условии задачи.

2. Обоснуйте необходимость дополнительных лабораторных и/или инструментальных исследований для верификации диагноза и проведения дифференциальной диагностики.

3. Назначьте лечение и дайте рекомендации по профилактике рецидива заболевания, включая возможности санаторно-курортного этапа.

4. Каков порядок освобождения больного от работы?

### ПРИМЕР РЕКОМЕНДУЕМОГО СОДЕРЖАНИЯ ОТВЕТА:

1. **Диагноз заболевания и его обоснование:** Острая алкогольная интоксикация. Асфиксия рвотными массами. Алкоголизм.

**Обоснование диагноза основного заболевания:** Характерный анамнез, внешний вид и антураж квартиры пациента соответствуют отравлению этанолом. Клиника (бессознательное состояние, резкий запах алкоголя изо рта) указывают на вероятность отравления этанолом. Характеристика, данная больной женой, свидетельствует о длительном алкогольном анамнезе и сформированной клинике алкоголизма.

2. Для патогенетической характеристики основного заболевания и проведения диф. диагностики необходимо выполнить следующие исследования:

- токсикохимическое обнаружение этанола в моче методами тонкослойной хроматографии, газовой хроматографией с масспектрометрией или высокоэффективной жидкостной хроматографией;
- консультация токсиколога.

3. Госпитализация больного в отделение реанимации и интенсивной терапии (желательно в токсикологическое отделение) для выполнения необходимого мониторинга ритма сердца и системной гемодинамики, а также для оптимизации объема лекарственной терапии соответственно динамике процесса. Промывать желудок следует через зонд после интубации и санации трахеобронхиального дерева. Антидота нет. Назначается инфузионная терапия (Sol.Glucosae 5% – 400,0 ml), включающая большие дозы витаминов (никотиновая кислота 1% – 10,0 мл., В1 5% – 10,0 мл, С 5% – 10,0) и препараты калия и магния (калия-магния аспаратат, калия хлорид, магния сульфат).

4. При освобождении от работы в связи с временной нетрудоспособностью необходимо руководствоваться действующим приказом (Порядок формирования листков нетрудоспособности в форме электронного документа, утв. приказом Минздрава России от 23.11.2021 № 1089н). С 01.01.2022 листки нетрудоспособности оформляются только в электронном виде (ч. 6 ст. 13 Федерального закона от 29.12.2006 № 255-ФЗ в редакции от 01.01.2022). По желанию физлица медорганизация вправе выдать ему выписку из электронного листка нетрудоспособности (ч. 7 ст. 13 Закона № 255-ФЗ в редакции от 01.01.2022) Исключение предусмотрено только в отношении лиц, сведения о которых составляют государственную и иную охраняемую законом тайну, и лиц, в отношении которых реализуются меры государственной защиты. Для них больничный лист по-прежнему будут оформлять только на бумаге (ч. 28 ст. 13 Закона № 255-ФЗ в редакции от 01.01.2022). Право выдачи листков нетрудоспособности (ЭЛН) предоставляется лицам, имеющим лицензию на медицинскую деятельность, включая работы (услуги) по экспертизе временной нетрудоспособности. Не имеют права выдавать ЛН медицинские работники приемных отделений больничных учреждений, скорой медицинской помощи. Выдача ЛН осуществляется при предъявлении документа, удостоверяющего личность. При необходимости выдается несколько ЛН по каждому месту работы или по одному из последних мест работы по выбору гражданина. Выдача и продление ЛН осуществляется после осмотра пациента и записи данных о состоянии его здоровья в медицинской карте амбулаторного (стационарного) больного, обосновывающей необходимость временного освобождения от работы. В данной ситуации: Пациент нетрудоспособен. Первичный ЭЛН оформляется врачом

участковым терапевтом единолично в день обращения. Одномоментно выдается ЭЛН сроком не более 10 дней. Пациенту назначается прием в день завершения ЭЛН для оценки состояния, результатов проведенного обследования, эффективности проводимой терапии. По итогам приема будет принято решение о продлении, либо закрытии ЭЛН. Средние сроки лечения с данным заболеванием 10-14 дней.

В соответствии с Рекомендациями для руководителей лечебно-профилактических учреждений и лечащих врачей, специалистов-врачей исполнительных органов фонда социального страхования российской федерации по ориентировочным срокам временной нетрудоспособности при наиболее распространенных заболеваниях и травмах (в соответствии с мкб-10) от 21.08.2000 г. освободить на период госпитализации и далее на 5-7 дней.

### 1.4.5 НЕОТЛОЖНАЯ СИТУАЦИЯ

Бригадой СМП из дома в реанимационное отделение городской больницы доставлена девушка 18 лет, в бессознательном состоянии.

**Из анамнеза:** Со слов родственников известно, что накануне вечером в семье была ссора, а утром больная была обнаружена в постели в бессознательном состоянии. Больная раньше ничем не болела. В семье есть младший брат, болеющий эпилепсией.

**Объективно:** Состояние тяжелое. Сознание отсутствует. Кожные покровы бледные, холодные на ощупь, слизистые бледно-розовые. Зрачки D=S, сужены, с вялой реакцией на свет. Реакция на боль есть, но слабая, тонус мышц и сухожильные рефлексы снижены, глоточный рефлекс сохранен, в полости рта умеренное количество слизи. При аускультации: над всеми легочными полями выслушиваются рассеянные сухие хрипы. ЧД = 20 в 1 мин. Тоны сердца приглушены, ритмичные. АД = 110/60 мм рт. ст. Пульс удовлетворительных качеств, 92 в 1 мин. Живот мягкий на пальпацию не реагирует, на внутренней поверхности голени на фоне гиперемии кожных покровов несколько булл с желтоватой жидкостью.

#### **Результаты обследования:**

**ОАК:** эритро. =  $4,8 \cdot 10^{12}/л$ , Hb = 160 г/л, Ht = 45%. Лейкоциты =  $5,6 \cdot 10^9/л$ , баз. – 0, эоз. – 3%, пал. – 6%, сегм. – 69%, лимфоц. – 20%, мон. = 4%. СОЭ = 18 мм/ч.

**ЭКГ:** Ритм синусовый. ЧСС = 112 в 1 мин.



**Рентгеноскопия органов грудной клетки:** Корни легких структурны, синусы свободные, очаговых и инфильтративных теней не выявлено. Тень средостения не расширена.

**Обзорная рентгеноскопия брюшной полости:** Диафрагма подвижна, положение куполов обычно, наддиафрагмальное пространство свободно с обеих сторон. Признаков свободной жидкости в брюшной полости не выявлено.

**Биохимические исследования крови:** глюкоза = 3,6 ммоль/л, амилаза = 69 Ед/л, билирубин = 12,9 мкмоль/л, мочевины = 3,5 ммоль/л. Общий белок = 74 г/л.

**Анализ газов и кислотно-основного состояния артериальной крови:** Ph = 7,23; BE = -15,2; HCO<sub>3</sub> = 13,8; pO<sub>2</sub> = 62 мм.рт.ст.; pCO<sub>2</sub> = 26 мм.рт.ст.

#### Задание (вопросы):

1. Сформулируйте диагноз основного и сопутствующего заболеваний, обосновав его сведениями, имеющимися в условии задачи.

2. Обоснуйте необходимость дополнительных лабораторных и/или инструментальных исследований для верификации диагноза и проведения дифференциальной диагностики.

3. Назначьте лечение (этиотропную, патогенетическую и синдромно-симптоматическую терапию) и дайте рекомендации по постгоспитальной реабилитации больного, включая возможности санаторно-курортного этапа.

4. Каков порядок оказания медицинской помощи без согласия пациента?

#### ПРИМЕР РЕКОМЕНДУЕМОГО СОДЕРЖАНИЯ ОТВЕТА:

1. **Диагноз заболевания и его обоснование:** Острое отравление производными барбитуровой кислоты (фенобарбитал). Коматозное состояние II Б ст. Острая эффективная суицидальная реакция.

2. **Для верификации диагноза требуется** проведение тонкослойной хроматографии на психотропные препараты, в случае обнаружения производных барбитуровой кислоты – количественное определение фенобарбитала в крови и моче. Консультация токсикологом.

3. **Неотложные лечебные мероприятия:** госпитализация в токсикологический центр, промывание желудка, сосудистый доступ и проведение инфузионной терапии.

**4. Ответ на вопрос по ОЗЗО: Каков порядок оказания медицинской помощи без согласия пациента?**

В соответствии с Федеральным законом «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», 2011 г.

Медицинское вмешательство без согласия гражданина или законного представителя допускается: если медицинское вмешательство необходимо по экстренным показаниям для устранения угрозы жизни человека и если его состояние не позволяет выразить свою волю или отсутствуют законные представители; в отношении лиц, страдающих заболеваниями, представляющими опасность для окружающих; в отношении лиц, страдающих тяжелыми психическими расстройствами; в отношении лиц, совершивших общественно опасные деяния (преступления); при проведении судебно-медицинской экспертизы и (или) судебно-психиатрической экспертизы. Решение о медицинском вмешательстве без согласия гражданина или законного представителя принимается: консилиумом врачей, а если собрать консилиум невозможно, – непосредственно лечащим (дежурным) врачом с внесением такого решения в медицинскую документацию пациента и последующим уведомлением должностных лиц медицинской организации (руководителя медицинской организации или руководителя отделения медицинской организации); судом – в случаях и в порядке, которые установлены законодательством Российской Федерации.

## I.5. ТРАВМАТОЛОГИЯ + ОЗЗО

### I.5.1 НЕОТЛОЖНАЯ СИТУАЦИЯ

Женщина 30 лет, бухгалтер, поступила в приемное отделение травматологической больницы с жалобами на боли в нижней трети правого предплечья, невозможность движений в правом лучезапястном суставе.

**Из анамнеза:** Травма получена 1 час тому назад при падении на улице, с упором на правую верхнюю конечность – на ладонь. Самостоятельно обратилась в травматологическое отделение.

**Объективно:** состояние удовлетворительное. ЧД = 18 в 1 мин. Температура тела = 36,4°C. Рост = 160 см. Вес = 80 кг. Легкие – дыхание везикулярное, хрипов нет. Границы относительной тупости серд-

ца: правая – по правому краю грудины, левая – на 1 см медиальнее срединно-ключичной линии. Тоны сердца ритмичны, ЧСС = 78 в 1 мин., пульс = 78 в 1 мин. АД = 120/80 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Размеры печени по Курлову 10(0) x 9 x 8 см. Поколачивание в проекции почек безболезненно.

Положение конечности вынужденное. Больная фиксирует поврежденную конечность здоровой. При осмотре ось конечности изменена за счет штыкообразной деформации в нижней трети предплечья. Относительная длина верхней конечности и абсолютная длина предплечья с поврежденной стороны изменены (- 2 см). В нижней трети правого предплечья умеренный отек, при пальпации резкая болезненность. Определяется патологическая подвижность и крепитация в нижней трети правого предплечья. Активные и пассивные движения в правом лучезапястном суставе резко ограничены из-за боли. Периферических неврологических и сосудистых нарушений в правой верхней конечности не выявлено.

**Результаты амбулаторного обследования:**

**ОАК:** Эритроц. =  $4,8 \times 10^{12}/л$ ; Hb = 155 г/л; Цв. пок. = 0,9; Лейкоциты =  $5,0 \times 10^9/л$ : баз. – 1%; эоз. – 2%; палочк. – 3%; сегм. – 71%; лимф. – 17%; моноц. – 6%. СОЭ = 10 мм/ч.

**ОАМ:** цвет – сол.-желтый, уд.плотность = 1015, реакция – слабо кислая, белок-отрицат., сахар-отрицат., эпит. плоск. = 1-2 в п/зр. Ураты – отриц.

**ЭКГ:** ритм синусовый, 80 ударов в 1 мин.  $R_I < R_{II} > R_{III}$ .

**Флюорография органов грудной клетки:** корни легких не расширены, очаговых и инфильтративных изменений не выявлено.

**Биохимическое исследование крови:** глюкоза = 5,5 ммоль/л. Креатинин = 0,112 ммоль/л. Билирубин общий = 14,5 мкмоль/л. АСТ/АЛТ = 0,8/1,2 ммоль/л. Холестерин = 5,5 ммоль/л. Калий = 4,2 ммоль/л. Общий белок = 83 г/л, альбумины = 55,0%, глобулины = 45%. СРП – отриц.

**Задание (вопросы):**

1. Сформулируйте диагноз основного и сопутствующего заболеваний, обосновав его сведениями, имеющимися в условии задачи.

2. Обоснуйте необходимость дополнительных лабораторных и/или инструментальных исследований для верификации диагноза и проведения дифференциальной диагностики.

**3. Назначьте лечение (этиотропную, патогенетическую и синдромно-симптоматическую терапию) и дайте рекомендации по постгоспитальной реабилитации, включая возможности санаторно-курортного этапа.**

**4. Каков порядок оформления листка нетрудоспособности в данной ситуации?**

**ПРИМЕР РЕКОМЕНДУЕМОГО СОДЕРЖАНИЯ ОТВЕТА:**

**1. Диагноз заболевания и его обоснование:** Перелом дистального эпиметафиза правой лучевой кости (перелом луча в типичном месте, перелом Коллеса).

*Обоснование диагноза основного заболевания:* механизм травмы – падение с упором на правую верхнюю конечность на ладонь, вынужденное положение конечности (больная фиксирует поврежденную конечность здоровой), штыкообразная деформации, патологическая подвижность и крепитация в нижней трети правого предплечья, укорочение относительной длины верхней конечности и абсолютная длины предплечья с поврежденной стороны изменены на 2 см, отсутствие активных и ограничение пассивных движений в лучезапястном суставе.

**2.** Для подтверждения клинического диагноза, локализации повреждения необходимо выполнить *рентгенографию правого предплечья с захватом лучезапястного сустава в прямой и боковой проекции.*

Для решения вопроса об оперативном лечении (типе операции) при условии выявления на рентгенограмме внутрисуставного характера перелома рекомендовать выполнить КТ лучезапястного сустава для лучшего понимания типа перелома и правильного планирования оперативного вмешательства.

**3. Госпитализация в стационар (в травматологическое отделение)** для выполнения необходимых уточняющих исследований и лечения, при отказе от госпитализации возможно наблюдение в травмпункте по месту жительства.

Неотложные лечебные мероприятия должны включать:

- Обезболивание места перелома раствором прокаина 0,5% – 40 мл;
- Закрытая ручная репозиция – после обезболивания пациент усаживается за стол со свисающей кисть, под область лучезапястного сустава подкладывается валик. Ассистент хирурга дает противотягу за локтевой сустав, а хирург производит репозицию, состоящую из 3 приемов – тракции, сгибания, радиарной (лучевой) девиации кисти.

- Фиксация верхней конечности гипсовой повязкой или брейсом – в положении сгибания в локтевом суставе под углом 90 градусов, с захватом плеча до средней трети, в лучезапястном суставе – в положении репозиции или гипсовая повязка в виде тыльной гипсовой лонгеты от головок пястных костей до 2/3 предплечья, в положении репозиции в области лучезапястного сустава

- Холод местно – пузырь со льдом на область перелома;
- Обезболивание – нестероидные противовоспалительные препараты, кетопрофен по 50 мг, декскетопрофен по 25 мг или диклофенак по 75 мг внутримышечно 2 раза в день до 3 суток;

- Магнитотерапия – по показаниям, после консультации с физиотерапевтом;

- Оперативное лечение по – результатам контрольных рентгенограмм (вторичное смещение) или КТ: внутренний остеосинтез с использованием пластины.

4. При освобождении от работы в связи с временной нетрудоспособностью необходимо руководствоваться действующим приказом (Порядок формирования листков нетрудоспособности в форме электронного документа, утв. приказом Минздрава России от 23.11.2021 № 1089н). С 01.01.2022 листки нетрудоспособности оформляются только в электронном виде (ч. 6 ст. 13 Федерального закона от 29.12.2006 № 255-ФЗ в редакции от 01.01.2022). По желанию физлица медорганизация вправе выдать ему выписку из электронного листка нетрудоспособности (ч. 7 ст. 13 Закона № 255-ФЗ в редакции от 01.01.2022) Исключение предусмотрено только в отношении лиц, сведения о которых составляют государственную и иную охраняемую законом тайну, и лиц, в отношении которых реализуются меры государственной защиты. Для них больничный лист по-прежнему будут оформлять только на бумаге (ч. 28 ст. 13 Закона № 255-ФЗ в редакции от 01.01.2022). Право выдачи листков нетрудоспособности (ЭЛН) предоставляется лицам, имеющим лицензию на медицинскую деятельность, включая работы (услуги) по экспертизе временной нетрудоспособности. Не имеют права выдавать ЛН медицинские работники приемных отделений больничных учреждений, скорой медицинской помощи. Выдача ЛН осуществляется при предъявлении документа, удостоверяющего личность. При необходимости выдается несколько ЛН по каждому месту работы или по одному из последних мест работы по выбору гражданина. Выдача и продление ЛН осуществляется после осмотра пациента и записи данных о состоянии его здоровья

в медицинской карте амбулаторного (стационарного) больного, обосновывающей необходимость временного освобождения от работы.

В данной ситуации: Пациент нетрудоспособен. Первичный ЭЛН оформляется врачом травматологом единолично в день обращения. Одномоментно выдается ЭЛН сроком не более 15 дней. Пациенту назначается прием в день завершения ЭЛН для оценки состояния. По итогам приема будет принято решение о продлении.

В соответствии с Рекомендациями для руководителей лечебно-профилактических учреждений и лечащих врачей, специалистов-врачей исполнительных органов фонда социального страхования российской федерации по ориентировочным срокам временной нетрудоспособности при наиболее распространенных заболеваниях и травмах (в соответствии с мкб-10) от 21.08.2000 г. средние сроки временной нетрудоспособности 35-40 дней.

### 1.5.2 НЕОТЛОЖНАЯ СИТУАЦИЯ

Женщина 79 лет, домохозяйка, поступила в приемное отделение травматологической больницы с жалобами на боли в правом тазобедренном суставе, невозможность передвижения.

**Из анамнеза:** Упала на улице 2 часа тому назад. Самостоятельно встать и передвигаться не могла. Машиной СМП доставлена в травматологическое отделение.

**Объективно:** состояние удовлетворительное. ЧД = 18 в 1 мин. Температура тела = 36,8°C. Рост = 167 см. Вес = 70 кг. Легкие – дыхание везикулярное, единичные сухие хрипы. Границы относительной тупости сердца: правая – по правому краю грудины, левая – на 1 см медиальнее срединноключичной линии. Тоны сердца ритмичны, приглушены, ЧСС = 78 в 1 мин., пульс = 78 в 1 мин. АД = 130/90 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Размеры печени по Курлову 10(0) x 9 x 8 см. Поколачивание в проекции почек безболезненно. Физиологические отправления в норме.

Ось правой нижней конечности изменена за счет наружной ротации правого бедра. Отек, повреждение кожного покрова, экхимоз на момент осмотра в области правого бедра не определяются. Определяется укорочение относительной длины нижней конечности на 1 см. Абсолютные длины равны. При пальпации – резкие боли в проекции тазобедренного сустава. Крепитации и патологической подвижности

в области бедра и голени не определяю. Симптом Гориневской положительна справа, отрицательна слева. Треугольник Бриана – неравнобедренный. Активные и пассивные движения в правом тазобедренном суставе ограничены из-за боли. Периферических неврологических и ишемических нарушений в конечности не выявлено.

**Результаты амбулаторного обследования:**

**ОАК:** Эритроц. =  $4,8 \times 10^{12}/л$ ; Hb = 155 г/л; цветовой показатель = 0,9; лейкоциты =  $5,0 \times 10^9/л$  баз. – 1%; эоз. – 2%; палочк. – 3%; сегм. – 71%; лимф. – 17%; моноц. – 6%; СОЭ = 10 мм/ч.

**ОАМ:** цвет – сол.-желтый, уд.плотность = 1015, реакция – слабо кислая, белок – отрицат., сахар – отрицат., эпителий плоский = 1-2 в п/зр. Ураты – отриц.

**ЭКГ:** ритм синусовый, 80 ударов в 1 мин.  $R_I < R_{II} > R_{III}$ .

**Флюорография органов грудной клетки:** Корни легких не расширены, очаговых и инфильтративных изменений не выявлено.

**Биохимическое исследование крови:** глюкоза = 5,5 ммоль/л. Креатинин = 0,112 ммоль/л. Билирубин общий = 14,5 мкмоль/л. АСТ/АЛТ = 0,8/1,2 ммоль/л. Холестерин = 5,5 ммоль/л. Калий = 4,2 ммоль/л. Общий белок = 83 г/л, альбумины = 55,0%, глобулины = 45%. СРП – отриц.

**Задание (вопросы):**

1. Сформулируйте диагноз основного и сопутствующего заболеваний, обосновав его сведениями, имеющимися в условии задачи.
2. Обоснуйте необходимость дополнительных лабораторных и/или инструментальных исследований для верификации диагноза и проведения дифференциальной диагностики.
3. Назначьте лечение (этиотропную, патогенетическую и синдромно-симптоматическую терапию) и дайте рекомендации по постгоспитальной реабилитации больной, включая возможности санаторно-курортного этапа.
4. Охарактеризуйте задачи и организацию системы оказания травматологической медицинской помощи.

**ПРИМЕР РЕКОМЕНДУЕМОГО СОДЕРЖАНИЯ ОТВЕТА:**

1. *Диагноз заболевания и его обоснование:* «Перелом шейки правого бедра» или «Перелом проксимального эпиметафиза правой бедренной кости. Тяжелый сенильный остеопороз».

*Обоснование диагноза основного заболевания:* механизм травмы – падение с отсутствием возможности самостоятельно подняться и передвигаться, наружная ротация правого бедра, при пальпации – резкие боли в проекции тазобедренного сустава, укорочение относительной длины нижней конечности на 1 см, отсутствие активных и пассивных движений в правом тазобедренном суставе из-за боли, положительные симптомы Гориневской, Бриана.

Перелом при падении с высоты собственного роста, при наличии факторов риска – женский пол, постменопауза, возраст старше 75 лет) достаточны для диагноза тяжелого сенильного остеопороза.

2. Для подтверждения клинического диагноза необходимо выполнить *рентгенографию правого бедра с тазобедренным суставом в прямой и боковой проекции.*

Учитывая возраст больной, необходима консультация терапевта (рекомендации для профилактики обострения имеющейся хронической патологии, исключение противопоказаний для операции эндопротезирования сустава).

3. *Госпитализация больной в стационар (в травматологическое отделение)* для выполнения необходимых уточняющих исследований и лечения.

*Неотложные лечебные мероприятия должны включать:*

- На догоспитальном этапе – шинирование конечности, обезболивание
- На госпитальном этапе:
- Фиксация нижней конечности деротационной гипсовой повязкой;
- Строгий постельный режим;
- Холод местно – пузырь со льдом на область тазобедренного сустава по наружной поверхности;
- Обезболивание – нестероидные противовоспалительные препараты, кетопрофен по 50 мг, декскетопрофен по 25 мг или диклофенак по 75 мг внутримышечно 2 раза в день до 3 суток. При наличии противопоказаний к назначению НПВП или сильной боли следует назначить трамадол внутримышечно.

*При отсутствии соматических противопоказаний* – оперативное лечение (эндопротезирование тазобедренного сустава) в течение первых суток после травмы. После выписки из стационара – направление для наблюдения и реабилитации в центр Службы профилактики повторных переломов.

4. *Ответ по ОЗЗО: Охарактеризуйте задачи и организацию системы оказания травматологической медицинской помощи.*



Медицинская помощь оказывается в виде:

- первичной медико-санитарной помощи;
- скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи;
- специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи.

Медицинская помощь может оказываться в следующих условиях: амбулаторно (в условиях, не предусматривающих круглосуточное медицинское наблюдение и лечение);

- в дневном стационаре (в условиях, предусматривающих медицинское наблюдение и лечение в дневное время, не требующих круглосуточного медицинского наблюдения и лечения);
- стационарно (в условиях, обеспечивающих круглосуточное медицинское наблюдение и лечение).

Первичная медико-санитарная помощь предусматривает мероприятия по профилактике, диагностике, лечению травм и заболеваний костно-мышечной системы, медицинской реабилитации, формированию здорового образа жизни.

Первичная медико-санитарная помощь включает:

- первичную доврачебную медико-санитарную помощь;
- первичную врачебную медико-санитарную помощь;
- первичную специализированную медико-санитарную помощь.

Первичная медико-санитарная помощь оказывается в амбулаторных условиях и в условиях дневного стационара.

Первичная доврачебная медико-санитарная помощь оказывается фельдшером.

Первичная врачебная медико-санитарная помощь оказывается врачом-терапевтом участковым, врачом общей практики (семейным врачом).

При наличии медицинских показаний к оказанию медицинской помощи, не требующей ее оказания в стационарных условиях, врач-терапевт участковый (врачи общей практики (семейные врачи), фельдшеры) или врач-хирург направляет больного в кабинет травматологии и ортопедии медицинской организации для оказания первичной специализированной медико-санитарной помощи.

Первичная специализированная медико-санитарная помощь оказывается врачом-травматологом-ортопедом, а в случае его отсутствия – врачом-хирургом.

При самостоятельном обращении больных с травмами и острыми заболеваниями костно-мышечной системы в кабинеты неотложной травматологии и ортопедии врач-травматолог-ортопед оказывает неотложную медицинскую помощь на основе стандартов медицинской помощи.

В случае отсутствия кабинета травматологии и ортопедии в медицинской организации первичная специализированная медико-санитарная помощь оказывается в хирургических кабинетах.

При выявлении онкологического заболевания травматологического или ортопедического профиля, лечение и наблюдение больного, не требующего комбинированного и (или) сочетанного лечения, осуществляется врачом-травматологом-ортопедом, прошедшим профессиональную переподготовку по специальности "онкология".

При невозможности оказания медицинской помощи в рамках первичной медико-санитарной помощи и наличии медицинских показаний больной направляется в медицинскую организацию, оказывающую специализированную медицинскую помощь.

Скорая, в том числе скорая специализированная, медицинская помощь больным, требующим срочного медицинского вмешательства, оказывается фельдшерскими выездными бригадами скорой медицинской помощи, врачебными выездными бригадами скорой медицинской помощи, специализированными выездными бригадами скорой медицинской помощи травматологического и ортопедического профиля, в соответствии с приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 1 ноября 2004 года N 179 "Об утверждении порядка оказания скорой медицинской помощи" (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 23 ноября 2004 года, регистрационный N 6136), с изменениями, внесенными приказами Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 2 августа 2010 года N 586н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 30 августа 2010 года, регистрационный N 18289), от 15 марта 2011 года N 202н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 4 апреля 2011 года, регистрационный N 20390) и от 30 января 2012 года N 65н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 14 марта 2012 года, регистрационный N 23472).

При оказании скорой медицинской помощи в случае необходимости осуществляется медицинская эвакуация, которая включает в себя санитарно-авиационную и санитарную эвакуацию.

Скорая, в том числе скорая специализированная, медицинская помощь оказывается в экстренной и неотложной форме вне медицинской организации, а также в амбулаторных и стационарных условиях.

Бригада скорой медицинской помощи доставляет больных с угрожающими жизни состояниями в медицинские организации, оказывающие круглосуточную медицинскую помощь по профилю "травматология и ортопедия" или "хирургия", "анестезиология и реанимация".

При наличии медицинских показаний после устранения угрожающих жизни состояний больные переводятся в отделение травматологии и ортопедии или хирургическое отделение медицинской организации для оказания специализированной медицинской помощи.

Специализированная, в том числе высокотехнологичная, медицинская помощь оказывается врачами-травматологами-ортопедами в стационарных условиях и условиях дневного стационара, а также в хирургическом отделении, имеющем в своем составе травматолого-ортопедические койки, и включает в себя профилактику, диагностику, лечение заболеваний и состояний, требующих использования специальных методов и сложных медицинских технологий, а также медицинскую реабилитацию.

При наличии медицинских показаний лечение проводят с привлечением врачей-специалистов по специальностям, предусмотренным Номенклатурой специальностей специалистов с высшим и послевузовским медицинским и фармацевтическим образованием в сфере здравоохранения Российской Федерации, утвержденной приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23 апреля 2009 года N 210н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 5 июня 2009 года, регистрационный N 14032), с изменениями, внесенными приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 9 февраля 2011 года N 94н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 16 марта 2011 года, регистрационный N 20144).

Плановая медицинская помощь оказывается при проведении профилактических мероприятий, при заболеваниях и состояниях, не сопровождающихся угрозой жизни, не требующих экстренной и неотложной помощи, отсрочка оказания которой на определенное время не повлечет за собой ухудшение состояния, угрозу жизни и здоровью больного.

Оказание медицинской помощи в медицинской организации, оказывающей специализированную медицинскую помощь, осуществляется по медицинским показаниям при самостоятельном обращении больного, по направлению фельдшера, врача-терапевта участкового, врача общей практики (семейного врача), врача-хирурга, врача-травматолога-ортопеда медицинской организации, оказывающей первичную медико-санитарную помощь, а также при доставлении больного бригадой скорой медицинской помощи.

Оказание специализированной, за исключением высокотехнологичной, медицинской помощи осуществляется в федеральных государственных медицинских организациях, находящихся в ведении Министерства здравоохранения Российской Федерации, при необходимости установления окончательного диагноза в связи с нетипичностью течения заболевания, отсутствии эффекта от проводимой терапии и (или) повторных курсов лечения при вероятной эффективности других методов лечения, высоком риске хирургического лечения в связи с осложненным течением основного заболевания или наличием сопутствующих заболеваний, необходимости дообследования в диагностически сложных случаях и (или) комплексной предоперационной подготовке у больных с осложненными формами заболевания, сопутствующими заболеваниями, при необходимости повторной госпитализации по рекомендации указанных федеральных государственных медицинских организаций в соответствии с Порядком направления граждан Российской Федерации в федеральные государственные учреждения, находящиеся в ведении Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации, для оказания специализированной медицинской помощи, приведенным в приложении к Порядку организации оказания специализированной медицинской помощи, утвержденному приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 16 апреля 2010 года N 243н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 12 мая 2010 года, регистрационный N 17175), а также при наличии у больного медицинских показаний в федеральных государственных медицинских организациях, оказывающих специализированную медицинскую помощь, в соответствии с Порядком направления граждан органами исполнительной власти субъектов Российской Федерации в сфере здравоохранения к месту лечения при наличии медицинских

показаний, утвержденным приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 5 октября 2005 года N 617 (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 27 октября 2005 года, регистрационный N 7115).

Больные с последствиями травм и заболеваний костно-мышечной системы при наличии медицинских показаний направляются для проведения реабилитационных мероприятий в специализированные медицинские и санаторно-курортные организации.

Медицинские организации, оказывающие медицинскую помощь осуществляют свою деятельность в соответствии с приложениями N 1-16 к настоящему Порядку.

Медицинские организации, в структуре которых создается отделение травматологии и ортопедии, дополнительно оснащают операционную (операционный блок), входящую в структуру медицинской организации, в соответствии с приложением N 10 к настоящему Порядку.

## I.6. РЕАНИМАТОЛОГИЯ + ОЗЗО

### I.6.1 НЕОТЛОЖНАЯ СИТУАЦИЯ

Мужчина 67 лет, служащий, находится на стационарном лечении в урологическом отделении с мочекаменной болезнью. Утром при попытке встать с постели больной внезапно почувствовал себя плохо, потерял сознание, упал. Персоналом отделения пациент был уложен на кровать, после чего пришел в сознание. Жалобы на головокружение, дискомфорт в области грудной клетки, резкую нехватку воздуха, кашель со слизистой мокротой красного цвета.

**Из анамнеза:** 5 дней назад выполнена операция: литотрипсия камня мочеоточника, чрезкожная нефростомия. Больной находился на постельном режиме.

**Объективно:** состояние больного крайне тяжелое, в сознании, дезориентирован, беспокоен. Кожа диффузно цианотична с «мраморностью», отеков нет. Поверхностные вены шеи набухшие. Аускультативно в легких дыхание жесткое во всех отделах, хрипов нет. ЧД = 40 в 1 мин. Тоны сердца глухие, ритм правильный, акцент II тона над легочной артерией. АД = 65/30 мм рт. ст. ЧСС = 112 в 1 мин. Живот мягкий, безболезненный.

**Результаты стационарного обследования:**

**ОАК:** эритроц. =  $4,3 \times 10^{12}/л.$ , Hb = 132 г/л, Ht = 35,4%. Лейкоц. =  $8,3 \times 10^9/л.$ , баз. = 1%, эоз. = 1%, палоч. = 5%, сегм. = 68%, лимф. = 19%, моноц. = 6%. СОЭ = 16 мм/час.

**ОАМ:** цвет – сол.-желт., уд.вес = 1015, реакц. – кислая, белок = 0,33 г/л, сахар – отриц., эпит. плоский – 12-15 в п/зр, эритроц. = 5-7 в п/зр., лейкоц. = 15-20 в п/зр., ураты = (+++).

**Биохимическое исследование крови:** глюкоза = 4,7 ммоль/л, билирубин общ. = 12,3 мкмоль/л, билирубин прямой = 4,3 мкмоль/л, АЛТ = 23 МЕ/л, АСТ = 16 МЕ/л, мочевины = 6,2 ммоль/л, креатинин = 82 мкмоль/л. Общий белок = 76 г/л.

**Пульсоксиметрия:** SpO<sub>2</sub> = 76%.

**Задания (вопросы):**

1. Сформулируйте диагноз основного и сопутствующего заболеваний, обосновав его сведениями, имеющимися в условии задачи.

2. Обоснуйте необходимость дополнительных лабораторных и/или инструментальных исследований для верификации диагноза и проведения дифференциальной диагностики.

3. Назначьте лечение (этиотропную, патогенетическую и синдромно-симптоматическую терапию) и дайте рекомендации по постгоспитальной реабилитации больного, включая возможности санаторно-курортного этапа.

4. Какие виды, условия и формы медицинской помощи следует предоставить в соответствии с Порядком оказания медицинской помощи при данной ситуации?

**ПРИМЕР РЕКОМЕНДУЕМОГО СОДЕРЖАНИЯ ОТВЕТА:**

1. **Диагноз заболевания и его обоснование:** Тромбоз эмболия в системе легочной артерии – ТЭЛА.

**Обоснование диагноза основного заболевания:** Внезапность возникновения, спровоцированная минимальной физической нагрузкой (попытка встать с постели), обусловлена отрывом тромба, вероятнее всего из системы глубоких вен нижних конечностей и развитием клинической картины обструктивного шока. Признаки острой дыхательной недостаточности обусловлены нарушением вентиляционно-перфузионных отношений в легких вследствие обструкции в системе легочной артерии, рефлекторным артериолоспазмом и развитием гипоксии тяжелой степе-

ни (диффузный цианоз). Острая сердечно-сосудистая недостаточность обусловлена резким увеличением конечного диастолического объема (КДО) и давления в правых отделах сердца и в системе полых вен (набухание шейных вен). Формированию тромбоза глубоких вен нижних конечностей способствовали: длительная гиподинамия (постельный режим), а также закономерные изменения в системе гемостаза, обусловленные хирургическим вмешательством (гиперкоагуляция).

Похожая клиническая картина может быть обусловлена кардиогенным шоком, вследствие инфаркта миокарда (внезапность возникновения, резкая боль в грудной клетке). В отличие от ТЭЛА чаще протекает по типу левожелудочковой недостаточности, но может быть и следствием инфаркта правого желудочка, что затрудняет дифференциальную диагностику. Клиническая картина обусловленной нарушением сократительной способности миокарда и формированием синдрома малого выброса. Характеризуется повышением КДО и давления в левых отделах сердца с последующим увеличением гидростатического давления в легочных капиллярах и формированием интерстициального, а затем и альвеолярного отека легких.

*2. Для дифференциальной диагностики, уточнения диагноза и риска необходимо выполнить следующие исследования:*

С целью определения риска ТЭЛА рекомендовано применять шкалы Geneva, Wells.

*В данном случае диагностический алгоритм сводится к следующим рекомендациям (рисунок):*

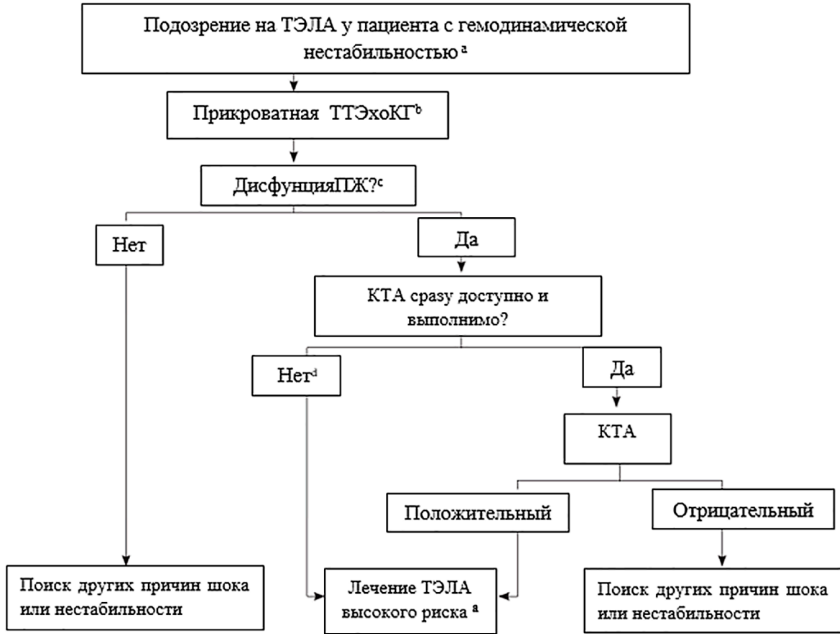
- *КТ Ангиопульмонография* является методом выбора для визуализации легочной артерии у пациентов с подозрением на ЛЭ, позволяя адекватно визуализировать ветви легочной артерии вплоть до субсегментарного уровня;

- *УЗИ сердца* – для определения параметров центральной гемодинамики, функционального состояния камер сердца и центральных сосудов, а также сократительной способности миокарда;

- *ЭКГ* – имеет принципиально разные признаки (например, P- pulmonale при ТЭЛА и подъем сегмента ST при инфаркте миокарда);

- *R-графия органов грудной клетки* – для визуализации рентгенологических признаков ТЭЛА;

- *Исследование динамики биохимических маркеров некроза миокарда* в течение ближайших 12 часов: тропонин, креатинфосфокиназа (КФК), МВ-фракция КФК;



Диагностический алгоритм

• *УЗДГ вен нижних конечностей* – для определения источника тромбоза, проходимости и состояния клапанного аппарата поверхностных и глубоких вен;

• *Исследование гемостазиограммы* – для определения коагуляционного потенциала крови, состояния свертывающей и противосвертывающей системы крови.

**3. Неотложные мероприятия должны включать:**

- перевод в отделение реанимации;
- ингаляция увлажненного 100% кислорода, и/или другие методы респираторной поддержки, при необходимости (ИВЛ, ВПО, НИВЛ);
- терапия ТЭЛА высокого риска осуществляется путем подкожного введения низкомолекулярного гепарина (эноксапарин, надропарин, дальтепарин) сообразно весу пациента или фондапаринукса, или НФГ – гепарин 5000 ед. в/в болюсно, затем – постоянная инфузия через дозатор со скоростью 1000 ед/час, попутно проведению диагностических мероприятий;



- использование препаратов необходимых для стабилизации гемодинамических показателей (микроструйное внутривенное введение с использованием дозаторов) норэпинефрин, добутамин;
- проведение тромболитической терапии (стрептокиназа, урокиназа, рекомбинантный тканевой активатор плазминогена (рТАП));
- в случае прогрессивного ухудшения состояния (массивная ТЭЛА) проведение комплекса сердечно-легочной реанимации.

*Тактика дальнейшего лечения:*

- перевод на непрямые антикоагулянты
- эластическая компрессия нижних конечностей
- контроль состояния глубоких вен нижних конечностей (УЗДГ)
- при необходимости решение вопроса о хирургическом лечении (установка кава-фильтров)

*Меры профилактики включают:*

- оценку степени риска тромбообразования в предоперационном периоде;
- предоперационную плановую гепаринопрофилактику;
- послеоперационное назначение нефракционированного или, предпочтительнее, низкомолекулярного гепарина в профилактических дозировках;
- эластическая компрессия нижних конечностей в течение всего периоперационного периода;
- ранняя активизация пациента, гимнастика нижних конечностей при постельном режиме.

**4. Ответ на вопрос ОЗЗО: Какие виды, условия и формы медицинской помощи следует предоставить в соответствии с Порядком оказания медицинской помощи при данной ситуации?**

*Общие положения* – см. выше (Ситуационная задача №1).

*В данной ситуации: Поэтапные виды, условия и формы оказания медицинской помощи:* специализированная медицинская помощь, в стационарных условиях, неотложная форма оказания.

## 1.6.2 НЕОТЛОЖНАЯ СИТУАЦИЯ

Женщина 45 лет, продавец промышленных товаров, находится на стационарном лечении в терапевтическом отделении с нижнедолевой правосторонней пневмонией. При внутривенном введении цефтриаксона у больной появилось головокружение, слабость, тошнота, чувство жара, нехватки воздуха.

**Из анамнеза:** Страдает пищевой поливалентной аллергией, экземой.

**Объективно:** состояние больной тяжелое, в сознании, возбуждена. Акроцианоз. Кожные покровы гиперемированы, на лице, груди и верхних конечностях папулезно-уртикарная сыпь, диаметр папул от 0,5 до 1,5 см. Температура тела 37,8 °С. В легких дыхание жесткое, ослаблено в нижнебоковых отделах справа, сухие хрипы. ЧД = 28 – 30 в 1 мин. Тоны сердца приглушены, ритмичные. АД = 70/50 мм.рт.ст. ЧСС = 120 в 1 мин. Живот мягкий, безболезненный.

**Результаты стационарного обследования:**

**ОАК:** эритроц. =  $3,8 \times 10^{12}/л.$ , Hb = 116 г/л, Ht = 29%. Лейкоц. =  $13,7 \times 10^9/л.$ , баз. = 1%, эоз. = 5%, юные = 2%, палочкоядерные = 8%, сегм. = 54%, лимф. = 23%, моноц. = 7%. СОЭ = 28 мм/час.

**ОАМ:** цвет – сол.-желтый, уд. вес = 1010, реакция – слабо-кислая, белок – отриц, сахар – отриц., эпит. плос. = 1-2 в п/зр, эритроц. – отриц., лейкоц. = 2-3 в п/зр., соли не обнаружены.

**Биохимическое исследование крови:** глюкоза = 5,3 ммоль/л, билирубин общий = 16 мкмоль/л, билирубин прямой = 3 мкмоль/л, АЛТ = 25 МЕ/л, АСТ = 18 МЕ/л, мочевины = 5,3 ммоль/л, креатинин = 65 мкмоль/л. Общий белок = 76 г/л.

**Пульсоксиметрия:** SpO<sub>2</sub> = 89%.

#### Задания (вопросы):

1. Сформулируйте диагноз основного и сопутствующего заболеваний, обосновав его сведениями, имеющимися в условии задачи.
2. Обоснуйте необходимость дополнительных лабораторных и/или инструментальных исследований для верификации диагноза и проведения дифференциальной диагностики.
3. Назначьте лечение (этиотропную, патогенетическую и синдромно-симптоматическую терапию) и дайте рекомендации по постгоспитальной реабилитации больной, включая возможности санаторно-курортного этапа.
4. Какие виды, условия и формы медицинской помощи следует предоставить в соответствии с Порядком оказания медицинской помощи при данной ситуации?

#### ПРИМЕР РЕКОМЕНДУЕМОГО СОДЕРЖАНИЯ ОТВЕТА:

1. **Диагноз и его обоснование:** Лекарственный анафилактический шок.

**Обоснование диагноза:** Внезапность развития, связанная с введением лекарственного препарата. Быстрое развитие уртикарной сыпи. Неблагополучный аллергоанамнез, изменения в ОАК – эозинофилия. Шоковое состояние обусловлено развитием сосудистого коллапса (головокружение, слабость, тошнота), вследствие вазодилатации, перераспределения и относительного уменьшения объема циркулирующей крови. Признаки дыхательной недостаточности обусловлены развитием циркуляторной гипоксии, а также обструкцией дыхательных путей вследствие аллергического отека, которая усугубляется наличием воспалительного отека и секрета (основное заболевание – пневмония).

**2. Для дифференциальной диагностики, уточнения диагноза и риска необходимо выполнить следующие исследования:** срочная консультация анестезиолога-реаниматолога и перевод в реанимационное отделение. В дальнейшем, после стабилизации состояния, целесообразно назначить консультацию аллерголога и иммунолога, исследование аллергологического статуса.

**3. Неотложные мероприятия должны включать:**

- прекратить поступление аллергена;
- эпинефрин 0,1% 0,3-0,5мл в/м в переднебоковую поверхность верхней трети бедра, при необходимости – через одежду;
- ингаляция увлажненного 100% кислорода, оценка проходимости дыхательных путей;
- катетеризация периферической вены;
- струйное в/в вливание кристаллоидных растворов (физиологический раствор NaCl, раствор Рингера) в объеме до 2 л;
- рекомендуется пациенту с анафилаксией/АШ при отсутствии эффекта от в/м введения эпинефрина ввести его в/в в разведении до 1:10000 (1 мл раствора эпинефрина на 9 мл раствора натрия хлорида 0,9%) для купирования анафилаксии/АШ;
- системные глюкокортикостероиды (ГКС) в/в, в дозе не менее 90 – 120 мг преднизолона или 12 – 16 мг дексаметазона;
- госпитализация пациента в отделение реанимации, даже если произошла нормализация гемодинамических параметров.

**Тактика дальнейшего лечения должна включать:**

- ингаляция β-миметиков короткого действия (сальбутамол) или комбинированных с холинолитиками препаратов (фенотерол/ипратропиум бромид) с помощью небулайзера;
- курс терапии ГКС (парентерально, затем per os и ингаляционно);
- антигистаминные препараты.

*Меры профилактики:*

- проведение накожной скарификационной пробы перед введением антибиотика у пациентки с неблагоприятным аллергоанамнезом;
- каждому в/в введение препарата должна предшествовать биологическая проба;
- проведение аллергопроб в специализированном аллергоцентре в плановом порядке после выписки из стационара в периоде ремиссии.

**4. Ответ на вопрос ОЗЗО: Какие виды, условия и формы медицинской помощи следует предоставить в соответствии с Порядком оказания медицинской помощи при данной ситуации?**

*Общие положения* – см. выше (Ситуационная задача №1).

*В данной ситуации: Поэтапные виды, условия и формы оказания медицинской помощи:* специализированная медицинская помощь, в стационарных условиях, неотложная форма оказания.

### 1.6.3 НЕОТЛОЖНАЯ СИТУАЦИЯ

Женщина 68 лет, пенсионерка, поступила в приемный покой терапевтического стационара с жалобами на затрудненное дыхание, одышку, сухой кашель с небольшим количеством вязкой, трудноотделяемой мокроты.

**Из анамнеза:** Больна в течение 2 дней, когда появилась головная боль, обильные выделения из носа, слезотечение, озноб, миалгии, кашель. В течение 2-х дней одышка прогрессивно нарастала, появился затрудненный выдох, больная принимала сальбутамол от 6 до 10 ингаляций в день, после которых чувствовала кратковременное облегчение.

**Объективно:** Состояние больной тяжелое, в сознании, сидит, но возбуждена. Лицо гиперемировано, выраженный акроцианоз. Дыхание шумное, с затрудненным выдохом и участием вспомогательной мускулатуры и дистанционными свистящими хрипами. ЧД = 28 – 32 в 1 мин. Аускультативно: дыхание жесткое, умеренно ослаблено во всех отделах, проводится равномерно, выслушивается масса сухих свистящих хрипов. Тоны сердца приглушены, ритм правильный. АД = 160/110 мм рт. ст., ЧСС = 116 в 1 мин. Живот мягкий безболезненный. Физиологические отправления в норме.

**Результаты лабораторного обследования:**

**ОАК:** эритро. =  $5,2 \times 10^{12}/л.$ , Нб = 158 г/л. Нт = 43%. Лейкоц. =  $9,8 \times 10^9/л.$ , баз. = 1%, эоз. = 5%, палоч. = 5%, сегм. = 60%, лимф. = 22%, моноц. = 7%. СОЭ = 18 мм /час.

**ОАМ:** цвет – сол. желт., уд.вес = 1012, реакц. – кислая, белок = 0,66 г/л, глюкоза – отриц., эпит. плоский = 3-5 в п/зр, эритроц. – не обнаружены, лейкоц. = 3-5 в п/зр., соли не обнаружены

**Биохимическое исследование крови:** глюкоза = 5,6 ммоль/л, билирубин общ = 18 мкмоль/л, билирубин прямой = 5,2 мкмоль/л, АЛТ = 32 Ед/л, АСТ = 28 Ед/л, мочевины = 9,3 ммоль/л, креатинин = 108 мкмоль/л. Общий белок = 70 г/л.

**Пульсоксиметрия:** SpO<sub>2</sub> = 92%.

### Задания (вопросы):

1. Сформулируйте диагноз основного и сопутствующего заболеваний, обосновав его сведениями, имеющимися в условии задачи.

2. Обоснуйте необходимость дополнительных лабораторных и/или инструментальных исследований для верификации диагноза и проведения дифференциальной диагностики.

3. Назначьте лечение (этиотропную, патогенетическую и синдромно-симптоматическую терапию) и дайте рекомендации по постгоспитальной реабилитации больной, включая возможности санаторно-курортного этапа.

4. Какие виды, условия и формы медицинской помощи следует предоставить в соответствии с Порядком оказания медицинской помощи при данной ситуации?

### ПРИМЕР РЕКОМЕНДУЕМОГО СОДЕРЖАНИЯ ОТВЕТА:

1. *Диагноз и его обоснование:* Бронхиальная астма, неконтролируемая. Затянувшийся приступ бронхиальной астмы.

*Обоснование диагноза:* Постепенное нарастание признаков дыхательной недостаточности в течение 2 дней, на фоне острой респираторной инфекции, которая послужила провоцирующим фактором в развитие приступа. Формирование частичной рефрактерности рецепторов к β-миметикам короткого действия: увеличение частоты приема с 6 до 10 ингаляций и высокая суточная дозировка салбутамола приносит лишь временное облегчение (но эффект препарата сохраняется). Эозинофилия свидетельствует об активной иммунной реакции, характерной для эозинофильной или атопической бронхиальной астмы.

Для дифференциальной диагностики с *астматическим статусом* (отличается от приступа формированием рефрактерности β-адренорецепторов к препаратам первого ряда (салбутамол), пнев-

монией (острая респираторная инфекция, послужившая началом заболевания, не позволяет исключить дальнейшее развитие бактериального бронхита и пневмонии с развитием критической бронхообструкции), *хронической застойной сердечной недостаточностью* (может иметь схожую клиническую картину; признаки дыхательной недостаточности будут обусловлены наличием гипертензии в малом круге кровообращения вследствие снижения сократительной способности миокарда, а также развитием циркуляторной гипоксии. ОРЗ в этом случае будет играть роль фактора, провоцирующего и усугубляющего течение ХСН.

**2.** Для уточнения диагноза необходимо выполнить следующие исследования:

- исследование функции внешнего дыхания (спирометрия, пикфлоуметрия), для определения степени обструкции дыхательных путей. Исследование необходимо выполнить сразу при поступлении больного в стационар, а также после проведения неотложной терапии (как критерий эффективности проведенной терапии);

- пульсоксиметрия – необходим постоянный мониторинг SpO<sub>2</sub>;
- рентгенография органов грудной клетки, позволит диагностировать пневмонию, а также поможет выявить признаки бронхиальной астмы (гипервоздушность и участки ателектазирования);

- исследования газового состава крови и КЩС – могут выявить характерные для тяжелого приступа БА нарушения: гипоксия, гиперкапния, метаболический ацидоз.

Необходимы консультации:

- пульмонологом
- реаниматологом (т.к. имеется выраженное нарушение витальной функции – ДН II ст. и риск ухудшения состояния пациента в течение ближайших 24 часов).

**3.** Показана госпитализация в палату интенсивной терапии пульмонологического отделения либо в отделение реанимации.

Неотложные мероприятия должны включать:

- ингаляцию увлажненного 100% кислорода 4-5 литра в минуту через назальные канюли, оценка степени бронхообструкции, катетеризация периферической вены;

- использование бронходилататоров через небулайзер; в-агонисты короткого действия (сальбутамол 2,5 мг на ингаляцию, фенотерол), ингаляционные холинолитики (ипратроприум бромид), комбинированные препараты (беродуал);

- системные ГКС в ударной дозе внутривенно (преднизолон 1 – 1,5 мг. на килограмм массы тела, но не менее 90 – 120 мг, дексаметазон в эквивалентной дозировке). Пациентам с тяжелым обострением БА рекомендуется назначение преднизолона (или его эквивалента) в дозе 40-50 мг/сут 1 раз в сутки сроком на 5-7 дней. Отмену назначенных СГКС рекомендуется проводить только на фоне назначения ИГКС;

- подкожное или внутримышечное введение эпинефрина адреналин 0,1% – 1 мг) рекомендуется при неотложном лечении анафилаксии или ангионевротического отека. Эпинефрин не является стандартным средством для лечения обострения БА;

- назначение аминофиллина (эуфиллин 2,4% – 240 мг) при лечении тяжелых обострений БА у взрослых пациентов не рекомендуется;

- пациентам с тяжелым обострением БА, рефрактерным к назначению КДБА, рекомендуется назначение магния сульфата (2 г внутривенно в течение 20 мин однократно, болюсно, или 8 мл 25% раствора магния сульфата в ампулах разбавляют инъекционным раствором 0,9% натрия хлорида);

- решить вопрос о необходимости вспомогательной или искусственной вентиляции легких.

4. *Ответ на вопрос ОЗЗО: Какие виды, условия и формы медицинской помощи следует предоставить в соответствии с Порядком оказания медицинской помощи при данной ситуации?*

*Общие положения* – см. выше (Ситуационная задача №1).

*В данной ситуации: Поэтапные виды, условия и формы оказания медицинской помощи:* специализированная медицинская помощь, в стационарных условиях, неотложная форма оказания.

## 1.6.4 НЕОТЛОЖНАЯ СИТУАЦИЯ

В приемное отделение ЦРБ бригадой «Скорой медицинской помощи» с лестничной площадки жилого дома доставлена без сознания женщина 26 лет, неработающая.

**Из анамнеза:** Соседи, вызвавшие бригаду, сообщили, что женщина была обнаружена у дверей квартиры, является социально неблагополучной, злоупотребляет алкоголем, живет одна.

**Объективно:** состояние тяжелое, на внешние раздражители и боль не реагирует, кожа и видимые слизистые бледные, сухие. Изо рта запахи алкоголя и ацетона. Дыхание поверхностное, жесткое, равномерно

проводящееся во все отделы. ЧД = 24-26 в 1 мин. Тоны сердца глухие, выслушиваются единичные экстрасистолы. АД = 100/60 мм рт. ст., ЧСС = 120 в 1 мин. Живот мягкий, печень выступает на 2,5 см из-под реберной дуги. Катетером получено 50 мл концентрированной мочи.

**Результаты лабораторного обследования:**

**ОАК:** эритроц. =  $4,3 \times 10^{12}/л.$ , Hb = 132 г/л, Ht = 35,4%. Лейкоц. =  $10,3 \times 10^9/л.$ , баз. = 1%, эоз. = 1%, палоч. = 7%, сегм. = 66%, лимф. = 19%, моноц. = 6%. СОЭ = 11 мм/час.

**Биохимический анализ крови:** глюкоза = 19,7 ммоль/л, билирубин общий = 27 мкмоль/л, билирубин прямой = 7 мкмоль/л, АЛТ = 52 Ед/л, АСТ = 49 Ед/л, амилаза = 100 МЕ/л, креатинин = 116 мкмоль/л, мочевины = 11,2 ммоль/л. Общий белок = 63 г/л.

**КЩС:** рН = 7,29, PaO<sub>2</sub> = 86 мм.рт.ст. PaCO<sub>2</sub> = 30 мм.рт.ст. SpO<sub>2</sub> = 92%. HCO<sub>3</sub><sup>-</sup> = 18 мэкв/л, BE = 7.

**Задания (вопросы):**

1. Сформулируйте диагноз основного и сопутствующего заболеваний, обосновав его сведениями, имеющимися в условии задачи.

2. Обоснуйте необходимость дополнительных лабораторных и/или инструментальных исследований для верификации диагноза и проведения дифференциальной диагностики.

3. Назначьте лечение (этиотропную, патогенетическую и синдромосимптоматическую терапию) и дайте рекомендации по постгоспитальной реабилитации больной, включая возможности санаторно-курортного этапа.

4. Порядок получения информированного добровольного согласия пациента.

**ПРИМЕР РЕКОМЕНДУЕМОГО СОДЕРЖАНИЯ ОТВЕТА:**

1. **Диагноз и его обоснование:** Сахарный диабет I типа, манифестировавшийся кетоацидотической комой. Диабетическая кардиопатия, экстрасистолическая аритмия.

**Обоснование диагноза:** В подавляющем большинстве случаев гипертоническая кетоацидотическая кома развивается при глюкозном диабете I типа. Клиническими данными, свидетельствующими в пользу данного диагноза, являются: запах ацетона изо рта, признаки тяжелой дегидратации (сухие слизистые, олигурия), одышка, кото-



рию можно интерпретировать как компенсаторную реакцию на метаболический ацидоз. Лабораторные данные подтверждают наличие гипергликемии и метаболического ацидоза. Повышенный уровень мочевины при нормальном уровне креатинина (ближе к верхней границе нормы) подтверждают тяжелую дегидратацию. Уровень сознания соответствует глубокой коме, так как больная не реагирует даже на болевые раздражители.

**2. Для дифференциальной диагностики с алкогольной комой** (нарушение сознания может быть вызвано как диабетическим кетоацидозом (ДКА), так и алкогольной интоксикацией (известно, что больная злоупотребляет алкоголем, само по себе употребление алкоголя может быть причиной развития ДКА), **с острым «отечным» панкреатитом** (возможно умеренное повышение уровня амилазы сыворотки крови и уровня печеночных ферментов). Однако, это может проявлением хронического алкоголизма с алкогольным поражением печени и поджелудочной железы. Все это, в свою очередь, может быть непосредственной причиной развития ДКА.

С целью уточнения диагноза необходимо выполнить следующие исследования:

- **Исследование электролитов сыворотки крови.** Нарушение уровня калия и натрия в сыворотке крови характерны для ДКА. На разных стадиях нарушения этих электролитов могут носить разнонаправленный характер. Необходим постоянный мониторинг ионограммы (каждые 2 часа).

- **ОАМ:** наличие кетоновых (ацетоновых) тел может подтвердить диагноз ДКА. Однако, как критерий эффективности терапии ДКА этот показатель является малоинформативным.

- **ЭКГ:** для верификации характера аритмии.

- **УЗИ органов брюшной полости:** для исключения хирургической патологии.

- **Бактериологическое исследование мочи и крови.** В ОАК отмечаются лейкоцитоз, небольшой сдвиг лейкоцитарной формулы влево, что свидетельствует о наличии инфекционного очага – вероятной причины ДКА. Между тем, лейкоцитоз может быть следствием и самого кетоацидоза.

- **Рентгенография органов грудной клетки** для исключения пневмонии, туберкулеза (больная социально неблагополучная).

- **Пульсоксиметрия:** необходим постоянный мониторинг  $SpO_2$

• **Токсикологическое исследование крови** для определения уровня содержания алкоголя и его суррогатов, в частности – метанола, а также некоторых лекарственных веществ (седативные, наркотические анальгетики и др.).

• Консультация реаниматолога, терапевта (эндокринолога) и хирурга.

**3. Тактика неотложных и лечебных мероприятий:**

• Ингаляция 100% кислорода, решение вопроса о переводе больной на ИВЛ;

• Катетеризация центральной вены, измерение ЦВД;

• Срочная регидратация, мониторинг ЦВД.

*Цель инфузионной терапии* – регидратация, восстановление электролитного и кислотно-основного состояния крови. Регидратация проводится растворами кристаллоидов. Оптимальными являются раствор Рингера или физиологический раствор натрия хлорида. Первые 1,5-2 литра жидкости вводят струйно, затем инфузионную терапию продолжают до нормализации ОЦК. В первые сутки объем инфузии может достигать 5-12 литров. Ориентируются на показатель ЦВД. После достижения нормоволемии (ЦВД не ниже 6 см. вод. ст.) объем инфузионной терапии рассчитывают по общим правилам. При гипернатриемии целесообразно вводить гипотонический 0,45% раствор NaCl. Для профилактики и устранения дефицита калия вводят 1% раствор KCl (очень медленно!) на 5% глюкозе, ориентируясь на уровень калия сыворотки крови.

• *Инсулин короткого действия:* первая инъекция болюсно 0,15 ед/кг, затем через дозатор – добавляется в 200 мл. физ. р-ра из расчета 0,1 ед/кг и вводится в/в капельно в течение часа; если за 1 час инфузионной терапии гликемия снижается менее чем на 3 ммоль/л – доза инсулина увеличивается до 0,2 ед/кг-час (при снижении гликемии до 13 ммоль/л – доза инсулина уменьшается до 0,05 ед/кг массы тела-час, а если уровень гликемии составляет < 13 ммоль/л – подключается инфузия 5% р-ра глюкозы с добавлением 6 ед. инсулина на каждые 400 мл.). Мониторинг уровня гликемии.

• *Коррекция электролитного состава крови* (гипокалиемия, гипернатриемия). Расчет дозы калия осуществляется по его уровню в крови: при содержании  $K^+ < 3,3$  ммоль/л – 3,0 г калия на 1 л инфузионного раствора, при  $K^+ = 3,3-5,5$  ммоль/л – 2,2 г калия на 1 л инфузионного раствора; если уровень  $K^+ > 5,5$  ммоль/л – инфузия препаратов калия

не проводится, осуществляется только контроль содержания электролитов в сыворотке крови, как и КЩС, через каждые 2 часа.

**4. Ответ по ОЗЗО: Порядок получения ИДС .**

В соответствии с Федеральным законом от 21.11.2011 N 323-ФЗ (ред. от 24.07.2023) «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», глава 4, статья 20: Необходимым предварительным условием медицинского вмешательства является дача информированного добровольного согласия гражданина или его законного представителя на основании предоставленной медицинским работником в доступной форме полной информации о целях, методах оказания медицинской помощи, связанном с ними риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, о его последствиях, а также о предполагаемых результатах оказания медицинской помощи. Гражданин имеет право отказаться от медицинского вмешательства или потребовать его прекращения, за исключением случаев, предусмотренных законом. При отказе от медицинского вмешательства гражданину, в доступной для него форме должны быть разъяснены возможные последствия такого отказа. Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство или отказ от медицинского вмешательства оформляется в письменной форме, подписывается гражданином, или законным представителем, медицинским работником и содержится в медицинской документации пациента. Порядок дачи информированного добровольного согласия и отказа от медицинского вмешательства в отношении определенных видов медицинского вмешательства, форма информированного добровольного согласия и форма отказа от медицинского вмешательства утверждаются уполномоченным федеральным органом исполнительной власти.

Медицинское вмешательство без согласия гражданина или законного представителя допускается: если медицинское вмешательство необходимо по экстренным показаниям для устранения угрозы жизни человека и если его состояние не позволяет выразить свою волю или отсутствуют законные представители; в отношении лиц, страдающих заболеваниями, представляющими опасность для окружающих; в отношении лиц, страдающих тяжелыми психическими расстройствами; в отношении лиц, совершивших общественно опасные деяния (преступления); при проведении судебно-медицинской экспертизы и (или) судебно-психиатрической экспертизы. Решение о медицинском вмешательстве без согласия гражданина или законного представителя

принимается: консилиумом врачей, а если собрать консилиум невозможно, – непосредственно лечащим (дежурным) врачом с внесением такого решения в медицинскую документацию пациента и последующим уведомлением должностных лиц медицинской организации (руководителя медицинской организации или руководителя отделения медицинской организации); судом – в случаях и в порядке, которые установлены законодательством Российской Федерации.

### 1.6.5 НЕОТЛОЖНАЯ СИТУАЦИЯ

В приемный покой городской травматологической больницы с места ДТП частным автотранспортом доставлен мужчина Д., 27 лет, охранник, с жалобами на интенсивную боль в области левого бедра, распирающего характера. Жалуется также на головокружение, слабость, периодически возникающее чувство тошноты.

**Из анамнеза:** С момента травмы до поступления в больницу прошло около 1,5 часов.

**Объективно:** Состояние тяжелое, в сознании, сонлив, на вопросы отвечает с трудом. Кожные покровы и видимые слизистые бледные с мраморным оттенком, на ощупь холодные, симптом «пятна при надавливании на ногтевое ложе» больше 3 сек. В области верхней трети левого бедра деформация, гематома, выраженный напряженный отек, диаметр бедра значительно увеличен в размерах. Рост 189 см, вес 100 кг. Дыхание поверхностное, везикулярное, проводится равномерно во все отделы. ЧД = 26 в 1 мин. Тоны сердца глухие, АД = 80/50 мм рт. ст. Пульс нитевидный, 132 в 1 мин. Живот мягкий безболезненный. Печень и селезенка не пальпируются. Размеры печени и селезенки по Курлову: 10х 9,5 х 8 см и 6 х 4 см соответственно. Поколачивание в проекции почек безболезненно. Катетером получено 300 мл мочи с примесью свежей крови.

#### **Результаты лабораторного обследования:**

**ОАК:** эритроц. = 2,8 х 10<sup>12</sup>/л, Hb = 85 г/л, Ht = 23%, лейкоц. = 6,7 х 10<sup>9</sup>/л.

**ОАМ:** цвет – бурый, уд. вес = 1017, реакц. – кисл., белок = 0,9 г/л, сахар – отриц., эритроц. – сплошь.

**Биохимическое исследование крови:** глюкоза = 7,0 ммоль/л, билирубин общ. = 16 мкмоль/л, общий холестерин = 5,1 ммоль/л, общий белок = 52 г/л, креатинин = 120 мкмоль/л, АСТ/АЛТ = 80/67 МЕ.

**ЭКГ:** Ритм синусовый, 135 в 1 мин. Вольтаж снижен. Депрессия ST в V4-6 на 1,5 мм.

**Рентгенография органов грудной клетки:** Корни легких не расширены, очаговых и инфильтративных изменений не выявлено.

**Рентгенография органов брюшной полости** – свободного газа, уровней жидкости не выявлено.

**Пульсоксиметрия:** SpO<sub>2</sub> = 76%.

#### Задание (вопросы):

1. Сформулируйте диагноз основного и сопутствующего заболеваний, обосновав его сведениями, имеющимися в условии задачи.

2. Обоснуйте необходимость дополнительных лабораторных и/или инструментальных исследований для верификации диагноза и проведения дифференциальной диагностики.

3. Назначьте лечение (этиотропную, патогенетическую и синдромно-симптоматическую терапию) и дайте рекомендации по постгоспитальной реабилитации больного, включая возможности санаторно-курортного этапа.

4. Имеет ли пациент право на выбор врача при оказании экстренной и неотложной помощи?

#### ПРИМЕР РЕКОМЕНДУЕМОГО СОДЕРЖАНИЯ ОТВЕТА:

1. *Диагноз и его обоснование:* Тупая травма левого бедра. Геморрагический шок.

*Обоснование диагноза:* Предполагаемым источником кровотечения являются интрамедуллярные сосуды бедренной кости, поврежденной в результате травмы (деформация и гематома в области верхней трети левого бедра свидетельствуют о переломе). Распирающий характер боли, выраженный напряженный отек и значительное увеличение диаметра бедра свидетельствуют о продолжающемся кровотечении. Вероятность повреждения крупных магистральных сосудов бедра невелика, так как с момента травмы прошло более часа. Точно оценить объем внутренней кровопотери достаточно сложно, однако можно с уверенностью сказать, что она превышает 30% объема циркулирующей крови (ОЦК), так как сопровождается клиническими признаками шока (снижение систолического АД менее 90 мм.рт.ст., вследствие чего нарушается нормальная перфузия и оксигенация органов и тканей).

Головокружение и патологическая сонливость обусловлены гипоксией коры головного мозга, однако могут быть и признаками

ЧМТ; снижение ударного объема сердца компенсируется тахикардией (для поддержания сердечного выброса); бледные, холодные с мраморным рисунком кожные покровы свидетельствуют о повышении общего периферического сосудистого сопротивления (централизация кровообращения).

Диагноз подтверждается лабораторными данными, свидетельствующими о выраженной анемии (снижение уровня гемоглобина, гематокрита и эритроцитов). Наличие гематурии дает основание предположить травматическое повреждение костей и органов таза, что также является источником кровотечения.

***Возможные осложнения:***

- *Асистолия*, вследствие резкого снижения ОЦК и преднагрузки, уменьшения конечного диастолического объема и давления, критического снижения ударного объема и сократительной способности миокарда (закон Старлинга для сердца). Риск асистолии особенно высок во время индукции в анестезию, так все анестезиологические препараты обладают в той или иной мере кардиодепрессивным действием. Препаратом выбора для индукции является кетамин.

- *Развитие острого синдрома диссеминированного внутрисосудистого свертывания крови (ДВС)*. Основной причиной развития ДВС-синдрома при кровопотере является абсолютный (вследствие абсолютного снижения ОЦК) и относительный (вследствие гемодилюции) дефицит факторов свертывания крови.

- *Развитие острого респираторного дистресс синдрома (РДС)*, вследствие тотальной гипоксии и активации механизмов системного воспаления. Также, причинами развития РДС при кровопотере может служить массивная гемотранфузия и развившийся ДВС-синдром.

**2. Для уточнения диагноза необходимо провести следующие исследования:**

- Рентгенография костей таза и бедра – для уточнения локализации и характера перелома.

- Рентгенография костей черепа и КТ головного мозга – для исключения переломов, ЧМТ, эпидуральной /субдуральной гематомы.

- УЗИ органов брюшной полости – для исключения травматического повреждения внутренних органов.

- Коагулограмма – для определения коагуляционного потенциала крови и исключения дефицита плазменных факторов свертывания крови.

**3. Неотложные мероприятия должны включать:**

- Обеспечение проходимости дыхательных путей, ингаляция 100% увлажненным кислородом.

- Обеспечение венозного доступа (не менее двух периферических катетера или периферический и центральный венозный доступ).

- Восполнение ОЦК – инфузионная терапия.

*Основной целью инфузионной терапии* при геморрагическом шоке является восстановление ОЦК, нормального соотношения между водными секторами организма, а также восстановление электролитного баланса. Инфузионную терапию необходимо начинать с быстрого (струйного) введения растворов кристаллоидов (раствор Рингера, физиологический раствор натрия хлорида) в объеме не менее 2 литров. Затем можно ввести коллоидные растворы (гидроксизтилкрахмал, растворы модифицированного жидкого желатина). Соотношение объема перелитых кристаллоидов и коллоидов должно составлять 2:1 или 3:1. Рекомендуется поддерживать систолическое АД на уровне 90-100 мм рт. ст. Такое системное АД обеспечивает адекватную перфузию и оксигенацию органов и тканей и не препятствует формированию спонтанного гемостаза. Необходимо контролировать уровень гематокрита и избегать чрезмерной гемодилюции (риск развития дилуционной коагулопатии).

- Если после восполнения объемом гемодинамика не стабилизировалась (артериальная гипотония) необходимо ввести средства инотропной поддержки: допамин в дозе 5 – 10 мкг/кг/мин. (через дозатор).

- С целью устранения дефицита плазменных факторов крови – трансфузия свежезамороженной плазмы.

*Основной целью трансфузионной терапии* является восстановление клеточного и плазменного состава крови. При высоком риске и наличии дефицита плазменных факторов свертывания крови необходимости осуществить трансфузию СЗП. Для восполнения объема циркулирующих эритроцитов – эритроцитарную массу.

- При необходимости эритроцитарная масса (снижение гемоглобина менее 80 г/л).

- В случае прогрессивного ухудшения состояния – комплекс сердечно-легочной реанимации.

Продолжающееся кровотечение является угрожающим жизни состоянием и требует выполнения экстренного хирургического вмешательства. Предоперационная подготовка осуществляется в экс-

тренном порядке на операционном столе и заключается в быстром осуществлении неотложных мероприятий. Операционно-анестезиологический риск крайне высокий. Операция выполняется по жизненным показаниям.

**4. Ответ на вопрос ОЗЗО: Имеет ли пациент право на выбор врача при оказании экстренной и неотложной помощи?**

В соответствии с Федеральным законом от 21.11.2011 N 323-ФЗ (ред. от 24.07.2023) «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», глава 4, статья 21: медицинская помощь в неотложной или экстренной форме оказывается гражданам с учетом соблюдения установленных требований к срокам ее оказания.



---

## II. ВНУТРЕННИЕ БОЛЕЗНИ + ХИРУРГИЧЕСКИЕ БОЛЕЗНИ

---

### II.1. ПЛАНОВЫЕ СИТУАЦИИ

#### II.1.1 ПЛАНОВАЯ СИТУАЦИЯ

Мужчина 57 лет, инженер, обратился в поликлинику к хирургу с жалобами на боли в голених при ходьбе до 200 м, а также боли в эпигастрии через 15-20 минут после еды, тошноту, изжогу.

**Из анамнеза:** Боли в нижних конечностях появились 3 года назад, быстро прогрессировали. По назначению хирурга длительно получает аспирин (100 мг в сутки), но в последние два года к врачу не обращался. Боли в эпигастрии, правом подреберье, тошнота появились 2 года назад, по поводу чего периодически использует антациды, спазмолитики с кратковременным эффектом.

**Объективно:** состояние удовлетворительное, сознание ясное, положение активное. Пульсация артерий сохранена на всех уровнях за исключением передних и задних большеберцовых артерий. Над бедренными артериями – систолический шум. Симптомы плантарной ишемии – положительные. Дыхание не затруднено, везикулярное во всех отделах. ЧД = 16 в 1 мин. Сердце – тоны ясные, ритм правильный. Пульс = 72 в 1 мин. АД = 130/70 мм рт.ст. Живот участвует в дыхании, при пальпации определяется болезненность в эпигастрии, в правом подреберье. Размеры печени и селезенки по Курлову: 9,5x8x7 см и 6/4 см соответственно. Поколачивание в проекции почек безболезненное.

**Результаты лабораторно-инструментального обследования:**

**ОАК:** Эр. =  $4,2 \times 10^{12}/л$ , Нб = 140 г/л. Лейкоциты =  $5,6 \times 10^9/л$ . СОЭ = 8 мм/час.

**Биохимическое исследование крови:** Глюкоза = 4,6 ммоль/л, общий холестерин = 7,8 ммоль/л, триглицериды = 2,7 ммоль/л.

**УЗИ брюшной полости:** размеры правой доли печени 120 мм, левой – 50 мм, структура печени и поджелудочной железы однородная.

Стенка желчного пузыря толщиной 3,5 мм, в просвете желчного пузыря множество гиперэхогенных теней диаметром от 2 до 8 мм.

**ФГДС:** гиперемия слизистой антрального и пилорического отделов желудка, множественные эрозии.

### Задание (вопросы):

**1. Сформулируйте диагноз основного и сопутствующего заболеваний, обосновав его сведениями, имеющимися в условии задачи.**

**2. Обоснуйте необходимость дополнительных лабораторных и/или инструментальных исследований для верификации диагноза и проведения дифференциальной диагностики.**

**3. Назначьте лечение (этиотропную, патогенетическую и синдромно-симптоматическую терапию) и дайте рекомендации по постгоспитальной реабилитации больного, включая возможности санаторно-курортного этапа.**

### ПРИМЕР РЕКОМЕНДУЕМОГО СОДЕРЖАНИЯ ОТВЕТА:

**1. Диагноз и его обоснование:** НПВП-гастропатия: хронический антральный гастрит с эрозиями, обострение. ЖКБ: хронический калькулёзный холецистит, фаза ремиссии. Облитерирующий атеросклероз стадии 2Б.

*Обоснование диагноза: НПВП-гастропатия* – ранние боли в эпигастрии после еды, купируемые приёмом антацидов, тошнота, изжога, в анамнезе длительный приём НПВП (аспирин в малой дозе), при объективном исследовании – болезненность в эпигастрии,

*Эрозивный гастрит:* при ФГДС – эрозии, гиперемия антрального отдела желудка.

*ЖКБ:* болезненность при пальпации в правом подреберье, эффект от но-шпы при болях в эпигастрии; при УЗИ – признаки хронического холецистита, наличие конкрементов в просвете желчного пузыря.

*Облитерирующий атеросклероз:* жалобы на боли в голених при ходьбе до 200 м (перемежающаяся хромота). Из анамнеза – боли в нижних конечностях появились 3 года назад, быстро прогрессировали. Объективно – симптом отсутствия пульса на передних и задних большеберцовых артериях, положительные симптомы плантарной ишемии. Снижение регионарного артериального давления – АД = 130/70 мм.рт.ст., значимость которого при облитери-

рующем атеросклерозе может быть объективизирована определением лодыжечно-брахиального индекса (его снижением).

**2. Для верификации диагноза и проведения дифференциальной диагностики необходимо выполнить следующие исследования:**

- определение Нр-инфекции (приём НПВП как причина гастрита не исключает наличие Нр-инфекции) цитологическим, гистологическим, уреазным, антигенным методами;

- для оценки функции печени, выявления сопутствующего билиарнозависимого панкреатита – АЛТ, АСТ, ЩФ, ГГТП, амилаза, копрограмма, определение панкреатической эластазы в кале.

- УЗДГ артерий, дуплексное УЗИ артерий нижних конечностей, определение лодыжечно-брахиального индекса для решения вопроса о хирургическом лечении.

- реовазография с фармакологическими пробами

- контрастная артериография.

- консультации смежных специалистов: гастроэнтеролог, хирург (решение вопроса о плановой холецистэктомии), сосудистый хирург – выполнение не прямой или прямой реваскуляризации.

**3. Тактика лечения:** госпитализация по терапевтическому заболеванию не требуется. После решения вопроса о возможности оперативного лечения – подготовительная терапия сосудорасширяющими лекарственными средствами и метаболическими препаратами, возможная как в хирургическом, так и в дневном стационаре.

- с учётом облитерирующего атеросклероза – ограничивается потребление животных жиров и легко усвояемых углеводов; также исключение веществ, стимулирующих желудочную секрецию (специи, алкоголь, поваренная соль), химически раздражающих слизистую, отказ от курения.

- отмена аспирина, назначение клопидогреля или тикагрелора;

- при наличии НР-инфекции – проведение эрадикации по схеме: ингибитор протонной помпы (например, омепразол 20 мгх2 раза/сут за 1 час до еды) + кларитромицин 500 мг х 2 раза/сут. + амоксициллин 1000 мг х 2 раза в сут., во время еды 10 – 14 дней. Контроль эффективности терапии через 4 недели;

- антисекреторные препараты – блокаторы протонной помпы (омепразол, лансопразол, рабепразол и др.) – омепразол 20х2 раза в сутки, 1 мес, затем – по 20 мг 1 раз в сутки (утром, перед завтраком!) – весь период приема антиагрегантной терапии;

- гастропротекторы – коллоидный субцитрат/субсалицилат висмута трикалия дицитрат 240 мг х 2 раза в день, за 20 мин до еды (4 нед.) и/или ребамипид 100 мг 3 раза в сутки;
- регуляция моторики – домперидон 10 мг х3 раза/сут или итоприда гидрохлорид 50 мг 3 раза в сутки, за 20-30 мин до еды в течение не менее, чем 2 месяцев;
- коррекция нарушений липидного спектра: диета, снижение холестерина – в максимальных переносимых дозировках: аторвастатин 80 мг/сут, розувастатин 40 мг /сут, питавастатин 4 мг/сут, при недостаточном снижении уровня триглицеридов – фенофибрат 145 мг х1 раз/сут; или сочетание статина и эзетимиба 10 мг в сутки;
- антиагрегантная терапия: с учетом НПВП-гастропатии, низкими дозам ацетисалициловой кислоты следует предпочесть длительный прием клопидогрела 75 мг в сутки или тикагрелор по 90 мг 2 раза в сутки;

- плановая холецистэктомия.

*Лечение у сосудистого хирурга:*

- Антагонисты кальциевых каналов: амлодипин 5-20 мг/сут, исрадипин 2,5-5 мг/сут, фелодипин 2,5-10 мг/сут;
- Ингибиторы АПФ или сартаны;
- Пентоксифиллин 400 мг 3 раза в сутки.

*Инфузионная терапия:*

- Реополиглюкин + 80 мг дротаверина гидрохлорида + никотиновая кислота 1% 4 мл в/в, №10,
- при критической ишемии конечности – илопрост, алпростидил, вазопростан – внутривенно капельно;
- магнитотерапия №10, радоновые ванны № 10, гипербарическая оксигенация № 10.

*При дальнейшем прогрессировании ОА – рассмотреть возможность проведения оперативного вмешательства, в данном случае – поясничной симпатэктомии.*

## II.1.2 ПЛАНОВАЯ СИТУАЦИЯ

Мужчина 34 лет, бурильщик, обратился в поликлинику к хирургу с жалобами на зябкость, похолодание, боли в голенях при ходьбе до 200 м и наличие болезненных образований по ходу поверхностных вен голеней. Отмечает также боли в подложечной области через 1-2 часа после приема пищи, изжогу, периодическую тошноту.

**Из анамнеза:** Болен около трех лет. Лечился амбулаторно с незначительным положительным эффектом. В последний месяц почувствовал ухудшение, неделю назад на голенях появились болезненные образования по ходу вен, гиперемия. Сократилась дистанция безболевого ишемии с 1 км до 200 м. Курит в течение 15 лет по 30 сигарет в день. Работа связана с переохлаждением ног. Впервые боли в подложечной области появились три года назад, лечился амбулаторно омега-3. В последующем обострения 1 – 2 раза в год, чаще весной и осенью, лечился самостоятельно тем же препаратом. Настоящее ухудшение около недели.

**Объективно:** Состояние удовлетворительное, сознание ясное, положение активное. На коже голеней по ходу нерасширенных вен имеются очаги гиперемии, болезненные при пальпации. Пульсация определяется только на бедренных и подколенных артериях. Положительные симптомы плантарной ишемии. Дыхание не затруднено, везикулярное во всех отделах, ЧД = 16 в 1 мин. Сердце – тоны чистые, ритмичные, несколько приглушены. Пульс = 80 в 1 мин. АД = 130/80 мм рт.ст. Язык влажный, густо обложен белым налетом. Живот участвует в акте дыхания, при пальпации мягкий, болезненный в эпигастрии.

**Результаты лабораторно-инструментального обследования:**

**ОАК:** Эр =  $4,3 \times 10^{12}/л$ , Нб = 132 г/л. Лейкоциты =  $5,8 \times 10^9/л$ . СОЭ = 9 мм/час.

**УЗДГ сосудов нижних конечностей:** лодыжечно-брахиальный индекс = 0,8.

**ФГДС:** в области луковицы двенадцатиперстной кишки язва размером 0,6 x 0,5 x 0,2 см. Рубцово-язвенная деформация луковицы двенадцатиперстной кишки. Тест на Нр = (+++).

### Задание (вопросы):

1. Сформулируйте диагноз основного и сопутствующего заболеваний, обосновав его сведениями, имеющимися в условии задачи.

2. Обоснуйте необходимость дополнительных лабораторных и/или инструментальных исследований для верификации диагноза и проведения дифференциальной диагностики.

3. Назначьте лечение (этиотропную, патогенетическую и симптомно-симптоматическую терапию) и дайте рекомендации по постгоспитальной реабилитации больного, включая возможности санаторно-курортного этапа.

ПРИМЕР РЕКОМЕНДУЕМОГО СОДЕРЖАНИЯ ОТВЕТА:

**1. Диагноз и его обоснование:** Язвенная болезнь: хроническая язва ДПК, фаза обострения. Рубцово-язвенная деформация луковицы ДПК. Болезнь Бюргера (облитерирующий тромбангит). Ишемия 2Б ст.

**Обоснование диагноза:** боли в эпигастрии через 1-2 часа после еды, изжога, купируемые приёмом омепразола (антисекреторный препарат), сезонные обострения (весна, осень), обложенный язык, болезненность при пальпации живота в эпигастрии, при ФГДС обнаружена язва луковицы ДПК, ранее также были язвы ДПК (рубцовая деформация ДПК).

**Болезнь Бюргера:** у курящего в течение 15 лет по 30 сигарет в день мужчины, работа которого связана с переохлаждением ног, *жалобы* на зябкость, похолодание, боли в голенях при ходьбе до 200 м и наличие болезненных образований по ходу поверхностных вен голеней. *Симптомы поверхностного тромбофлебита:* на голенях болезненные образования по ходу вен, гиперемия, на коже по ходу нерасширенных вен имеются очаги гиперемии, болезненные при пальпации. Сократилась дистанция безболевого ишемии с 1 км до 200 м. Пульсация определяется только на бедренных и подколенных артериях. Положительные симптомы плантарной ишемии. УЗДГ сосудов нижних конечностей: лодыжечно-брахиальный индекс = 0,8.

**2. Для верификации диагноза и проведения диф. диагностики в стандарт обследования больного с язвенной болезнью входят:**

- анализ кала на скрытую кровь (нельзя исключить кровотечение из язвы, несмотря на то, что уровень гемоглобина и эритроцитов в норме);
- УЗИ органов брюшной полости, БАК (АСТ, АЛТ, амилаза, глюкоза) для оценки состояния поджелудочной железы, печени;
- УЗИ артерий и вен, РВГ сосудов;
- биопсия при ФГДС;
- консультации смежных специалистов: гастроэнтеролог, сосудистый хирург.

**3. При наличии язвенного дефекта  $>0,5$  см показана госпитализация. Лечение:**

- отказ от курения;
- дробное питание, исключение веществ, стимулирующих желудочную секрецию, химически раздражающих слизистую;

- проведение эрадикации Нр-инфекции по схеме: ингибитор протонной помпы (например, омепразол 20 мг х 2 раза/сут. за 1 час до еды) + кларитромицин 500 мг х 2 раза/сут + амоксициллин 1000 мг х 2 раза в сут., во время еды, висмута трикалия дицитрат 120 мг 4 раза/сут, курс 14 дней. Контроль эффективности терапии через 4 недели;

- антисекреторные препараты – блокаторы протонной помпы (омепразол, пантопразол, рабепразол, эзомепразол): омепразол 20 мг х 2 раза в сутки, 1 мес., затем 20-40 мг 1 раз в сутки (утром) постоянно, учитывая пожизненную необходимость профилактики тромбоза;

- гастропротекторы – коллоидный субцитрат/субсалицилат висмута трикалия дицитрат 240 мг х 2 раза в день, за 20 мин до еды, в течение 4 недель и/или ребамипид 100 мг 3 раза в сутки;

- регуляторы моторики – домперидон 10 мг х 3 раза/сут, или иторпида гидрохлорид по 50 мг 3 раза в день за 30 минут до приема пищи;

- бальнеотерапия (радоновые ванны);

- через 6 недель – контрольная ФГДС (с определением НР-инфекции);

- по завершении противоязвенной терапии – курс лечения сосудистыми препаратами.

Длительная терапия:

- коррекция нарушений липидного спектра: диета, снижение холестерина – высокие дозы статинов: аторвастатин, симвастатин, розувастатин по 40 мг в сутки;

- при недостаточном снижении уровня триглицеридов – фенофибрат 145 мг х 1 раз/сут;

- при плохой переносимости высоких доз статинов – сочетание низких (10-20 мг) доз статинов с 10 мг эзетимиба;

- антагонисты кальциевых каналов: амлодипин 5-20 мг/сут, исрадипин 2,5 – 5 мг/сут, фелодипин 2,5 – 10 мг/сутки;

- пентоксифиллин 400 мг 2-3 раза в сутки.

*Профилактика тромбозов:* после рубцевания язвы назначают Варфарин, начиная с дозы 2,5 мг/сут, с последующим подбором дозы для поддержания МНО от 1,5 до 2 (в отличие от пацинетов, не имеющих риска язвенных кровотечений, когда необходимо стремиться к поддержанию МНО от 2 до 3). При невозможности ежемесячного контроля МНО, возможно назначение дабигатрана 110 мг 2 раза в сутки, аписабана 5-10 мг 2 раза в сутки или ривароксабана 15-20 мг/сут. минимальная длительность терапии антикоагулянтами должна быть не менее 6 мес под постоянной защитой ингибитором протонной помпы.

*Лечение в условиях дневного стационара:*

- инфузионная сосудистая терапия: реполизглюкин 400.0 + дротаверина гидрохлорид 80 мг + никотиновая кислота 1% 4,0мл в/в № 10, актовегин или солкосерил – 3,0 в/в или в/м, № 15;
- поскольку применение низкомолекулярного гепарина и пероральных антикоагулянтов в фазе обострения язвенной болезни невозможно, препараты гепарина назначают местно мазь или гель, а также вентоники;
- переменное магнитное поле низкой частоты № 20, гипербарическая оксигенация № 10, радоновые ванны № 10;
- при прогрессировании симптомов болезни Бюргера необходимо рассмотреть возможность проведения оперативного вмешательства: тромбэктомии, установки каво-фильтра, поясничной симпатэктомии.

### II.1.3 ПЛАНОВАЯ СИТУАЦИЯ

Мужчина 50 лет, монтажник, обратился в поликлинику с жалобами на постоянную ноющую боль под ложечкой и в области пупка, усиливающуюся после физической нагрузки.

**Из анамнеза:** Знает о повышении артериального давления более 8 лет, максимальные цифры АД 210/120 мм.рт.ст., адаптирован к АД = 150/100 мм.рт.ст. Регулярно гипотензивные препараты не принимает. Настоящие жалобы появились около 1 года.

**Объективно:** Состояние удовлетворительное, сознание ясное, положение активное. Рост = 172 см, вес = 112 кг. Дыхание не затруднено, везикулярное во всех отделах, ЧД = 16 в 1 мин. Сердце – тоны ясные, ритм правильный. Пульс = 72 в 1 мин. АД = 170/100 мм.рт.ст. Живот правильной формы, не вздут, участвует в дыхании, при пальпации мягкий, безболезненный в эпигастрии и мезогастррии. В мезогастррии пальпируется плотноэластичное пульсирующее образование размером 10x15 см, над которым выслушивается систолический шум. Пульсация на периферических сосудах сохранена.

**Результаты лабораторно-инструментального обследования:**

**ОАК:** Э<sub>p</sub> =  $4,5 \times 10^{12}$ /л, Н<sub>b</sub> = 140 г/л. Лейкоциты =  $5,1 \times 10^9$ /л. СОЭ = 9 мм/час.

**ОАМ:** цвет – сол.-желтый, уд.плотность = 1018, белок – отр., лейкоц. – отр., эпителий – отр.

**ЭКГ:** Ритм синусовый, 72 в 1 мин;  $R_I > R_{II} > R_{III}$ , переходная зона в  $V_2$ ;  $R_{V_5} + S_{V_2} = 35$  мм.



**Биохимическое исследование крови:** Глюкоза = 4,6 ммоль/л, общий холестерин = 7,6 ммоль/л, триглицериды = 2,7 ммоль/л.

**Задание (вопросы):**

1. Сформулируйте диагноз основного и сопутствующего заболеваний, обосновав его сведениями, имеющимися в условии задачи.

2. Обоснуйте необходимость дополнительных лабораторных и/или инструментальных исследований для верификации диагноза и проведения дифференциальной диагностики.

3. Назначьте лечение (этиотропную, патогенетическую и синдромно-симптоматическую терапию) и дайте рекомендации по постгоспитальной реабилитации больного, включая возможности санаторно-курортного этапа.

**ПРИМЕР РЕКОМЕНДУЕМОГО СОДЕРЖАНИЯ ОТВЕТА:**

1. *Диагноз и его обоснование:* Гипертоническая болезнь 3 степени, II стадии, риск 4, ХСН I ФК. Ожирение II степени. Дислипидемия. Аневризма брюшной аорты (АБО).

*Обоснование диагноза:* 3 степень ГБ (по ВОЗ), т.к. АД повышается до 210/120 мм рт.ст.; II стадия, т.к. есть поражение органа-мишени – сердца (на ЭКГ признаки гипертрофии левого желудочка – отклонение электрической оси влево,  $R_{V_5} + S_{V_2} = 35$  мм, переходная зона в  $V_2$ ), но не было ассоциированных клинических состояний – инфаркта миокарда, инсульта. Риск 4, т.к. высокая степень АГ и есть факторы риска (дислипидемия, ожирение). ХСН, вероятно, I ФК, т.к. есть поражение сердца, но физическая активность не ограничена (в условии задачи не указана переносимость физ. нагрузки).

*Ожирение II степени*, т.к. ИМТ=37 кг/м<sup>2</sup>. Дислипидемия – гиперхолестеринемия ( $N < 5$  ммоль/л) и гипертриглицеридемия ( $N < 1,7$  ммоль/л).

*АБО: жалобы* на постоянную ноющую боль под ложечкой и в области пупка, усиливающуюся после физической нагрузки на фоне артериальной гипертензии и дислипидемии. *Объективно:* в мезогастрии пальпируется плотно-эластичное пульсирующее образование размером 10x15 см, над которым выслушивается систолический шум.

2. Для верификации диагноза и проведения диф. диагностики необходимо выполнить следующие исследования:

- УЗИ ЖКТ и почек, УЗДГ почечных сосудов – для исключения патологии почек как причины ренопаренхиматозной или реноваскулярной артериальной гипертензии (у пациента высокие цифры АД в течение 8 лет, но не указано, что он ощущает их субъективно; при осмотре АД 170/100 мм рт.ст., но жалоб нет);

- эхокардиография для оценки состояния камер сердца;
- суточное мониторирование АД;
- креатинин крови, микроальбуминурия, клубочковая фильтрация – для оценки функции почек (для исключения патологии почек как причины ренопаренхиматозной АГ, а также оценки степени поражения почек при АГ);

- глазное дно;
- дуплексное УЗИ брюшной аорты и ее ветвей, контрастная аортография;

- спиральная ангиотомография;
- изотопная ренография;
- консультации смежных специалистов: невролог, окулист, ангиохирург, терапевт, кардиолог для согласования лечебных мероприятий с ангиохирургом и решения вопроса о сроках плановой операции.

### 3. Тактика лечения:

- изменение образа жизни – снижение массы тела, регулярная, умеренная физ. нагрузка;

- диета с ограничением поваренной соли до 6 г/сут., а с учётом дислипидемии и ожирения – с ограничением животных жиров и легко усвояемых углеводов (стол №8/10);

- антигипертензивные препараты: начать лечение можно с ингибиторов АПФ или блокаторов ангиотензиновых рецепторов: например, эналаприл 10 -20 мг 2 раза в сутки, лизиноприл 10-20 мг 1 раз/сут, или рамиприл 5-10 мг/сут, или лозартан 25-50 мг/сут;

- при неэффективности монотерапии – применение комбинированного лечения: ингибитор АПФ + тиазидовый диуретик, блокатор АТ-рецепторов + диуретик, ингибитор АПФ + антагонист кальция и др.

- при осмотре АД 170/100 мм рт.ст. ^ для снижения АД капотен 25 мг под язык;

- коррекция нарушений липидного спектра: диета, снижение холестерина статинами (аторвастатин, симвастатин, розувастатин 40 мг в сутки);

- снижение триглицеридов – фенофибрат по 145 мг 1 раз /сут.

*Наличие аневризмы брюшной аорты является абсолютным показанием для хирургического лечения.*

*Тактические мероприятия:* необходимо достижение целевого уровня АД <130/80 мм.рт.ст. Показано проведение (1 раз в год) обследования: ОАК, ОАМ, креатинин, глюкоза крови, липидный спектр, ЭКГ, осмотр глазного дна.

*Подготовка к плановому оперативному лечению:* после устойчивой стабилизации кардиоваскулярных показателей необходимо рассмотреть возможность и сроки планового оперативного вмешательства по поводу аневризмы аорты (резекция и протезирование) в условиях специализированного сосудистого центра (отделения).

## II.1.4 ПЛАНОВАЯ СИТУАЦИЯ

Женщина 27 лет, учитель, обратилась на прием к хирургу с жалобами на отеки обеих нижних конечностей, которые уменьшаются за ночь, но полностью не проходят, а также боли распирающего характера и чувство тяжести в ногах, а также на приступы удушья, инициирующиеся резкими запахами.

*Из анамнеза:* Считает себя больной около четырех лет, когда перенесла рожистое воспаление обеих голеней, не лечилась. С появлением отеков нижних конечностей самостоятельно принимала фуросемид с незначительным эффектом. В течение трех лет беспокоят приступы удушья, частота которых увеличивается в весенний период. Приступы бывают до четырех раз в неделю, купируются ингаляциями сальбутамола, других препаратов не использует.

*Объективно:* Состояние удовлетворительное, сознание ясное, положение активное, телосложение правильное. Нижние конечности бледные, отечные от основания пальцев до нижней трети бедра. Отек плотный, вены не расширены. Пульсация артерий нижних конечностей определяется на всех уровнях с обеих сторон. При перкуссии легких – легочный звук. При аускультации – выдох удлинён, рассеянные свистящие хрипы на выдохе. ЧД = 20 в 1 мин. Сердце – тоны чистые, ритмичные. Пульс = 72 в 1 мин. АД = 100/70 мм.рт.ст. Живот правильной формы, участвует в дыхании, при пальпации безболезненный, печень не пальпируется. Размеры по Курлову (0) 9 x 7 x 6 см.

*Результаты лабораторно-инструментального обследования:*

*ОАК:* Эр =  $4,3 \times 10^{12}/л$ , Нб = 132 г/л. Лейкоциты =  $5,8 \times 10^9/л$ . СОЭ = 9 мм/час.

**ОАМ:** цвет – сол.-желтый, уд.плотность = 1018, белок – отр., лейкоц. – отр., эпителий – отр.

**УЗДГ нижних конечностей:** вены нижних конечностей проходимы, сжимаемы.

**ФВД:** ОФВ<sub>1</sub>/ФЖЕЛ = 55%. Через 15 минут после ингаляции 400 мкг вентолина: ОФВ<sub>1</sub>/ФЖЕЛ = 80%.

### Задание (вопросы):

1. Сформулируйте диагноз основного и сопутствующего заболеваний, обосновав его сведениями, имеющимися в условии задачи.

2. Обоснуйте необходимость дополнительных лабораторных и/или инструментальных исследований для верификации диагноза и проведения дифференциальной диагностики.

3. Назначьте лечение (этиотропную, патогенетическую и синдромно-симптоматическую терапию) и дайте рекомендации по постгоспитальной реабилитации больной, включая возможности санаторно-курортного этапа.

### ПРИМЕР РЕКОМЕНДУЕМОГО СОДЕРЖАНИЯ ОТВЕТА:

1. *Диагноз и его обоснование:* Бронхиальная астма, неконтролируемая 1 степенью терапии. ДН 1. Лимфостаз нижних конечностей 2 ст.

*Обоснование диагноза:* приступы удушья, купируемые приёмом бронхолитика (сальбутамол), сезонное усиление симптомов (весна), при перкуссии легочный звук, при аускультации сухие хрипы на выдохе, ЧД 20 в мин., при спирометрии признаки бронхообструкции – ОФВ<sub>1</sub>/ФЖЕЛ, бронхообструкция обратимая, т.к. после применения бронхолитика (вентолин) прирост показателя составил 25%. Астма неконтролируемая, т.к. симптомы чаще 1 раза в неделю, а прирост показателей = 25%. ЧД до 20 в мин, выслушивается свистящее дыхание.

*Лимфостаз 2 ст.:* жалобы на отеки обеих нижних конечностей, которые уменьшаются за ночь, но полностью не проходят, а также боли распирающего характера и чувство тяжести в ногах. *Из анамнеза* – перенесенное рожистое воспаление нижних конечностей 4 года назад. *Объективно:* нижние конечности бледные, отечные от основания пальцев до нижней трети бедра. Отек плотный, вены не расширены. Пульсация артерий нижних конечностей определяется на всех уровнях с обеих сторон. *УЗДГ нижних конечностей:* вены нижних конечностей проходимы, сжимаемы.

2. Для верификации диагноза и проведения диф. диагностики необходимо выполнить следующие исследования:

- развернутый ОАК – может быть эозинофилия, свидетельствующая в пользу атопической БА;
- цитологическое исследование мокроты (много эозинофилов, кристаллы Шарко-Лейдена, спирали Куршмана);
- пикфлоуметрия (оценка вариабельности показателя – пиковой скорости выдоха в течение суток);
- сатурация кислорода для оценки тяжести дыхательной недостаточности;
- рентгенологическое исследование органов грудной клетки (исключить наличие эозинофильных инфильтратов);
- ЭКГ (перегрузка правых отделов сердца);
- в период стойкой ремиссии возможно проведение аллергопроб;
- УЗИ вен нижних конечностей – исключить венозную патологию;
- реовазография нижних конечностей;
- УЗИ паховых лимфоузлов
- УЗИ органов малого таза, для исключения образований, приводящих к затруднению венозного оттока от нижних конечностей.
- консультации смежных специалистов: ЛОР, аллерголог, иммунолог, ангиохирург, гинеколог.

### 3. Лечебная тактика:

- диета физиологически полноценная с исключением продуктов, способных вызвать аллергические проявления (цитрусовые, шоколад, продукты, содержащие красители, консерванты и т.д.);
- гипоаллергенный быт;
- терапия обострения – ингаляция будесонида и комбинации фенотерола и ипратропия через небулайзер, при отсутствии эффекта госпитализация;
- базисная терапия – постоянный приём ингаляционных глюкокортикоидов, например, бекламетазон 250-500 мкг 2 раза в сутки;
- приём  $\beta_2$ -агонистов длительного действия, например, формотерол 4,5 мкг (1доза) 2 раза в сутки или сальметерол 25 мкг 2 раза в сутки;
- по потребности  $\beta_2$ -агонисты короткого действия (сальбутамол, фенотерол);
- эластическая компрессия нижних конечностей;
- лимфодренаж, венопресс;
- венотоники – диосмин по 1 табл. утром, 2 месяца.

После достижения контроля БА (нет приступов, нет потребности в КДБА физическая активность не ограничивается, показатели спирометрии в норме) и его сохранения в течение 3 мес. – можно постепенно уменьшать дозы базисных препаратов до установления минимально необходимого объема лечения.

*Курсы профилактического сосудистого лечения 2 раза в год (весна, осень) под контролем ангиохирурга.*

### II.1.5 ПЛАНОВАЯ СИТУАЦИЯ

Мужчина 56 лет, менеджер, обратился в поликлинику к хирургу с жалобами на боли в икроножных мышцах при ходьбе до 100 м, зябкость стоп, а также давящие боли за грудиной и одышку при подъеме до 2 этажа, проходящие в течение пятиминутного отдыха.

**Из анамнеза:** Боли в нижних конечностях появились 2 года назад, за это время дистанция безболезненной ходьбы сократилась до 100 м. Без предшествующего коронарного анамнеза 4 месяца назад перенес острый инфаркт миокарда. Давящие загрудинные боли появились в период постинфарктной реабилитации, в последующем их характер не изменялся.

**Объективно:** состояние удовлетворительное, сознание ясное, положение активное. Рост = 170 см, вес = 102 кг. Нижние конечности бледные, кожная температура снижена. Симптомы плантарной ишемии положительные. Пульсация сохранена на бедренных артериях, на подколенных и берцовых – не определяется. Над брюшной аортой и бедренными артериями – систолический шум. Дыхание везикулярное во всех отделах. ЧД = 18 в 1 мин. Тоны сердца приглушены, ритм правильный. ЧСС = 72 в 1 мин., АД = 120/75 мм.рт.ст. Живот участвует в дыхании, мягкий, безболезненный.

**Результаты лабораторно-инструментального обследования:**

**ОАК:** Эр =  $4,3 \times 10^{12}/л$ , Нб = 132 г/л. Лейкоциты =  $5,8 \times 10^9/л$ . СОЭ = 9 мм/час.

**Биохимическое исследование крови:** Глюкоза = 4,6 ммоль/л, общий холестерин = 7,8 ммоль/л, триглицериды = 2,7 ммоль/л.

**ЭКГ:** ритм синусовый, 72 в 1 мин. Патологический Q<sup>III</sup> и Q<sup>aVF</sup>; отрицательный зубец T<sup>III</sup> и TaVF. Сегмент ST на изолинии.

**УЗДГ сосудов нижних конечностей:** лодыжечно-брахиальный индекс справа = 0,3, слева = 0,5.

### Задание (вопросы):

**1. Сформулируйте диагноз основного и сопутствующего заболеваний, обосновав его сведениями, имеющимися в условии задачи.**

**2. Обоснуйте необходимость дополнительных лабораторных и/или инструментальных исследований для верификации диагноза и проведения дифференциальной диагностики.**

**3. Назначьте лечение (этиотропную, патогенетическую и синдромно-симптоматическую терапию) и дайте рекомендации по постгоспитальной реабилитации больного, включая возможности санаторно-курортного этапа.**

#### ПРИМЕР РЕКОМЕНДУЕМОГО СОДЕРЖАНИЯ ОТВЕТА:

**1. Диагноз и его обоснование:** ИБС: стенокардия напряжения, 3 функциональный класс. ПИКС (Q-инфаркт миокарда задней стенки левого желудочка в анамнезе). ХСН II ФК. Ожирение II степени. Атерогенная дислипотеидемия. Облитерирующий атеросклероз. Окклюзия бедренноподколенных сегментов. Ишемия 2Б.

*Обоснование диагноза:* характерные ангинозные боли, сопровождающиеся одышкой, купирующиеся при прекращении физической нагрузки, стенокардия 3 ФК, т.к. симптомы возникают при подъеме до 2 этажа. ХСН II ФК, т.к. при наличии заболевания сердца наблюдается ограничение обычной физической активности. ПИКС задней стенки левого желудочка, т.к. на ЭКГ определяются патологические Q в aVF и III отведениях. Ожирение II степени, т.к. ИМТ = 35,2 кг/м<sup>2</sup>.

*Облитерирующий атеросклероз. Окклюзия бедренно-подколенных сегментов:* жалобы на боли в икроножных мышцах при ходьбе до 100 м, зябкость стоп. *Из анамнеза:* Боли в нижних конечностях появились 2 года назад, за это время дистанция безболезненной ходьбы сократилась до 100 м. Объективно: Нижние конечности бледные, кожная температура снижена. Симптомы плантарной ишемии положительные. Пульсация сохранена на бедренных артериях, на подколенных и берцовых – не определяется. Над брюшной аортой и бедренными артериями – систолический шум. *УЗДГ сосудов нижних конечностей:* лодыжечно-брахиальный индекс справа = 0,3, слева = 0,5.

**2. Для верификации диагноза и проведения дифференциальной диагностики необходимо выполнить следующие исследования:**

- суточное мониторирование ЭКГ для выявления эпизодов ишемии миокарда, в т.ч. безболевого ишемии;

- велоэргометрия, тредмил-тест для более точной оценки тяжести заболевания;
- тест 6-минутной ходьбы для определения толерантности к физической нагрузке;
- коагулограмма для оценки свёртывающей системы крови;
- эхокардиография для оценки состояния миокарда (зоны гипокинезии, снижение фракции выброса и т.д.);
- коронароангиография для выявления поражения коронарных артерий и решения вопроса о необходимости АКШ, стентирования и т.п.
- дуплексное УЗИ сосудов н/конечностей;
- контрастная аортоангиография для определения возможности и тактики оперативного вмешательства.

### 3. Лечебная тактика:

- изменение образа жизни – снижение массы тела;
- диета с ограничением поваренной соли до 6 г/сут (стол №10), а с учётом дислипидемии и ожирения – с ограничением животных жиров, легкоусвояемых углеводов;
- показано проведение двойной антиагрегантной терапии в течение, как минимум 1 года после перенесенного инфаркта миокарда или оперативного вмешательства на сосудах: ацетилсалициловая кислота по 75-150 мг в сутки + клопидогрель 75 мг в сутки или тикагрелор 90 мг 2 раза в сутки;
- при непереносимости или неэффективности клопидогреля или тикагрелора, используют дипиридамолом по 25-75-150 мг 3 раза в день (в максимально переносимой дозе) или пентоксифиллин 400 мг 2-3 раза в день;
- β-блокаторы (снижают потребность миокарда в кислороде за счёт замедления ЧСС и снижения сократительной способности миокарда, т.е. уменьшают тяжесть ишемии), например, метопролол сукцинат 50-200 мг/сут (под контролем АД, ЧСС, ЭКГ – не допускать ЧСС меньше 50 в мин., АД ниже 100 мм рт. ст., удлинения PQ);
- при сохранении синусовой тахикардии на фоне терапии β-блокаторами или непереносимости последних, для урежения синусового ритма применяют ивабрадин 2,5 – 10 мг в сутки;
- антагонисты кальция (снижают постнагрузку, уменьшают сократимость миокарда), например, амлодипин 2,5 – 20 мг/сут, фелодипин 2,5 – 10 мг/сут, исрадипин 2,5 – 5 мг/сут;



- ингибиторы АПФ (снижение постнагрузки, антитромботическое действие, регрессия гипертрофии миокарда левого желудочка), например, эналаприл 5 – 20 мг 2 раза в сутки, периндоприл 10 мг/сут, лизиноприл 10-20 мг 1 раз/сут или рамиприл 5-10 мг/сут;

- коррекция нарушений липидного спектра: диета, снижение холестерина: статины – аторвастатин, симвастатин, розувастатин 40 мг в сутки, при непереносимости высоких доз статина, низкие дозы (10 – 20 мг) сочетают с блокатором адсорбции холестерина – эзетимбом 10 мг/сут., снижение триглицеридов – фенофибрат 145 мг x 1 раз /сут;

- цитопротекторы – триметазидин ОД 80 мг 1 раз/сут.;

- прологированные формы нитратов – 5-изосорбид-мононитрата по 20 – 40 мг перед физической нагрузкой;

- консультации смежных специалистов: кардиолог, кардиохирург, сосудистый хирург (необходимо решение вопроса об оперативном вмешательстве с учетом сопутствующей патологии пациента – бедренноподколенное шунтирование, стентирование, а при невозможности – поясничная симпатэктомия).

*Проведение медикаментозной сосудистой терапии:*

- вазопростан по 40 мг в/в капельно на 200,0 физ. р-ра, №10 (2 раза в год);

- магнитотерапия;

- радоновые ванны;

- метаболики;

- актовегин, солкосерил, №15 в/в, в/м.

*Тактика ведения:* направление на консультацию к кардиохирургу, ангиохирургу; регулярный контроль ОАК, коагулограммы, ЭКГ, липидного спектра, БАК, АД.

*После УЗИ артерий нижних конечностей и ангиографии решение вопроса об оперативном лечении.*

## II.1.6 ПЛАНОВАЯ СИТУАЦИЯ

Мужчина 66 лет обратился к участковому врачу с жалобами на слабость, одышку и сердцебиение при минимальной физической нагрузке (вставание с кровати, одевание), головокружение, ощущение сердцебиения (не только при ходьбе, но и в покое), затруднение при ходьбе (ноги «как ватные»), плохой аппетит.

*Из анамнеза:* Считает себя больным около полугода, когда появились и стали нарастать указанные жалобы, за медицинской помощью

не обращался. Год назад овдовел, переживал смерть жены, стал соблюдать религиозные посты. Питался не регулярно, т.к. исчез аппетит. Похудел на 7 кг за 6 мес. Около 5 лет назад перенес резекцию желудка Бильрот II по поводу частых обострений язвенной болезни двенадцатиперстной кишки с продолжительными кровотечениями. Поддерживающего лечения не получал.

**Объективно:** Состояние средней степени тяжести. Рост – 165 см. Вес – 62 кг. Кожа бледная с желтоватым оттенком. Субиктеричность склер. Вес 90 кг, рост 170 см. Отмечается некоторая заторможенность при контакте с врачом. Походка неуверенная. Лимфатические узлы не пальпируются. В легких ясный легочный звук, дыхание везикулярное. ЧДД=22/мин. Тоны сердца приглушены, в положении на левом боку определяется отчетливый систолический шум на верхушке сердца. Ритм – правильный. ЧСС – 112 в минуту. АД – 140/85 мм рт. ст. Язык малиновый, сосочки сглажены. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Уплотнённый край печени выступает из-под реберной дуги на 4 см. Размеры печени по Курлову: 12 (4)х9х9 см. Пальпируется край селезенки.

Неврологический статус: на вопросы отвечает медленно, мышечная гипотония верхних и нижних конечностей, снижение сухожильных рефлексов, патологические рефлексы Бабинского и Оппенгейма. Поверхностная и глубокая чувствительность в области дистальных отделов верхних и нижних конечностей снижены.

**Результаты лабораторно-инструментального обследования:**

**ОАК:** Hb 68 г/л, Eг 1,6\*10<sup>12</sup>/л, MCV 110 фл, MCH 31,2 пг, RDW-18%; Tr 154\*10<sup>9</sup>/л, Leu 3,5\*10<sup>9</sup> /л, нейтрофилы 45%, ретикулоциты 0,1%, СОЭ 28 мм/ч. В мазке крови -анизопойкилоцитоз, микроцитоз, полисегментированные лейкоциты.

**Биохимический анализ крови:** общий белок –75 г/л, альбумин – 46 г/л, общий билирубин – 48 мкмоль/л, непрямой – 40 мкмоль/л, АЛТ – 45 Ед/л, АСТ – 28 Ед/л. Креатинин – 80 мкмоль/л.

**УЗИ органов брюшной полости:** печень повышенной эхогенности, увеличена преимущественно за счет левой доли; небольшое увеличение селезенки.

**ЭКГ:** Ритм синусовый, правильный, 92 в 1 мин. Вольтаж снижен  
 $R_I > R_{II} > R_{III}$

**ФГДС:** слизистая пищевода не изменена, слизистая культи желудка гиперемирована, отечная. Быстрый уреазный тест положительный.

**Задание (вопросы):**

**1. Выделите ведущие синдромы и сформулируйте предварительный диагноз. Проведите дифференциальный диагноз.**

**2. Составьте план дополнительного обследования для уточнения диагноза. Какие изменения ожидаете получить у данного пациента?**

**3. Назначьте лечение (этиотропную, патогенетическую и синдромно-симптоматическую терапию) и дайте рекомендации по реабилитации больного, согласно клиническим рекомендациям.**

**ПРИМЕР РЕКОМЕНДУЕМОГО СОДЕРЖАНИЯ ОТВЕТА:**

**1. Анемический синдром (ведущий):**

**А – циркуляторно-гипоксический синдром:** реакция организма на гипоксию тканей и нарушения тканевого метаболизма, вызванные гипогемоглобинемией. *Симптомы:*

- слабость, головокружение – гипоксия головного мозга;
- бледность кожных покровов;
- одышка, сердцебиение при минимальной физической нагрузке (вставание с кровати, одевание, ощущение сердцебиения (не только при ходьбе, но и в покое), тахикардия 112 уд/мин– как компенсаторная реакция;

- систолический шум на верхушке сердца – обусловлен изменением реологических свойств крови;

- в ОАК анемия тяжелой степени тяжести: Hb 68 г/л, E<sub>r</sub> 1,6x10<sup>12</sup>/л.

**Б – В12-дефицитный синдром:** нарушение кроветворения и поражение органов и систем в результате нарушения синтеза ДНК и воздействия токсичных продуктов измененного обмена веществ при дефиците витамина В12:

**А) гастроэнтерологический синдром** – обусловлен развитием атрофических процессов слизистой оболочке ЖКТ. *Симптомы:*

- снижение аппетита;
- язык малиновый, сосочки сглажены.

**Б) неврологический синдром** – развитие фуникулярного миелоза (поражение задних и боковых столбов спинного мозга) в результате накопления в организме и токсического воздействия на ЦНС метилмалоновой и пропионовой кислот при нарушении обмена жирных кислот обусловленном дефицитом витамина В12. *Симптомы:*

- походка неуверенная, шаткая – атаксия;

- мышечная гипотония верхних и нижних конечностей;
- снижение сухожильных рефлексов, патологические рефлексы Бабинского и Оппенгейма;
- затруднение при ходьбе (ноги «как ватные»), нарушение поверхностной и глубокой чувствительности в области дистальных отделов верхних и нижних конечностей.

**В – синдром гемолиза эритроцитов** за счет макроцитоза происходит внутриклеточный гемолиз. *Симптомы:*

- желтушность/субиктеричность кожи и слизистых;
- гепатоспленомегалия;
- гипербилирубинемия за счет непрямого уровня билирубина

**Г – гематологический синдром** – специфические изменения в анализе крови в результате дефицита витамина В12. *Симптомы:*

- анемия тяжелой степени: Hb – 68 г/л, Eг  $1,6 \times 10^{12}/л$ ;
- MCV 110 фл – анемия макроцитарная;
- MCH 31,2 пг – анемия гиперхромная;
- анизоцитоз эритроцитов: RDW – 18%;
- анемия гипорегенераторная – ретикулоциты 0,1%;
- тромбоцито- и лейкопения: Тр. –  $154 \times 10^9/л$ , Le –  $3,5 \times 10^9/л$ , нейтрофилы 45%;
- синдром ускоренного СОЭ – СОЭ 28 мм/ч;
- анизопойкилоцитоз, микроцитоз, полисегментированные лейкоциты – признаки дизэритропоэза, микроцитоз эритроцитов

**Д – синдром клиничко-анамнестический:** в анамнезе 5 лет назад – резекция желудка с ваготомией по поводу частых обострений язвенной болезни двенадцатиперстной кишки с продолжительными кровотечениями.

**Е – эндоскопический синдром:** слизистая пищевода не изменена, слизистая культи желудка гиперемирована, отечная.

*Предварительный диагноз:* Болезнь оперированного желудка (резекция желудка Бильрот II по поводу кровоточащей язвы (XXXX год): постгастрорезекционная гиперхромная анемия 3 степени. Гастрит культи желудка, НР-ассоциированный.

*Дифференциальная диагностика В12 -дефицитной анемии проводится с другими видами макроцитарных анемий, ассоциированных с:*

- дефицитом фолиевой кислоты;
- дефицитом витамина В6;

- некоторыми формами латентного гемолиза, при которых макроцитоз обусловлен увеличенным содержанием ретикулоцитов в циркуляции;
- миелодиспластическими синдромами;
- апластической анемией, т.к. имеется цитопения.

*Для В12-дефицитной анемии характерно сочетание гематологических нарушений с патологией желудочно-кишечного тракта и наличием симптомов поражения нервной системы.*

**2. План дополнительного обследования пациентки будет включать в себя:**

- в биохимическом анализе крови: высокая активность ЛДГ; низкий уровень витамина В12 в крови (менее 140 пг/мл); нормальный уровень фолиевой кислоты в сыворотке крови (более 5 нг/мл), нормальный уровень ферритина, железа сыворотки, ОЖСС, трансферрина, НТЖ;
- в пунктате костного мозга: мегалобластический тип кроветворения, наличие гигантских миелоцитов, метамиелоцитов и палочкоядерных нейтрофилов;
- электромиография и консультация невролога: подтверждение клиники фуникулярного миелоза;
- больному выполнена резекция желудка по поводу осложненной язвенной болезни 12-перстной кишки, которая вызывается Нр-инфекцией. Сведений о проведении эрадикационной терапии нет. По данным ФГДС сделан быстрый уреазный тест, что свидетельствует о заражении *H. Pylori*;
- необходимо установление Нр-статуса для решения вопроса об эрадикационной терапии: показан 13С-уреазный дыхательный тест (чувствительность 96%, специфичность 93%), т.к. он является лучшим способом первичной диагностики *H. Pylori* и оценки эффективности антихеликобактерной терапии.

*Показания для экстренной госпитализации в медицинскую организацию – терапевтическое/гастроэнтерологическое отделение – анемия тяжелой степени с выраженными гипоксическими проявлениями и поражение нервной системы; необходимость установления диагноза В12-дефицитной анемии.*

**3. План лечения:**

Эрадикационная терапия НР-инфекции при наличии гастрита культуры-желудка и дефицит витамина В12:

- первая линия антихеликобактерной терапии (тройная терапия с висмутом);

- наиболее эффективные из ингибиторов протонной помпы (ИПП) в стандартной дозировке: эзомепразол 40 мг или рабепразол 20 мг 2 раза в сутки;

- амоксициллин (1000 мг 2 раза в сутки) в сочетании с кларитромицином (500 мг 2 раза в сутки) с добавлением четвертого компонента – висмута трикалия дицитрата 120 мг 4 раза в сутки продолжительностью 14 дней.

*Цианокобаламин (витамин В12)* в дозе 400 – 500 мкг 2 раза в сутки в/в или в/м до купирования или уменьшения симптомов нейропатии, затем продолжить по 400 мкг 1 раз в сутки до нормализации уровня гемоглобина;

У больного имеются признаки плохой адаптации к анемии: необходимо проводить *оксигенотерапию и заместительные трансфузии эритроцит-содержащих компонентов крови* (1-2 дозы) в качестве дополнительных мер для достижения ремиссии и улучшения общего состояния пациента.

*Контроль эффективности терапии* – пациентам с ремиссией В12 дефицитной анемии проводить биохимический анализ крови, включающий определение общего белка, альбумина, АЛТ, АСТ, мочевины, креатинина, ЛДГ, общего билирубина, свободного билирубина, с частотой 1 раз в год для своевременной диагностики рецидива заболевания.

*Контроль эффективности эрадикации H. Pylori:* предпочтительными методами контроля эффективности антихеликобактерной терапии являются 13С-уреазный дыхательный тест или определение антигена H. pylori в кале, которые проводятся не ранее чем через 4 недели после окончания лечения.

*Профилактическое лечение:* после регресса анемии, лейкопении, тромбоцитопении и всех морфологических аномалий эритроцитов курс лечения цианкобаламином\*\* продолжается еще 10-14 дней с целью создания «запасов» витамина В12 в печени.

Пациент относится к группе риска рецидива В12- дефицитной анемии, т.к. перенес резекцию желудка. Необходимо проводить *профилактические курсы цианкобаламина (витамин В12) по 500 мкг/сутки по 5-15 инъекций препарата на курс ежегодно* или введение поддерживающей дозы цианкобаламина или оксикобаламина 1 раз в 7-10 дней внутримышечно в течение всей жизни.

*Прогноз В12-дефицитной анемии:* ранняя диагностика В12 дефицитной анемии, своевременное начало лечения и адекватное диспан-

серное наблюдение после ликвидации анемии, обеспечивают благоприятный прогноз заболевания вне зависимости от возраста пациента. У пожилых пациентов с глубокой анемией прогноз может определяться наличием и характером сопутствующих, в том числе сердечно-сосудистых, заболеваний. Развитие клиники фуникулярного миелоза резко ухудшает прогноз.

## II.2. НЕОТЛОЖНЫЕ СИТУАЦИИ

### II.2.1 НЕОТЛОЖНАЯ СИТУАЦИЯ

Женщина 53 лет, кондуктор, обратилась к участковому врачу с жалобами на резкие боли в правом подреберье, отдающие под правую лопатку, колющие боли в области сердца, сердцебиение, головную боль, тошноту, рвоту.

**Из анамнеза:** Подобный приступ, но меньшей интенсивности, был 2 года назад после употребления плова из баранины. Боль была купирована внутримышечным введением 4 мл 2% раствора дротаверина, в последующем не обследовалась и не лечилась. Настоящий приступ боли развился 4 часа назад после употребления острой пищи. С 43 лет эпизоды повышения АД до 180/100 мм рт.ст.

**Объективно:** Состояние средней тяжести, сознание ясное. Рост = 167 см. Вес = 90 кг. Кожа суховата. Температура тела = 38,2°C. На верхних веках – ксантоматозные бляшки. Дыхание везикулярное, хрипы не выслушиваются.

ЧД = 20 в 1 мин. Тоны сердца приглушены, систолический шум на верхушке. ЧСС = 86 в 1 мин., АД = 180/100 мм.рт.ст. Язык сухой, обложен белым налётом. Живот умеренно напряжен в правом подреберье, здесь же – выраженная болезненность. Положительные симптомы Ортнера, Мюсси-Георгиевского, Мерфи. Толстая кишка вздута, умеренно болезненна. Поколачивание в проекции почек безболезненно.

**Результаты лабораторно – инструментального обследования:**

**ОАК:** Эр. =  $3,8 \times 10^{12}/л$ . Нб = 120 г/л. Лейкоц. =  $12,0 \times 10^9/л$ . СОЭ = 20 мм/час.

**Рентгеноскопия органов грудной клетки:** корни легких структурны, легочный рисунок не изменен, очаговых и инфильтративных теней не выявлено.

**Биохимический анализ крови:** Амилаза = 16 Ед/л, Глюкоза = 5,5 ммоль/л. Билирубин общий = 19,6 мкмоль/л. АСТ/АЛТ = 0,48/0,66 ммоль/л.

**Задание (вопросы):**

**1. Сформулируйте диагноз основного заболевания и ведущий синдром, требующий оказания неотложной помощи, обосновав их сведениями из условия задачи.**

**2. Обоснуйте необходимость дополнительных экстренных лабораторных и/или инструментальных исследований для верификации диагноза и проведения дифференциальной диагностики.**

**3. Назначьте неотложную терапию и дайте рекомендации по ведению больного после купирования ведущего синдрома, а также по постгоспитальной реабилитации больной, включая возможности санаторно-курортного этапа.**

**ПРИМЕР РЕКОМЕНДУЕМОГО СОДЕРЖАНИЯ ОТВЕТА:**

**1. Диагноз заболевания и его обоснование:** Острый холецистит. Гипертоническая болезнь II стадии, 2 степени, кризовое течение, риск III. Ожирение I ст.

*Обоснование нозологической формы:* Жалобы на резкие боли в правом подреберье, отдающие под правую лопатку, тошноту, рвоту. Аналогичный приступ был 2 года назад после приема жирной пищи, купирован введением дротаверина. Настоящий приступ боли развился 4 часа назад после употребления острой пищи. Состояние средней тяжести, температура тела = 38,2°C. Язык сухой, обложен белым налётом. Живот умеренно напряжен в правом подреберье, здесь же – выраженная болезненность. Положительные симптомы Ортнера, Мюсси-Георгиевского, Мерфи. Толстая кишка вздута, умеренно болезненна. Лейкоцитоз периферической крови и ускорение СОЭ (12,0 x 10<sup>9</sup>/л и СОЭ = 20 мм/час соответственно).

Периодическое повышение АД в рамках артериальной гипертензии 2-3 степени с 43 х лет. Повышенное АД при врачебном осмотре, головная боль, тошнота, рвота. Наличие ксантоматозных бляшек на верхних веках может быть симптомом повышенного холестерина в крови у больной с ожирением I ст. (ИМТ = 32 кг/м<sup>2</sup>).

**2. Для верификации диагноза основного заболевания и проведения диф. диагностики необходимо выполнить следующие исследования:**



- УЗИ органов брюшной полости;
  - при необходимости – лапароскопия с целью верификации формы острого холецистита;
  - полноценно собрать анамнез с акцентом на максимальные, минимальные, средние цифры АД, уточнить частоту гипертонических кризов, особенности их протекания и купирования, оценить степень сердечнососудистого риска (наличие отягощенного анамнеза, курения, гиподинамии, алкоголизаций и т.д.), уточнить наличие симптомов сердечной недостаточности (одышка, отеки, астенический синдром);
  - ЭКГ;
  - УЗИ сердца, УЗДГ брахиоцефальных и почечных артерий;
  - суточное мониторирование АД и ЭКГ;
  - лабораторные исследования: определение липидного спектра сыворотки крови, креатинина, мочевой кислоты, уровня микроальбуминурии, проведение ГТТ, исследование коагулограммы.
  - консультации специалистов: необходима консультация кардиолога (подбор препаратов для постоянного антигипертензивного лечения и антиатеросклеротической терапии по результатам обследования) и терапевта-эндокринолога для назначения терапии ожирения.
- 3. Лечебная тактика в данном случае:**
- неотложная госпитализация больной в хирургическое отделение;
  - вызов терапевта или кардиолога для купирования гипертонического криза и определения объема необходимых экстренных исследований;
  - неотложные лечебные мероприятия: для купирования гипертонического криза – моксонидин 0,2-0,4 мг, возможно в/в введение сернокислого магния 25% – 10,0 струйно, медленно; в/в капельно поляризующая смесь с последующим введением 40 мг фуросемида в/в струйно;
  - после купирования гипертонического криза – холецистэктомия (при ультразвуковом или лапароскопическом подтверждении диагноза).

## II.2.2 НЕОТЛОЖНАЯ СИТУАЦИЯ

Женщина 52 лет, швея, доставлена бригадой СМП в приемный покой терапии с жалобами на интенсивную боль в затылочной области, головокружение, тошноту, шум в голове, мелькание мушек перед глазами, постоянные боли в правой ягодице.

**Из анамнеза:** Больна в течение 7 лет, когда появились головная боль, головокружение, периодические боли в области сердца. На-

блюдается у терапевта по месту жительства, принимает эналаприл по 10 мг/сутки. В течение недели получала в/м инъекции магнезии. Боли в правой ягодице появились 5 дней назад, принимала УВЧ.

**Объективно:** Состояние тяжелое, сознание спутано. Лицо бледное, отечное, голени пастозные. В верхне-наружном квадранте правой ягодицы определяется плотный, болезненный инфильтрат с размягчением в центре. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ритмичные, акцент II тона над аортой. Пульс = 98 в 1 мин. АД = 220/120 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Размеры печени по Курлову 12(2) x8x7 см.

**Результаты лабораторно – инструментального обследования:**

**ОАК:** Эр. =  $5,8 \times 10^{12}/л$ . Нб = 134 г/л. Лейкоц. =  $13,6 \times 10^9/л$ .

**ОАМ:** уд. плотн. = 1016, белок – следы, лейкоц. = 1-2 в п/зр., эр. = 2-3 в п/зр., эпит. пл. = 2-3 в п/ зр.

**Биохимический анализ крови:** Глюкоза = 5,6 ммоль/л. Билирубин общий = 18,5 мкмоль/л.

**ЭКГ:** Ритм синусовый, правильный, 96 в 1 мин. Угол  $\alpha = 45^\circ$ .  $RI > RII > RIII$ .  $RV2 > SV2$ ,  $S AVF > R AVF$ ,  $RV6 > RV5 > RV4$ ;  $V1$  глубокий,  $TV5-6$  отрицательный, асимметричный.

**Обзорная рентгеноскопия органов грудной клетки:** легкие без инфильтративных и очаговых изменений.

### Задание (вопросы):

1. Сформулируйте диагноз основного заболевания и ведущий синдром, требующий оказания неотложной помощи, обосновав их сведениями из условия задачи.

2. Обоснуйте необходимость дополнительных экстренных лабораторных и/или инструментальных исследований для верификации диагноза и проведения дифференциальной диагностики.

3. Назначьте неотложную терапию и дайте рекомендации по ведению больного после купирования ведущего синдрома, а также по постгоспитальной реабилитации больной, включая возможности санаторно-курортного этапа.

### ПРИМЕР РЕКОМЕНДУЕМОГО СОДЕРЖАНИЯ ОТВЕТА:

1. *Диагноз заболевания и его обоснование:* Гипертоническая болезнь 3 степени, II стадии, риск 3. Гипертонический криз. ХСН II А стадии, 2 ф. класс. Постынъекционный абсцесс правой ягодицы.

*Обоснование нозологической формы:* Повышение АД в течение 7 лет. Симптомы гипертонического криза: интенсивная боль в затылочной области, головокружение, тошнота, шум в голове, мелькание мушек перед глазами, АД 220/120 мм рт.ст. на фоне регулярного антигипертензивного лечения (эналаприл 10 мг/сут). На ЭКГ синусовая тахикардия 96 уд в мин., признаки гипертрофии обоих желудочков, систолическая перегрузка левого желудочка. В ОАМ – следы белка. Симптомы ХСН – тахикардия, гепатомегалия, периферические отеки (пастозность голеней, отечность лица).

В течение недели больная получала в/м инъекции, боли в правой ягодице появились 5 дней назад, принимала УВЧ. В верхне-наружном квадранте правой ягодицы определяется плотный, болезненный инфильтрат с размягчением в центре.

**2. Для верификации диагноза основного заболевания и проведения диф. диагностики необходимо выполнить следующие исследования:**

- полноценно собрать анамнез с акцентом на максимальные, минимальные и средние цифры АД на фоне лечения энапом в суточной дозе 10 мг, уточнив частоту гипертонических кризов, особенности их протекания и купирования;
- оценить степень сердечно-сосудистого риска (наличие отягощенного анамнеза, курения, гиподинамии, алкоголизаций и т.д.);
- уточнить наличие симптомов сердечной недостаточности (одышка, отеки, астенический синдром);
- ЭХО-КГ, УЗДГ брахиоцефальных и почечных артерий;
- суточное мониторирование АД и ЭКГ;
- лабораторные исследования: липидный спектр, креатинин, АСТ/АЛТ, коагулограмма;
- консультации специалистов: необходима консультация больной кардиологом, неврологом, хирургом.

**3. Лечебная тактика в данном случае:**

- госпитализация больной в хирургическое отделение;
- неотложные лечебные мероприятия, исходя из условия задачи и диагноза, должны включать: бисопролол 5 мг – для купирования гипертонического криза; необходимо в/в капельное введение поляризующей смеси с последующим введением 60 мг фуросемида в/в струйно или эналаприла в/в медленно (в течение 5 мин) или капельно в 50 мл 5% раствора декстрозы или 0,9% раствора NaCl – по 1,25 мг (1 мл) каждые 6 часов, до стабилизации АД. В дальнейшем (по результатам

обследования) возможна смена препарата для постоянного антигипертензивного лечения для более эффективного контроля АД.

- в связи с постинъекционным абсцессом показано вскрытие, опорожнение и дренирование гнойной полости (после купирования гипертонического криза);
- допустимым вариантом лечения абсцесса является его иссечение в пределах здоровых тканей, первичные швы и активная аспирация (как вариант – проточно-аспирационное дренирование).

### II.2.3 НЕОТЛОЖНАЯ СИТУАЦИЯ

Женщина 52 лет, повар, доставлена в приемное отделение бригадой «Скорой помощи» с жалобами на боль в правом подреберье с иррадиацией в правую ключицу, тошноту, двукратную рвоту, не приносящую облегчения, а также головную боль, особенно в затылочной области, шум в голове, мелькание мушек перед глазами.

**Из анамнеза:** Указанные жалобы появились около 12 часов назад, начало заболевания связывает с физической нагрузкой. Принимала дротаверин – без эффекта. Ранее неоднократно бывали похожие приступы, проходили самостоятельно или после приема спазмолитиков. В анамнезе гипертоническая болезнь.

**Объективно:** Состояние средней тяжести. Сознание ясное, положение активное. Кожа и слизистые обычной окраски. Границы сердца перкуторно определены расширенными влево. Дыхание везикулярное, хрипов нет. АД = 220/120 мм рт.ст. Пульс = 88 в 1 мин. Язык влажный, густо обложен желтоватым налетом. Живот умеренно напряжен и болезненный в правом подреберье. Там же определяется болезненность при постукивании по передней брюшной стенке. В правом подреберье пальпируется округлое болезненное опухолевидное образование размером 4 x 5 см.

**Результаты лабораторно-инструментального обследования:**

**ОАК:** Эр. =  $4,1 \times 10^{12}/л.$ , Нб = 128 г/л, лейкоциты =  $13,2 \times 10^9/л.$ , СОЭ = 24 мм/час.

**ОАМ:** уд. плотность = 1020, белок = 0,033 г/л., лейкоциты и плоский эпителий – ед. в п/зр.

**УЗИ брюшной полости:** под печенью следы жидкости, печень однородная, желчный пузырь размером 130 x 60 мм., толщина стенки = 9-10 мм., в области шейки – округлое неподвижное образование диаметром 15 мм. с акустической тенью.

**ЭКГ:** RI> RII> RIII, комплекс QRS высокоамплитудный, ширина его 0,12 сек, RV2= SV2, зубец Т двухфазный ( $\pm$ ) в отведениях I, aVL, V1-V в сочетании со смещением сегмента ST на 1 мм ниже изолинии.

**Задание (вопросы):**

**1. Сформулируйте диагноз основного заболевания и ведущий синдром, требующий оказания неотложной помощи, обосновав их сведениями из условия задачи.**

**2. Обоснуйте необходимость дополнительных экстренных лабораторных и/или инструментальных исследований для верификации диагноза и проведения дифференциальной диагностики.**

**3. Назначьте неотложную терапию и дайте рекомендации по ведению больного после купирования ведущего синдрома, а также по постгоспитальной реабилитации, включая возможности санаторно-курортного этапа.**

**ПРИМЕР РЕКОМЕНДУЕМОГО СОДЕРЖАНИЯ ОТВЕТА:**

**1. Основной диагноз:** ЖКБ: Флегмонозный калькулёзный холецистит. *Сопутствующая патология:* Гипертоническая болезнь 2 стадия, 3 степень. Риск 3. Гипертонический криз.

*Обоснование диагноза основного заболевания:* типичная клиническая картина флегмонозного холецистита, подтверждённая УЗ-диагностикой.

**2. Диагностическая программа при неотложной госпитализации и наличии показаний к экстренной операции сокращённая, включает только необходимые методы обследования.**

В плане подготовки к операции необходимо проведение рентгеноскопии лёгких, консультации кардиолога, анестезиолога. Для уточнения степени деструкции желчного пузыря, распространённости перитонита возможно проведение диагностической лапароскопии.

**3. Исходя из условия задачи и диагноза неотложные лечебные мероприятия следующие:**

- проведение интенсивной гипотензивной терапии, мониторинг АД;
- определение объёма операции в соответствии с рекомендациями смежных специалистов и эффективности предоперационной подготовки;
- при нормализации АД (см. предыдущую задачу) решение вопроса о выполнении операции полного объёма (холецистэктомия);

- при высокой степени анестезиологического риска и сохранении высоких цифр АД проведение операции в минимальном объеме (холодистостомия).

## II.2.4 НЕОТЛОЖНАЯ СИТУАЦИЯ

Мужчина 72 лет, пенсионер, доставлен в приемное отделение хирургии из кардиологического отделения, куда он был госпитализирован 2 суток назад по поводу острого инфаркта миокарда. При поступлении жалуется на слабость, сильное головокружение.

**Из анамнеза:** В течение суток трижды был жидкий черный стул, однократная рвота темным желудочным содержимым. Около 3 часов назад появилась слабость, головокружение, потерял сознание. Подобное состояние впервые. В последние несколько лет часто беспокоит изжога, иногда – тупая боль в эпигастрии через 1-1,5 ч. после еды.

**Объективно:** Состояние тяжелое. Сознание ясное, положение пассивное. Кожа и слизистые бледные, липкий холодный пот. Дыхание везикулярное, хрипов нет. АД = 100/50 мм рт.ст. Пульс = 112 в 1 мин. Язык влажный, густо обложен белым налетом. Живот участвует в дыхании, мягкий, безболезненный.

**Результаты лабораторно-инструментального обследования:**

**ОАК:** Эр. =  $2,1 \times 10^{12}/л.$ , Нб = 58 г/л, лейкоциты =  $6,2 \times 10^9/л.$ , СОЭ = 5 мм/час.

**ОАМ:** уд. плотность = 1020, белок = 0,033 г/л., лейкоциты и плоский эпителий – ед. в п/зр.

**ЭКГ:** ритм синусовый, 100 в мин., подъем сегмента ST в виде моно- фазной кривой в отведениях I, II, aVL, VI – V6 и депрессия ST в отведениях III, aVF.

### Задание (вопросы):

1. Сформулируйте диагноз основного заболевания и ведущий синдром, требующий оказания неотложной помощи, обосновав их сведениями из условия задачи.

2. Обоснуйте необходимость дополнительных экстренных лабораторных и/или инструментальных исследований для верификации диагноза и проведения дифференциальной диагностики.

3. Назначьте неотложную терапию и дайте рекомендации по ведению больного после купирования ведущего синдрома, а также по постгоспитальной реабилитации больного, включая возможности санаторно-курортного этапа.

### ПРИМЕР РЕКОМЕНДУЕМОГО СОДЕРЖАНИЯ ОТВЕТА:

1. *Основной диагноз:* Язвенная болезнь: хроническая язва ДПК, осложнённая кровотечением. Кровопотеря тяжёлой степени.

*Сопутствующая патология:* ИБС. Острый инфаркт миокарда (давность 2 суток) по передней стенке левого желудочка

*Обоснование основного диагноза:* типичная клиническая картина: анемический синдром (слабость, бледность, головокружение), признаки желудочного кровотечения (мелена), данные анамнеза, показатели гемодинамики, лабораторные тесты.

2. Больной поступает в неотложном порядке, исходно в тяжёлом состоянии (в условиях задачи описывается клиника тяжёлой постгеморрагической анемии), обусловленным основным заболеванием, тяжёлой кровопотерей. *Для определения тактики необходимо выполнить:*

- ректальное исследование;
- зондирование желудка;
- исследование коагулограммы;
- определение группы крови (имеются абсолютные показания к гемотрансфузии);
- ФГДС (при клинике продолжающегося кровотечения возможна попытка эндоскопической остановки кровотечения, при её неэффективности – экстренная операция по жизненным показаниям);
- консультация кардиолога, анестезиолога.

3. Исходя из условия задачи и диагноза целесообразно лечение в условиях РАО.

*Неотложные лечебные мероприятия:*

- гемостатическая и противоязвенная терапия;
- очистительная клизма;
- проведение терапии ИБС;
- определение показаний к оперативному или консервативному лечению определяется характером кровотечения (продолжающееся/остановившееся);
- в случае остановившегося кровотечения – консервативное ведение;
- при продолжающемся кровотечении – оперативное лечение в минимальном объеме.

## II.2.5 НЕОТЛОЖНАЯ СИТУАЦИЯ

Женщина 72 лет, пенсионерка, доставлена в приемное отделение бригадой «Скорой помощи» с жалобами на боль в правой паховой области, тошноту, однократную рвоту. Кроме того, беспокоит сердцеби-

ение в сочетании с одышкой, ощущением «дискомфорта» в области сердца, чувством страха, головокружением, резкой слабостью.

**Из анамнеза:** Больна около 3 часов, начало заболевания связывает с физической нагрузкой. Принимала дротаверин – без эффекта. Подобный приступ впервые. В анамнезе повышения артериального давления до 160/100 мм.рт.ст. и эпизоды аритмии (какой – не помнит). Постоянного лечения не получает.

**Объективно:** Состояние тяжелое. Сознание ясное, положение активное. Кожа и слизистые обычной окраски. Дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧД = 22 в 1 мин. Левая граница сердца перкуторно на 0,5 см кнаружи от среднеключичной линии. Тоны сердца умеренно приглушены, аритмичны, соотношение и звучность тонов изменчивы. АД = 130/90 мм.рт.ст. ЧСС = 146 в 1 мин. Пульс = 114 в 1 мин., аритмичный. Язык сухой, обложен белым налетом. Живот участвует в дыхании, мягкий, умеренно болезненный в правой паховой области, где пальпируется болезненное образование размером 5 x 5 x 4 см, расположенное ниже паховой связки.

**Результаты лабораторно-инструментального обследования:**

**ОАК:** Эр. =  $4,0 \times 10^{12}$  /л., Нв = 118 г/л, лейкоциты =  $11,4 \times 10^9$  /л., СОЭ = 14 мм/час.

**ОАМ:** уд. плотность = 1020, белок = 0,033 г/л., лейкоциты и плоский эпителий – ед. в п/зр.

**Обзорная рентгенография брюшной полости:** В мезогастрии, в проекции тонкой кишки имеются единичные уровни.

**ЭКГ:** Зубцы Р отсутствуют, определяются волны f малой амплитуды с частотой 450 в 1 мин, интервалы R-R разные по длительности, частота комплексов QRS – 144 в 1 мин.

### Задание (вопросы):

1. Сформулируйте диагноз основного заболевания и ведущий синдром, требующий оказания неотложной помощи, обосновав их сведениями из условия задачи.

2. Обоснуйте необходимость дополнительных экстренных лабораторных и/или инструментальных исследований для верификации диагноза и проведения дифференциальной диагностики.

3. Назначьте неотложную терапию и дайте рекомендации по ведению больного после купирования ведущего синдрома, а также по постгоспитальной реабилитации больной, включая возможности санаторно-курортного этапа.



**ПРИМЕР РЕКОМЕНДУЕМОГО СОДЕРЖАНИЯ ОТВЕТА:**

**1. Основной диагноз:** Ущемлённая бедренная грыжа справа.

**Сопутствующая патология:** ИБС, аритмический вариант: пароксизм трепетания и фибрилляции предсердий. Гипертоническая болезнь 2 степени 3 стадии, риск 4.

**Обоснование основного диагноза:** наличие опухолевидного болезненного выпячивания в паховой области, определяемого ниже паховой связки, невозможность вправления в брюшную полость.

**Обоснование сопутствующей патологии:** степень АГ – данные максимальном повышении АД до 160/100 мм рт ст. Критерий 3 стадии – развитие ассоциированной патологии – мерцательно аритмии. Риск кардиоваскулярной катастрофы крайне высокий при сочетании АГ и пароксизма мерцательной аритмии.

**2. Диагностическая программа при неотложной госпитализации с абсолютным показанием к проведению экстренной операции сокращённая, включает только необходимые методы обследования:**

- рентгеноскопия лёгких;
- биохимическое исследование крови;
- коагулограмма;
- УЗИ сердца;
- консультация кардиологом и анестезиологом (определение вида обезболивания в зависимости от соматической патологии, степени анестезиологического риска. Наиболее вероятно проведение операции под местным обезболиванием в сочетании с медикаментозной седацией).

**3. Исходя из условия задачи и диагноза, неотложные лечебные мероприятия следующие:**

- проведение антиаритмической терапии ( $\beta$ -блокаторы или кордарон внутривенно);
- одновременно – проведение предоперационной подготовки в кратчайшие сроки (на операционном столе);
- операция грыжесечения.

---

## III. ВНУТРЕННИЕ БОЛЕЗНИ + АКУШЕРСТВО/ГИНЕКОЛОГИЯ

---

### III.1. ПЛАНОВЫЕ СИТУАЦИИ

#### III.1.1 ПЛАНОВАЯ СИТУАЦИЯ

Пациентка 50 лет, главный бухгалтер, обратилась в женскую консультацию по поводу отсутствия менструаций в течение двух месяцев, упорные запоры и прибавку массы тела. Кроме того, жалуется на одутловатость лица, слабость, утомляемость, снижение работоспособности, сухость кожи, замедление скорости реакции и нарушение способности сосредоточиться, частые позывы на мочеиспускание.

**Из анамнеза:** Менархе в 13 лет, цикл установился сразу. Менструации были умеренные по 4 дня через 28 дней. Родов 2, аборт 2. В 35 лет перенесла аппендэктомия, без осложнений. Ранее отмечала периодические повышения АД до 170/100 мм рт. ст. систематического лечения не получала. В течение последнего года менструации стали скудными и нерегулярными, за это же время прибавила около 10 кг массы тела.

**Объективно:** Состояние средней тяжести. Лицо одутловато, кожа бледная, сухая, холодная на ощупь. Пальпируется перешеек и обе доли щитовидной железы, однородные, безболезненные. Голени пастозны. Пульс = 54 в 1 мин. АД 160/100 мм рт. ст. Температура тела = 35,8°C. Окружность талии 102 см. Масса тела 89 кг, рост 162 см.

**Влагалищное исследование:** наружные половые органы развиты правильно. Влагалище – рожавшей женщины. Шейка матки деформирована старыми разрывами в родах. Матка увеличена до 14 нед. беременности, из передней стенки матки исходит узел до 8 см в диаметре. Придатки не определяются, область их безболезненная. Выделения слизистые, умеренные.

**Результаты лабораторно-инструментального обследования:**

**ОАК:** Эр. =  $3,9 \times 10^{12}/л.$ , НБ = 105 г/л. Лейкоциты =  $6,2 \times 10^9/л.$ , СОЭ = 4 мм/час.

**ОАМ:** плотность = 1025; белок не обнаружен. Лейкоциты и пл. эпителий – ед. в п/зр., эритроциты 1 – 2 в п/зр.

**ЭКГ:** Ритм синусовый, 48 в 1 минуту.  $RI > R_n > R_{nb}$ ,  $RV_5 > RV_4$ ,  $RV_5 + S_{V1} = 40$  мм. PQ = 0,18 сек.

**Биохимический анализ крови:** Общий холестерин 7,2 ммоль/л, глюкоза 5,4 ммоль/л, общий белок 66 г/л, креатинин 88,4 мкмоль/л.

**Гормоны крови:** ФСГ 36 МЕ/мл, ТТГ 6,3 ММЕ/л

**УЗИ органов малого таза:** объем матки 661 см<sup>3</sup>, внешний контур деформирован – субсерозный узел на широком основании, диаметром 77 мм, миометрий диффузно неоднородный с гиперэхогенными включениями, полость матки сомкнута, толщина эндометрия 2 мм. Яичники объемом 2,1 и 2,4 см<sup>3</sup>, фолликулы единичные, преобладает строма.

### Задание (вопросы):

1. Сформулируйте диагноз основного и сопутствующего заболеваний, обосновав его сведениями, имеющимися в условии задачи.

2. Обоснуйте необходимость дополнительных лабораторных и/или инструментальных исследований для верификации диагноза и проведения дифференциальной диагностики.

3. Назначьте лечение (этиотропную, патогенетическую и синдромно-симптоматическую терапию) и дайте рекомендации по постгоспитальной реабилитации больной, включая возможности санаторно-курортного этапа.

### ПРИМЕР РЕКОМЕНДУЕМОГО СОДЕРЖАНИЯ ОТВЕТА:

1. *Диагноз заболевания и его обоснование:* Эндемический зоб 1 ст. Гипотиреоз. Артериальная гипертензия 2 стадия, 2 степень, риск 4. Атерогенная дислиппротеинемия. Перименопауза. Миома матки, субсерозно-интерстициальная, увеличена до 14 недель беременности. Рубцовая деформация шейки матки. Анемия легкой степени неуточнённого генеза.

*Обоснование нозологической формы:* Пальпируется перешеек и обе доли щитовидной железы, однородные, безболезненные у пациентки, проживающей в эндемичном районе

*Обоснование гипотиреоза:* упорные запоры и прибавка массы тела, одутловатость лица, слабость, утомляемость, снижение работоспособности, сухость кожи, брадикардия, замедление скорости реакции и нарушение способности сосредоточиться – клинические симптомы гипотиреоза. Повышение уровня ТТГ – лабораторный критерий.

*Обоснование АГ 2 степени:* периодические повышения АД до 170/100 мм.рт.ст.

*Обоснование АГ 2 стадии:* признаки гипертрофии левого желудочка при отсутствии данных об осложнениях АГ.

*Обоснование крайне высокого сосудистого риска:* АГ 2 степени + гипертрофия левого желудочка + атерогенная дислипотеинемия + перименопауза

*Обоснование перименопаузы:* менопауза диагностируется, как минимум, через год после последней менструации. Лабораторное подтверждение – повышения уровня ФСГ. Клинических проявлений типичного климактерического синдрома нет (учащенное мочеиспускание может быть следствием гипотиреоза и железодефицитной анемии).

*Обоснование миомы:* данные УЗИ и влагалищного исследования.

**2.** Для верификации диагноза основного заболевания и проведения дифференциальной диагностики дополнительного обследования не требуется.

*Для дополнительной объективизации диагноза «Эндемический зоб» и исключения очаговых образований в щитовидной железе:* УЗИ щитовидной железы.

*Для согласования тактики ведения больной и лекарственной терапии гипотиреоза –* консультация эндокринологом.

*Для уточнения поражения органов-мишеней при АГ:* определение микроальбуминурии, УЗИ сердца, почечных артерий, транскраниальная доплерография сосудов головы и шеи.

*Для уточнения генеза анемии:* исследование уровня железа в сыворотке крови, общей (ОЖСС) и латентной (ЛЖСС) железосвязывающей способности сыворотки крови.

При возникновении кровотечений в перименопаузе необходима консультация гинекологом с оценкой морфологических изменений эндометрия. Учитывая наличие миомы – возможно плановое оперативное лечение (показанием к оперативному лечению являются размеры матки, соответствующие 14 неделям беременности, наличие запоров, учащенного мочеиспускания, свидетельствующее о нарушении функции смежных органов).

**3.** Госпитализация больной в многопрофильный стационар. Лечебные мероприятия, исходя из условия задачи и диагноза, должны включать:

- Диета № 10 (ограничение соли, жидкости, легко всасывающихся и усваивающихся углеводов, животных жиров, возбуждающих блюд и напитков).

- Учитывая 2 стадию АГ, антигипертензивную терапию следует начинать с комбинации двух или трёх препаратов. Показано сочетание ингибитора АПФ (эналаприл 10 мг 2 раза в сутки, периндоприл 5 – 10 мг в сутки, лизиноприл 20 мг в сутки) или блокатора рецепторов к ангиотензину II (лозартан 50-100 мг, ирберсартан 300 мг, кандесартан 8-16 мг, валсартан 80-160 мг в сутки) с агонистом имидазолиновых рецепторов в ЦНС моксонидином (0,4 мг) или комбинации ингибитора АПФ и малых доз диуретика (гипотиазид 12,5 – 25 мг, индапамид 1,5-2,5 мг). Назначение в-блокаторов в данном случае нежелательно (ЧСС = 56 в 1 мин.); допустимо использование антагонистов кальция дигидропиридинового ряда (амлодипин, фелодипин, нифедипин).

- Обязательно назначение гиполипидемических средств (симвастатин 20 мг, розувастатин 10 мг, флувастатин 40 мг в сутки).

- При подтверждении железодефицитного генеза анемии – препараты железа для перорального приема (например, препараты сульфата железа II по 100 мг x 2 раза в день, до нормализации уровня гемоглобина, а затем – по 100 мг 1 раз в день, в течение 3 месяцев; либо препараты трехвалентного железа в эквивалентной дозировке по той же схеме).

- При выявлении повышенного уровня ТТГ – средства заместительной гормональной терапии: L-тироксин по 50-100 мкг в сутки, под контролем ЧСС, АД и ТТГ. Тактика ведения больной будет определяться результатами УЗИ щитовидной железы.

- В отсутствие клинических проявлений климактерического синдрома в лечении гинекологом (МГТ) больная не нуждается.

### III.1.2 ПЛАНОВАЯ СИТУАЦИЯ

Пациентка И., 45 лет, преподаватель вуза, обратилась в женскую консультацию по поводу интенсивных приливов жара до 30 раз в течение суток, ночную потливость, повышенную утомляемость, снижение работоспособности, плаксивость, возбудимость.

**Из анамнеза:** Менархе в 15 лет, цикл установился сразу. Менструальный цикл на протяжении всей жизни не менялся, менструации были умеренные, по 4 дня, через 28 дней. В течение последнего года появились приливы жара, менструации стали не регулярные, через 21-28 дней, иногда болезненные, обильные. Родов – 2 (срочные, самостоятельные), аборт – 1 (без осложнений). Травм и операций не было.

С 34 лет стала отмечать периодические повышения АД до 160/90 мм рт. ст., связанные со стрессами. При повышениях АД принимала «АД-норма». В 38 лет, в период приёма гормональных контрацептивов, был эпизод тромбофлебита глубоких вен правой голени. Отец пациентки перенёс инфаркт миокарда в 38 лет, умер в 56 лет после перенесённого нарушения мозгового кровообращения. У младшей сестры – привычное невынашивание, детей нет.

**Объективно:** Состояние удовлетворительное, сознание ясное, положение активное. Лицо гиперемировано, кожа влажная, выражен белый дермографизм. Щитовидная железа не пальпируется. Отёков нет. Окружность талии 72 см. Масса тела 59 кг, рост 162 см. Температура тела = 36,8°C. Дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧД = 16 в 1 мин. Левая граница сердца – на 2 см кнаружи от среднеключичной линии. Тоны сердца ясные, ритмичные. Пульс = 94 в 1 мин в покое. АД 150/90 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не пальпируются. Размеры печени и селезенки по Курлову: 10х 9,5 х 8 см и 6 х 4 см соответственно. Поколачивание в проекции почек безболезненно. Диурез и стул в норме.

**Гинекологический статус:** наружные половые органы развиты правильно, оволосение на лобке по женскому типу, слизистые розовые, выделения умеренные слизистые, без запаха. Шейка матки цилиндрической формы, без видимых патологических изменений, зев щелевидный, пропускает кончик пальца. Тело матки нормальной величины, с четкими контурами, безболезненное, подвижное, в anteflexio. Придатки с обеих сторон не определяются, своды влагалища глубокие. Тонус мышц тазового дна достаточный.

**Результаты лабораторно-инструментального обследования:**

**ОАК:** Эр. = 4,3 х 10<sup>12</sup>/л., Нб = 125 г/л. Лейкоциты = 6,2 \* 10<sup>9</sup>/л, СОЭ = 4 мм/час.

**ОАМ:** плотность = 1022; белок не обнаружен. Лейкоциты и пл. эпителий – ед. в п/зр., эритроциты 1 – 2 в п/зр.

**Биохимический анализ крови:** Общий холестерин 6,2 ммоль/л, ЛПНП 4,7 ммоль/л, ТГ 1,6 ммоль/л, глюкоза 5,4 ммоль/л, общий белок 70 г/л, креатинин 88,4 мкмоль/л, АСТ/АЛТ 27/28 МЕ, общий билирубин 16 мкмоль/л.

**Гормоны крови:** ФСГ 96 МЕ/мл, ТТГ 1,3 МЕ/л

**ЭКГ:** Ритм синусовый, 88 в 1 минуту. RI>RII>RIII, RV5>RV4, RV5 + SV1 = 35 мм. PQ = 0,13 с. Очаговых изменений не выявлено.

**Флюорография органов грудной клетки:** Корни легких структурны, очаговых и инфильтративных теней не выявлено. Синусы свободны.

**Онкоцитологическое исследование эндо- и эктоцервикса:** многослойный плоский эпителий – без атипии, цилиндрический эпителий – без атипии.

**УЗИ малого таза на 6 день менструального цикла:** тело матки размерами 56мм\*38мм\*34мм, толщина задней стенки 22 мм, миометрий неоднородной эхоструктуры с множественными гиперэхогенными включениями, М-эхо = 7 мм. Яичники объемом 5,8 и 6,5 см<sup>3</sup>, содержат фолликулы диаметром 2-10 мм.

### Задание (вопросы):

1. Сформулируйте диагноз основного и сопутствующего заболеваний, обосновав его сведениями, имеющимися в условии задачи.

2. Обоснуйте необходимость дополнительных лабораторных и/или инструментальных исследований для верификации диагноза и проведения дифференциальной диагностики.

3. Назначьте лечение (этиотропную, патогенетическую и синдромно-симптоматическую терапию) и дайте рекомендации по реабилитации пациентки, включая возможности санаторно-курортного этапа.

### ПРИМЕР РЕКОМЕНДУЕМОГО СОДЕРЖАНИЯ ОТВЕТА:

1. *Диагноз заболевания и его обоснование:* Перименопауза. Климактерический синдром, тяжёлое течение. Артериальная гипертензия, 2 стадия, 2 степень, риск 4. Атерогенная дислипотеинемия.

*Обоснование перименопаузы:* перименопауза – период нарушений менструального цикла у женщины в возрасте 45 лет (лабораторное подтверждение – повышенный уровень ФСГ).

*Обоснование климактерического синдрома и его тяжести:* климактерический синдром – появление характерных жалоб (приливы «жара», потливость, утомляемость, и пр.), тяжесть течения синдрома в данном случае определяется по количеству приливов в течение суток (30 приливов)

*Обоснование нозологической формы:* У больной типичные нейровегетативные проявления климактерического синдрома: приливы жара, ночная потливость, повышенная утомляемость, снижение работоспособности, плаксивость, возбудимость, возникшие на фоне

нарушения менструального цикла. Диагноз подтверждается высоким уровнем ФСТ.

*Обоснование АГ 2 степени:* периодические повышения АД до 160/90 мм рт. ст.

*Обоснование АГ 2 стадии:* признаки гипертрофии левого желудочка при отсутствии данных об осложнениях АГ.

*Обоснование крайне высокого сосудистого риска:* АГ 2 степени + гипертрофия левого желудочка + атерогенная дислипотеинемия + ранние сосудистые катастрофы в семейном анамнезе.

**2.** Для верификации диагноза основного заболевания и проведения диф. диагностики не требуется дополнительного обследования.

*Для дополнительной объективизации степени риска тромбоэмболических осложнений:* оценка гемостазиограммы и маркеров антифосфолипидного синдрома (антитела к фосфолипидам, волчаночный антикоагулянт).

*Для уточнения поражения органов-мишеней АГ:* определение микроальбуминурии, УЗИ сердца, сосудов головы и шеи, почечных артерий.

*Для уточнения характера повышений АД:* суточное мониторирование АД

*Для уточнения типа дислипидемии:* оценка уровня ЛПВП и триглицеридов сыворотки крови.

*Для уточнения причины гипертрофии ЛЖ ( $R_I > R_{II} > R_{III}$ ,  $R_{V5} > R_{V4}$ ,  $R_{V5} + S_{V1} = 35$  мм):* задать уточняющий вопрос об образе жизни (имевшихся ранее физических нагрузках – бытовых, спортивных) и провести УЗИ сердца для исключения патологии клапанного аппарата сердца.

Показаны консультации кардиологом и психотерапевтом.

**3.** *Лечебные мероприятия, исходя из условия задачи и диагноза, должны включать:*

- Диета № 10: максимальное ограничение жиров и простых углеводов, алкоголя, ограничение поваренной соли и жидкости.

- Постепенное увеличение циклических аэробных физических нагрузок.

- Учитывая 2 стадию АГ, антигипертензивную терапию следует начинать с комбинации двух или трёх препаратов. Показано сочетание ингибитора АПФ (эналаприл 10 мг 2 раза в сутки, периндоприл 5-10 мг в сутки, лизиноприл 20 мг в сутки) или блокатора рецепторов к ангиотензину II (лозартан 50-100 мг, ирберсартан 300 мг, кандесар-



тан 8-16 мг, валсартан 80-160 мг в сутки) с агонистом имидазолиновых рецепторов в ЦНС моксонидином (0,4 мг) или комбинации ингибитора АПФ и малых доз диуретика (гипотиазид 12,5-25 мг, индапамид 1,5-2,5 мг). Назначение в-блокаторов в данном случае противопоказано (PQ = 0,13 сек.); нежелательность назначения антагонистов кальция (амлодипин, фелодипин, нифедипин) определяется возможностью усиления приливов жара.

- Обязательно назначение гиполипидемической терапии (аторвастатин 20 мг, розувастатин 10 мг, питувастатин 4 мг в сутки).

- Рекомендуется индивидуальный подбор режима и пути введения препаратов МГТ пациенткам с учетом выраженности симптомов, персонального и семейного анамнеза, стадии репродуктивного старения

- (по STRAW+10), результатов соответствующих исследований, наличия коморбидных состояний, предпочтений и ожиданий женщины для обеспечения высокой эффективности, безопасности терапии и приверженности к ней. Учитывая высокий индивидуальный риск тромбоемболических осложнений, назначение заместительной гормональной терапии можно проводить только после исключения патологии свёртывающей системы (при нормальных показателях возможно назначение циклической МГТ – трансдермально эстрогены типа Эстрожель в сочетании с интравагинальным введением микронизированного прогестерона (Утрожестан) или пероральным введением дидрогестерона (Дюфастон); при необходимости в контрацепции – сочетание с постановкой ВМС-Мирена). Альтернативным методом лечения КС может быть назначение растительных и гомеопатических средств (климактоплан, климаксан, климадион, ременс и др.) или пептидов эпифиза [шишковидной железы].

### III.1.3 ПЛАНОВАЯ СИТУАЦИЯ

Пациентка 65 лет, пенсионерка, обратилась в женскую консультацию по поводу недержания мочи при кашле, чихании, поднятии тяжести. Также отмечает сухость и дискомфорт во влагалище, уменьшение роста на 5 см, боли в грудном отделе позвоночника при длительном стоянии.

**Из анамнеза:** Менархе в 17 лет, цикл установился через 2 года. Менструации в течение всей жизни были скудные по 3-4 дня через 30-35 дней. Менопауза наступила в 44 года, сопровождалась тяжёлыми приливами жара в течение 10 лет. Лечения не получала. Роды 1,

других беременностей не было. Гемотрансфузий не было. В 54 лет – перелом дистального отдела левой лучевой кости при падении на улице. Мать пациентки умерла в возрасте 82 лет после перелома проксимального отдела бедренной кости.

**Объективно:** Состояние удовлетворительное. Кожа светлая, атрофичная. Подкожная клетчатка выражена слабо, равномерно. Пальпируется эластичный безболезненный перешеек щитовидной железы. Отёков нет. Увеличен грудной кифоз. Пальпация позвоночника безболезненная. Левая граница сердца – на 1 см кнутри от срединно-ключичной линии. Пульс = 74 в 1 мин в покое. АД = 120/70 мм рт. ст. Температура тела = 36,2°C. Окружность талии 62 см. Масса тела = 49 кг, рост = 152 см.

**Влагалищное исследование:** вульва зияет, отмечается пролабирование передней (в большей степени) и задней стенки влагалища. Слизистые бледные, сухие, кровоточат при введении зеркал. Шейка матки визуально без патологических изменений, слизистая тонкая, лакированная, наружный зев облитерирован. По передней стенке влагалища определяется выбухание стенки мочевого пузыря. Тело матки маленькое, плотное, ограничено подвижное. Придатки не определяются. Передний свод отсутствует, задний сглажен. Проба Valsava и кашлевая проба положительные.

**Результаты лабораторно-инструментального обследования:**

**ОАК:** Эр. =  $4,3 \times 10^{12}/л.$ , НБ = 125 г/л. Лейкоциты =  $6,2 * 10^9/л.$ , СОЭ = 4 мм/час.

**ОАМ:** плотность = 1020; белок не обнаружен. Лейкоциты 10-15 в п/зр, пл. эпителий 5 – 15 в п/зр.

**ЭКГ:** Ритм синусовый, 72 в 1 минуту.  $R_n > R_1 > R_{nb}$ ,  $RV_5 < RV_4$ ,  $RV_5 + S_{V_1} = 20$  мм. PQ = 0,13 с.

**Биохимический анализ крови:** Общий холестерин = 6,2 ммоль/л, глюкоза = 5,4 ммоль/л, общий белок = 70 г/л, креатинин = 88,4 мкмоль/л, общий кальций = 2,3 ммоль/л, щелочная фосфатаза = 20 ед/л.

### Задание (вопросы):

1. Сформулируйте диагноз основного и сопутствующего заболеваний, обосновав его сведениями, имеющимися в условии задачи.

2. Обоснуйте необходимость дополнительных лабораторных и/или инструментальных исследований для верификации диагноза и проведения дифференциальной диагностики.

**3. Назначьте лечение (этиотропную, патогенетическую и синдромно-симптоматическую терапию) и дайте рекомендации по постгоспитальной реабилитации, включая возможности санаторно-курортного этапа.**

ПРИМЕР РЕКОМЕНДУЕМОГО СОДЕРЖАНИЯ ОТВЕТА:

**1. Диагноз заболевания и его обоснование:** Постменопауза 21 год. Атрофический вагинит. ГУМС. Стрессовое недержание мочи. Слабость мышц тазового дна: цистоцеле. Постменопаузальный остеопороз, осложнённый переломом дистального отдела предплечья.

*Обоснование нозологической формы:* У больной имеются факторы риска остеопороза: позднее начало и раннее прекращение репродуктивного периода, постменопауза, низкая масса тела и низкий рост, перелом бедра у матери. Клинические проявления осложнённого остеопороза – перелом предплечья и признаки переломов позвонков (боль в грудной клетке, уменьшение роста, усиление кифоза).

*Обоснование недержания мочи:* жалобы на нарушение процесса мочеиспускания.

*Обоснование атрофического вагинита:* бледность и сухость слизистой с инъекцией сосудов, заращение наружного зева, ранимость слизистой при осмотре в зеркалах.

*Обоснование ГУМС (генитоуринарный менопаузальный синдром):* сухость и дискомфорт во влагалище в сочетании с недержанием мочи при кашле, чихании, поднятии тяжести.

**2. Для верификации диагноза основного заболевания и проведения диф. диагностики требуется дополнительное обследование:**

*Для уточнения степени урогенитальной атрофии:* кольпоскопия, мазок на КПИ, индекс Барлоу (индекс вагинального здоровья).

*Для объективизации переломов тел грудных позвонков:* рентгенография грудного отдела позвоночника.

*Для контроля эффективности терапии остеопороза:* рентгеновская денситометрия проксимального отдела бедра, определение уровня остеокальцина, N-концевого телопептида, щелочной фосфатазы.

*Для исключения вторичного остеопороза:* определение уровня общего и ионизированного кальция крови, паратгормона, уровня витамина Д в крови.

Для уточнения характера недержания мочи: исследование уровня сывороточного железа, ОЖСС и ЛЖСС (исключить латентный его дефицит), консультация урологом.

Для уточнения причины и характера гипертрофии ЛЖ: УЗИ сердца.

Показана консультация врача ЛФК.

**3. Лечебные мероприятия, исходя из условия задачи и диагноза, должны включать:**

- Диета № 10: ограничение легко всасывающихся и усваивающихся углеводов, алкоголя, поваренной соли при обязательном включении в рацион кисломолочных продуктов, морской рыбы (не реже 3 раз в неделю).

- Постепенное увеличение аэробных физических нагрузок. Избегать сгибания позвоночника. Обучение в школе больных остеопорозом. Наблюдение в Службе профилактики повторных переломов.

- Учитывая суточную потребность в кальции (1500 мг/сут.), дополнительно к диете необходимо назначить комбинированный препарат кальция и витамина D3 (кальций- D3-Никомед-форте или Натекаль-О3) по 1 таб. 2 раза в день во время еды.

- Обязательно также назначение антирезорбтивной терапии: бисфосфонатов (алендронат 70 мг в неделю, ибандронат 150 мг в месяц внутрь или ибандронат 3 мг внутривенно 1 раз в 3 месяца или золендронат 5 мг внутривенно капельно, 1 раз в год)

- Для уменьшения боли в спине показано постоянное ношение корсета на протяжении 3-6 месяцев.

- Интравагинальные формы эстриола с целью лечения и профилактики проявлений ГУМС: крем или свечи до достижения клинического эффекта, а далее – постоянно, на протяжении жизни в поддерживающей дозе

- Гимнастика для мышц тазового дна, возможно с использованием pessaria.

- В плановом порядке после нормализации состояния слизистой влагалища решить вопрос об оперативном лечении – пластика передней и задней стенки влагалища и промежности, изменение анатомического расположения мочеиспускательного канала (например, TVT). При невозможности оперативного лечения возможно использование pessариев.

При наличии переломов позвонков с выраженным болевым синдромом показана пункционная кифопластика.

### III.1.4 ПЛАНОВАЯ СИТУАЦИЯ

Пациентка 25 лет, кондуктор, обратилась в женскую консультацию на 32 неделе беременности по поводу боли в правом коленном, левом голеностопном и 2,3 плюснефаланговых суставах правой стопы и их отчётности.

**Из анамнеза:** Менархе в 12 лет, цикл установился сразу, по 5 дней через 28 дней. Настоящая беременность 3, первая закончилась абортом, вторая – выкидышем на 12 неделе. До наступления настоящей беременности не обследовалась и не лечилась. В консультации наблюдается с 8 недель беременности. Три недели назад имела контакт с новым половым партнёром, после чего в течение недели отмечала боли и рези при мочеиспускании.

**Объективно:** Состояние удовлетворительное. Кожа смуглая, на стопах – гиперкератоз. Подкожная клетчатка выражена слабо, равномерно. Пальпируется эластичный безболезненный перешеек щитовидной железы. Пульс в покое = 74 в 1 мин. АД = 120/70 мм рт. ст. Температура тела = 36,2°C. Масса тела = 49 кг, рост = 152 см. Правый коленный и левый голеностопный суставы отёчны, болезненны при пальпации, кожа над ними не изменена; 2 и 3 плюснефаланговые суставы справа – отёчны, болезненны и синюшны. Болезненна пальпация ахилловых сухожилий. Живот овоидной формы, увеличен соответственно 32 неделям беременности, положение плода продольное, Головка высоко над входом в малый таз. Сердцебиение плода ясное, ритмичное 144 уд/мин.

**Результаты лабораторно-инструментального обследования:**

**ОАК:** Эр. =  $4,2 \times 10^{12}/л.$ , НЬ = 125 г/л. Лейкоциты =  $9,4 \times 10^9/л.$ , СОЭ = 42 мм/час. Кардиолипидная реакция – отрицательная.

**ОАМ:** Уд. плотность = 1025; белок – следы. Лейкоциты сплошь в п/зр., эритроциты до 30 в п/зр.

**Мазок из уретры:** методом иммунофлюоресценции выявлена *Chlamydia trachomatis*.

**УЗИ матки и плода:** плод соответствует сроку гестации, плацента полностью перекрывает внутренний зев, определяется на передней и задней стенке матки. Тонус миометрия не повышен.

#### Задание (вопросы):

1. Сформулируйте диагноз основного и сопутствующего заболеваний, обосновав его сведениями, имеющимися в условии задачи.

**2. Обоснуйте необходимость дополнительных лабораторных и/или инструментальных исследований для верификации диагноза и проведения дифференциальной диагностики.**

**3. Назначьте лечение (этиотропную, патогенетическую и синдромно-симптоматическую терапию) и дайте рекомендации по постгоспитальной реабилитации больной, включая возможности санаторно-курортного этапа.**

**ПРИМЕР РЕКОМЕНДУЕМОГО СОДЕРЖАНИЯ ОТВЕТА:**

**1. Диагноз заболевания и его обоснование:** Реактивный артрит, урогенитальная форма, активность 2 степени. Беременность 32 нед. Центральное предлежание плаценты.

*Обоснование нозологической формы:* Критерии диагноза – асимметричный артрит суставов нижних конечностей развился после незащищённого полового контакта, за которым последовали явления уретрита, поражение Ахиллова сухожилия, кератодермия стоп. Доказана хламидийная этиология.

*Обоснование степени активности:* полиартрит, СОЭ = 42 мм /ч, но нет признаков системных проявлений.

*Обоснование предлежания плаценты:* данные УЗИ органов малого таза, высокое расположение предлежащей части.

**2. Для верификации диагноза основного заболевания и проведения диф. диагностики дополнительное обследование не требуется. Необходимо консультация урологом и/или дерматовенерологом.**

**3. Показана госпитализация в отделение патологии беременных.** Подготовка к плановой операции кесарева сечения, подготовка легких плода дексаметазоном 24 мг. При возникновении кровотечения из половых путей – экстренная операция кесарева сечения, при массивном кровотечении (более 1000 мл) – перевязка магистральных сосудов матки.

Лечебные мероприятия, исходя из условия задачи и диагноза, должны включать:

- диета № 15: достаточное количество животного белка, ограничение простых углеводов, поваренной соли.

- для лечения хламидийной инфекции при беременности разрешено применение спирамицина по 3 млн. ЕД х 2 раза в сутки или азитромицина 500 мг 1 раз в сутки, в течение 10-14 дней.

- при сильной боли и отёчности болезненных суставов – местное применение геля или крема с диклофенаком или кетопрофеном.
- при сохранении признаков экссудативного артрита возможна однократная аспирация экссудата и внутрисуставное введение бета-метазона в наиболее воспалённый сустав.

### III.1.5 ПЛАНОВАЯ СИТУАЦИЯ

Пациентка 23 лет, инженер-технолог, обратилась в женскую консультацию, на 20 неделе беременности по поводу упорных запоров, слабости, утомляемости, ощущения заторможенности, снижения аппетита и прибавки массы тела на 2 кг за 2 недели. В течение суток беспокоят тянущие боли внизу живота и пояснице.

**Из анамнеза:** Менархе в 12 лет, цикл установился сразу, по 5 дней через 28 дней. Настоящая беременность первая. Наблюдается в женской консультации с 6 недели беременности. Травм и операций не было

**Объективно:** Состояние средней тяжести. Лицо одутловато, кожа бледная, сухая, холодная на ощупь. Пальпируется перешеек и обе доли щитовидной железы, однородные, безболезненные. Голени пастозны. Пульс = 54 в 1 мин. АД 130/60 мм рт. ст. Температура тела = 35,8°C. Масса тела = 69 кг, рост = 162 см.

**Результаты лабораторно-инструментального обследования:**

**ОАК:** Эр. =  $4,2 \times 10^{12}/л.$ , НЬ = 115 г/л. Лейкоц. =  $6,4 \times 10^9/л.$ , СОЭ = 12 мм/час.

**Кардиолипидовая реакция** – отрицательная.

**ОАМ:** Уд. плотность = 1025; белок – не выявлен. Лейкоциты = 2-3 в п/зр.

**ЭКГ:** Ритм синусовый, 48 в 1 минуту. PQ = 0,18 с. Электрическая ось сердца – соответственно величине угла  $\alpha = 45^\circ$ .

**Биохимический анализ крови:** общий холестерин – 7,2 ммоль/л, глюкоза – 5,4 ммоль/л, общий белок – 66 г/л, креатинин – 88,4 мкмоль/л.

**Гормоны крови:** ТТГ – 9,3 МЕ/л.

**УЗИ матки и плода:** плод соответствует сроку гестации 19-20 недель, плацента определяется на передней стенке матки 1 степени зрелости. Регистрируются сегментарные сокращения миометрия. Длина влагалищной части шейки матки 23мм.

**Задание (вопросы):**

**1. Сформулируйте диагноз основного и сопутствующего заболеваний, обосновав его сведениями, имеющимися в условии задачи.**

**2. Обоснуйте необходимость дополнительных лабораторных и/или инструментальных исследований для верификации диагноза и проведения дифференциальной диагностики.**

**3. Назначьте лечение (этиотропную, патогенетическую и синдромно-симптоматическую терапию) и дайте рекомендации по постгоспитальной реабилитации больной, включая возможности санаторно-курортного этапа.**

**ПРИМЕР РЕКОМЕНДУЕМОГО СОДЕРЖАНИЯ ОТВЕТА:**

**1. Диагноз заболевания и его обоснование:** Беременность 20 недель. Угроза прерывания. Первичный гипотиреоз, декомпенсация.

*Обоснование нозологической формы:* Клинические симптомы гипотиреоза – упорные запоры, слабость, утомляемость, заторможенность, снижение аппетита и прибавка массы тела, бледность, одутловатость лица, брадикардия. Лабораторные критерии – гиперхолестеринемия и ТТГ выше 4 МЕ/л.

*Обоснование угрозы прерывания беременности:* типичные проявления – тянущие боли внизу живота и пояснице. Подтверждение – сегментарные сокращения миометрия и укорочение шейки матки до 23 мм, выявленные при УЗИ.

**2. Для верификации диагноза основного заболевания и проведения диф. диагностики дополнительных исследований не требуется – диагноз установлен. Показана консультация эндокринологом.**

**3. Госпитализации в отделение патологии беременности малых сроков.**

Лечебные мероприятия, исходя из условия задачи и диагноза, должны включать:

- Базисная диета с обязательным включением в ежедневный рацион кисломолочных продуктов, морской рыбы (не реже 3 раз в неделю), ограничение простых углеводов, алкоголя, поваренной соли;

- постельный режим;

- левотироксин 50 мкг в сутки, постепенно увеличивая дозу до 100 мкг в сутки;



• прогестерон 200 мг 2 раза в сутки до 28 недель интравагинально. Внутривенно капельно фенотерол 5 мг или гексопреналин 2,0 мл внутривенно капельно (в 500 мл физиологического раствора) до купирования клиники угрозы прерывания №2-3.

### III.1.6 ПЛАНОВАЯ СИТУАЦИЯ

Пациентка 51 год, телеведущая, обратилась в женскую консультацию по поводу интенсивных приливов жара до 30 раз в течение суток, ночную потливость, повышенную утомляемость, снижение работоспособности, плаксивость, возбудимость.

**Из анамнеза:** Менархе в 13 лет, цикл установился сразу. Менструации были умеренные по 4 дня через 28 дней. Последняя менструация 15 месяцев назад. В течение последнего года появились приливы жара, стала отмечать периодические повышения АД до 160/90 мм рт. ст., связанные со стрессами, прибавку массы тела на 10 кг. Родов 2, аборт 1. Травм и операций не было. Контрацепция в течении жизни – КОК. В семейном анамнезе у матери – гипертоническая болезнь, гипотиреоз.

**Объективно:** Состояние средней тяжести. Лицо гиперемировано, кожа влажная, выражен белый дермографизм. Щитовидная железа не пальпируется. Отёков нет. Левая граница сердца – на 2 см кнаружи от среднеключичной линии. Пульс = 94 в 1 мин в покое. АД 150/90 мм рт. ст. Температура тела = 36,8°C. Окружность талии 78 см. Масса тела 70 кг, рост 162 см.

**Гинекологическое исследование:** Наружные половые органы развиты правильно, оволосение на лобке по женскому типу. Шейка матки цилиндрической формы. Тело матки нормальной величины, подвижное, безболезненное, находится в правильном положении. Придатки с обеих сторон не определяются, своды влагалища глубокие.

**Результаты лабораторно-инструментального обследования:**

**ОАК:** Эр. =  $4,3 \times 10^{12}/\text{л.}$ , Нб = 125 г / л. Лейкоциты =  $6,2 \times 10^9/\text{л.}$  СОЭ = 4 мм/час.

**ОАМ:** удельная плотность = 1022, белок – не обнаружен. Лейкоциты и плоский эпителий – ед. в п/зр., эритроциты – 1-2 в п/зр.

**Биохимический анализ крови:** общий холестерин – 6,5 ммоль/л, глюкоза – 5,4 ммоль/л, общий белок – 70 г/л, креатинин – 88,4 мкмоль/л.

**Гормоны крови:** ФСГ = 96 МЕ/мл, ТТГ = 1,3 МЕ/л.

**ЭКГ:** Ритм синусовый, 88 в 1 минуту.  $R_I > R_{II} > R_{III}$ ,  $R_{V5} > R_{V4}$ ,  $R_{V5} + S_{V1} = 35$  мм. PQ = 0,13 сек.

**УЗИ органов малого таза:** М-эхо = 4 мм, тело матки размерами 56 мм\*38 мм\*34 мм. Яичники объемом 2,0 и 3,0 см<sup>3</sup>, фолликулы отсутствуют.

### Задание (вопросы):

**1. Сформулируйте диагноз основного и сопутствующего заболеваний, обосновав его сведениями, имеющимися в условии задачи.**

**2. Обоснуйте необходимость дополнительных лабораторных и / или инструментальных исследований для верификации диагноза и проведения дифференциальной диагностики.**

**3. Назначьте лечение (этиотропную, патогенетическую и синдромно-симптоматическую терапию) и дайте рекомендации по постгоспитальной реабилитации, включая возможности санаторно-курортного этапа.**

### ПРИМЕР РЕКОМЕНДУЕМОГО СОДЕРЖАНИЯ ОТВЕТА:

**1. Диагноз заболевания и его обоснование:** Постменопауза (стадия+1b STRAW+10). Климактерический синдром, тяжёлое течение. Артериальная гипертензия, 2 стадия, 2 степень, риск 4. Атерогенная дислипотеинемия. Избыток массы тела (ИМТ – 26,7).

**Обоснование возрастного периода:** постменопауза – стадия инволютивных изменений женской репродуктивной системе, после наступления менопаузы, которую определяют ретроспективно в течении 12 месяцев после последней менструации (дополнительные критерии – повышенный уровень ФСГ).

**Обоснование климактерического синдрома и его тяжести:** климактерический синдром – появление характерных жалоб (приливы «жара», потливость, утомляемость и пр.), тяжесть течения синдрома в данном случае определяется по количеству приливов в течение суток (30 приливов).

**Обоснование нозологической формы:** У женщины типичные нейровегетативные проявления климактерического синдрома: приливы жара, ночная потливость, повышенная утомляемость, снижение работоспособности, плаксивость, возбудимость, возникшие на фоне нарушения менструального цикла. Диагноз подтверждается высоким

уровнем ФСГ. Отмечаются метаболические проявления климактерического синдрома – повышение массы тела, гиперхолестеринемия.

*Обоснование АГ 2 стадии:* периодически повышение АД до 160/90 мм рт ст. признаки гипертрофии левого желудочка при отсутствии данных об осложнениях АГ.

*Обоснование крайне высокого сосудистого риска:* АГ 2 степени + гипертрофия левого желудочка + атерогенная дислипидопроteinемия + отягощенный семейный анамнез.

**2.** Для верификации диагноза основного заболевания и проведения дифференциальной диагностики не требуется дополнительного обследования.

*Для дополнительной объективизации степени риска тромбоэмболических осложнений:* оценка гемостазиограммы и маркеров антифосфолипидного синдрома (антитела к фосфолипидам, волчаночный антикоагулянт).

*Для уточнения поражения органов-мишеней АГ:* определение микроальбуминурии, УЗИ сердца, сосудов головы и шеи, почечных артерий.

*Для уточнения характера повышений АД:* суточное мониторирование АД.

*Для уточнения типа дислипидемии:* оценка уровня ЛПВП и триглицеридов сыворотки крови.

*Для уточнения причины гипертрофии ЛЖ:* задать уточняющий вопрос об образе жизни (имевшихся ранее физических нагрузках – бытовых, спортивных) и провести УЗИ сердца для исключения патологии клапанного аппарата сердца.

*Показаны консультации кардиолога и психотерапевта.*

**3.** Лечебные мероприятия, исходя из условия задачи и диагноза, должны включать:

- диета №10: максимальное ограничение жиров и простых углеводов, алкоголя, ограничение поваренной соли и жидкости;
- постепенное увеличение циклических аэробных физических нагрузок;
- учитывая 2 стадию АГ, антигипертензивную терапию следует начинать с комбинации двух или трёх препаратов;
- показано сочетание ингибитора АПФ (эналаприл 10мг 2 раза в сутки, периндоприл 5-10мг в сутки, лизиноприл 20 мг в сутки) или блокатора рецепторов к ангиотензину II (лозартан 50-100 мг, ирбер-

сартан 300 мг, кандесартан 8-16 мг, валсартан 80-160мг в сутки) с агонистом имидазолиновых рецепторов в ЦНС моксонидином (0,4мг) или комбинации ингибитора АПФ и малых доз диуретика (гипотиазид 12,5-25мг, индапамид 1,5-2,5мг);

- нежелательность назначения антагонистов кальция (амлодипин, фелодипин, нифедипин) определяется возможностью усиления приливов жара;

- учитывая высокий риск сосудистых событий, обязательно назначение гиполипидемической терапии (аторвастатин 20 мг, розувастатин 10 мг, питавастатин 2 мг в сутки);

- для коррекции климактерического синдрома у женщины в постменопаузе показано назначение менопаузальной гормональной терапии по непрерывной схеме (трансдермальные эстрогены в комбинации с микронизированным прогестероном или дидрогестероном).

## III.2. НЕОТЛОЖНЫЕ СИТУАЦИИ

### III.2.1 НЕОТЛОЖНАЯ СИТУАЦИЯ

Женщина 25 лет, продавец, беременность 18 нед., вызвала участкового врача на дом. Жалобы на кашель с болью в грудной клетке справа и небольшим количеством слизисто-гношной мокроты, также общую слабость, сердцебиение, головную боль и повышение температуры тела до 37,7°C.

**Из анамнеза:** Заболела 10 дней назад, когда после переохлаждения появились субфебрильная температура, насморк, першение в горле, слабость, головная боль. Лечилась домашними средствами (полоскала горло шалфеем, закапывала в нос сосудосуживающие капли), за медицинской помощью не обращалась. На 2-3-й день появился сухой кашель. Использовала горчичники на область грудной клетки, отхаркивающую микстуру. Вечера отметила подъем температуры до 38°C, появление слизисто-гношной мокроты, присоединились небольшие боли в грудной клетке справа при глубоком вдохе и кашле.

Данная беременность третья, две предыдущие закончились медицинскими абортами с *geobrasio cavi uteri*.

**Объективно:** Состояние средней тяжести. Температура тела = 37,7°C. Зев – умеренная гиперемия задней стенки глотки. Кожа

на ощупь горячая, сухая. Над легкими перкуторно определяется ясный легочный звук, небольшое притупление под правой лопаткой. Дыхание везикулярное, под правой лопаткой дыхание жесткое, выслушиваются мелкопузырчатые хрипы, которые исчезают после кашля. ЧД = 28 в 1 мин. Тоны сердца ясные, ритм правильный. ЧСС = 100 уд/мин. АД = 105/70 мм рт.ст. Язык обложен белым налетом, суховат. Живот увеличен за счет беременной матки. Дно её на уровне пупка. Матка при пальпации мягкая, в нормотонусе. Шевеление плода ощущает.

**Результаты лабораторно-инструментального обследования:**

**ОАК:** Эритро. =  $3,85 \times 10^{12}/л$ , НБ = 115 г/л, Цв. пок. = 0,8. Тромб. =  $312 \times 10^9/л$ , Лейкоциты =  $12,8 \times 10^9/л$ : пал. = 6%, сегмент. = 73%, эозин. = 1%, лимф. = 18%, моноциты = 2%. СОЭ = 22 мм/ час.

**ЭКГ:** Ритм синусовый, 100 в 1 мин.

**ОАМ:** цвет – соломенно-желтый, прозрачная, уд. вес. = 1011, реакция кислая; белок = 0,033 г/л, глюкоза – отриц.; эпителий плоский = 1-2 в п/зр., лейкоциты = 1-2 в п/зр.

**Анализ мокроты:** слизисто-гнойная, БК-отриц., кокковые формы бактерий (+++).

**УЗИ матки и плода:** плод соответствует сроку гестации, плацента полностью перекрывает внутренний зев, определяется на передней и задней стенке матки. Тонус миометрия не повышен.

### Задание (вопросы):

1. Сформулируйте диагноз основного заболевания и ведущий синдром, требующий оказания неотложной помощи, обосновав их сведениями из условия задачи.

2. Обоснуйте необходимость дополнительных экстренных лабораторных и/или инструментальных исследований для верификации диагноза и проведения дифференциальной диагностики.

3. Назначьте неотложную терапию и дайте рекомендации по ведению больной после купирования ведущего синдрома, а также по постгоспитальной реабилитации, включая возможности санаторно-курортного этапа.

### ПРИМЕР РЕКОМЕНДУЕМОГО СОДЕРЖАНИЯ ОТВЕТА:

1. *Диагноз заболевания и его обоснование:* Внебольничная пневмония в нижней доле справа, средней степени тяжести. ДН 1 ст. Беременность 17 нед. Центральное предлежание плаценты.

*Обоснование диагноза основного заболевания:* Начало заболевания после переохлаждения и перенесенной аденовирусной инфекции (катаральные явления, симптомы интоксикации, субфебрильная лихорадка) явилось предрасполагающим фактором для присоединения бактериальной инфекции и развития внебольничной пневмонии. Критерии диагноза пневмонии: *клинические признаки:* на фоне сохраняющегося симптома интоксикации отмечается повторный подъем температуры до фебрильных цифр, кашель со слизисто-гнойной мокротой, боль в грудной клетке справа при кашле, *физикальные признаки:* притупление перкуторного звука под правой лопаткой, где на фоне жесткого дыхания выслушиваются мелкопузырчатые хрипы, исчезающие после кашля, *признаки дыхательной недостаточности:* одышка (ЧД = 28 в 1 мин), тахикардия (ЧСС = 100 уд/мин) и гипотония (АД = 105/70 мм рт.ст.), лейкоцитоз с умеренным с палочкоядерным сдвигом (Лейкоциты =  $12,8 \times 10^9/\text{л}$ : пал. = 6%, сегмент. = 73%), ускорение СОЭ до 22 мм/ч.

В пользу предлежания плаценты свидетельствуют данные УЗИ матки: полное перекрытие внутреннего зева.

При неэффективности стартовой антибактериальной терапии (отсутствие эффекта в течение 3 дней) – консультация пульмонологом.

**2.** Для патогенетической характеристики основного заболевания и проведения диф. диагностики необходимо выполнить следующие исследования:

*Рентгенография грудной клетки в двух проекциях:* для подтверждения наличия очаговой инфильтрации легочной ткани, уточнения локализации и распространенности процесса.

*Биохимический анализ крови* – мочевины, креатинина, электролиты, аминотрансферазы для функциональной оценки состояния печени и почек, т.к. предстоит терапия антибактериальными препаратами

**3.** Госпитализация больной в отделение интенсивной терапии (в терапевтическое отделение).

Неотложные лечебные мероприятия должны включать:

- ранняя антибиотикотерапия (в первые 8 часов от постановки диагноза пневмонии). При неосложненной пневмонии предпочтение отдается оральным формам препаратов;

- при беременности препаратами выбора являются: амоксициллин внутрь по 500 мг 3 раза в день, или макролиды (азитромицин внутрь 0,5 г однократно в 1-й день и 0,25 г однократно во 2-5-й дни, джозамицин 500 мг 3 раза в сутки или спирамицин 3 млн 3 раза в сутки);

- следует уточнить аллергоanamнез и помнить о перекрестной аллергии к  $\beta$ -лактамам. Курс лечения составляет 5-7 дней.
- первоначальная оценка эффективности антибактериальной терапии проводится через 48-72 ч от начала лечения.
- критерии достаточности антибактериальной терапии: температура  $<37,5$  °С, отсутствие интоксикации, отсутствие дыхательной недостаточности (ЧСС менее 20 в 1 мин), отсутствие гнойной мокроты, снижение числа лейкоцитов (менее  $10 \times 10^9/\text{л}$ : нейтрофилов  $<80\%$ ), отсутствие отрицательной рентгенологической динамики.

Рентгенологический контроль осуществляется через 3 недели. Параллельно с лечением пневмонии проводится курс профилактики невынашивания беременности (инфузии сернокислой магнезии, спазмолитики).

### III.2.2 НЕОТЛОЖНАЯ СИТУАЦИЯ

Женщина 30 лет, бухгалтер, беременность 35 нед., доставлена в родильный дом машиной «Скорой медицинской помощи» из дома. Жалуется на приступы удушья с затруднением выдоха, чувство стеснения в груди, надсадный кашель с трудно отделяемой слизистой мокротой в небольшом количестве.

**Из анамнеза:** Страдает бронхиальной астмой в течение 5 лет. Последний год приступы удушья отмечала 2 – 3 раза в неделю, ночные эпизоды удушья – 2 раза в месяц. Находилась на постоянной терапии (будесонид 80 мкг/сут, фенотерол – по потребности). Прошлую ночь практически не спала из-за удушья, использовала фенотерол 12 раз без эффекта. Вызвала бригаду СМП. Данная беременность первая.

**Объективно:** Состояние тяжелое. Занимает вынужденное сидячее положение. Лицо цианотичное, с выражением страха. В акте дыхания принимают участие мышцы грудной клетки, шеи, плечевого пояса. При разговоре говорит отдельными фразами. Дыхание шумное, свистящее, хриплое, слышимое на расстоянии. Грудная клетка расширена, почти не смещается при дыхании. Вдох в 3 раза длиннее выдоха. ЧД = 32 в 1 мин. Перкуторный звук коробочный, сердечная тупость не определяется. Дыхание ослабленное, диффузные высокочастотные хрипы на выдохе. Тоны сердца глухие, 120 уд/мин. АД = 100/60 мм рт.ст. Живот увеличен за счет беременной матки. ВДМ – 30 см. Матка при пальпации в нормотонусе, сердцебиение плода, приглушено, до 170 уд в 1 мин. Двигательная активность плода повышена.

**Результаты лабораторно-инструментального обследования**

**ОАК:** Эритроц. =  $4,85 \times 10^{12}/л$ , НЬ = 135 г/л, Цв. пок. = 0,8. Лейкоциты =  $9,8 \times 10^9/л$ : пал.= 1%, сегмент.= 64%, эозин.= 12%, лимф.= 18%, моноциты = 5%. СОЭ = 15 мм/час.

**ЭКГ:** ритм синусовый, 100 в 1 мин.,  $RI_n > Rn > RI$ . Угол  $\alpha > 90^\circ$ .  $R_{n,ш}$ , AVF – высокий,  $SI > RI$ ,  $RV5 = SV5$ ; инверсия зубца ТПШ,  $v_{1-2}$ .

**Анализ мокроты:** слизистая, БК-отриц.; спирали Куршмана, кристаллы Шарко-Лейдена – единичные в поле зрения.

**Газовый состав крови:**  $pO_2 = 60$  мм.рт.ст.,  $pCO_2 = 60$  мм.рт.ст.

**Задание (вопросы):**

**1. Сформулируйте диагноз основного заболевания и ведущий синдром, требующий оказания неотложной помощи, обосновав их сведениями из условия задачи.**

**2. Обоснуйте необходимость дополнительных экстренных лабораторных и/или инструментальных исследований для верификации диагноза и проведения дифференциальной диагностики.**

**3. Назначьте неотложную терапию и дайте рекомендации по ведению больной после купирования ведущего синдрома, а также по постгоспитальной реабилитации, включая возможности санаторно-курортного этапа.**

**ПРИМЕР РЕКОМЕНДУЕМОГО СОДЕРЖАНИЯ ОТВЕТА:**

**1. Диагноз заболевания и его обоснование:** Бронхиальная астма, не контролируемая 2 степенью терапии. Беременность 35 нед. Хроническая плацентарная недостаточность. Хроническая гипоксия плода. Задержка развития плода.

**Обоснование диагноза основного заболевания:** Данные анамнеза: страдает бронхиальной астмой 5 лет, последний год – неконтролируемая БА (более 2 дневных приступов удушья в неделю, ночные симптомы, постоянная потребность в беротеке) на фоне базисной терапии ингактором. В настоящий момент клиника обострения средней степени тяжести в результате передозировки фенотерола (использовала его 12 раз за сутки). Клинические критерии: затянувшийся приступ удушья, кашель с отделением скудного вязкого секрета, участие в дыхании вспомогательных мышц, речь отдельными фразами из-за одышки. Физикальные данные: положение ортопноэ, цианоз кожи лица, громкое дыхание, «дистанционные» хрипы, ограничение экскурсии



грудной клетки, экспираторная одышка, тахипное ЧД = 32 в 1 мин., отсутствие сердечной тупости, ослабленное дыхание, диффузные высокотональные хрипы на выдохе. Тоны сердца глухие, тахикардия (120 уд/мин) и гипотония (АД = 100/60 мм рт.ст.). Лабораторноинструментальные признаки обострения бронхиальной астмы: эозинофилия крови (12%), обнаружение в мокроте: спиралей Куршмана, кристаллов Шарко-Лейдена., признаки гиперкапнии:  $pO_2 = 60$  мм рт.ст.,  $pCO_2 = 60$  мм рт.ст. ЭКГ-признаки перегрузки правых отделов сердца, диффузных изменений миокарда (инверсия зубца Тщ<sub>v1-2</sub>.)

*Фетоплацентарная недостаточность подтверждается* задержкой развития плода, что подтверждается разницей в календарном сроке беременности – 35 недель и ВДМ – 30 см.

*О хронической гипоксии плода свидетельствует* повышенная двигательная его активность, тахикардия до 170 уд/мин.

**2.** *Для патогенетической характеристики основного заболевания и проведения диф. диагностики необходимо выполнить следующие исследования:*

*Рентгенография грудной клетки в двух проекциях:* при бронхиальной астме имеются признаки эмфиземы, «зияние» средостения.

*Пикфлоуметрия:* после приема  $\beta$ -агониста короткого действия – отражает ограничение скорости прохождения воздуха при максимальном выдохе за счет бронхообструкции и степень обратимости последней (у данной больной может составлять 60-80% от должных значений).

*Насыщение крови кислородом ( $SpO_2$ )* – отражает степень гипоксии, (у данной больной может составлять 91-95%).

*УЗИ морфометрия, плацентометрия и доплерометрия* маточноплацентарных фетоплацентарных кровотоков – для оценки степени ФПН, состояния внутриутробного плода и степени нарушения кровотоков.

**3.** *Неотложная госпитализация в отделение реанимации или интенсивной терапии (после РАО или ПИТ в пульмонологическое отделение).*

Неотложные лечебные мероприятия должны включать:

- при наличии у беременной пациентки с БА гипоксемии – немедленное назначение кислородотерапии увлажненным кислородом для поддержания уровня сатурации не ниже 94-95%;

- небулайзерная терапия: ингаляции 1-2 г фенотерола (20-40 капель) или 5-10 мг сальбутамола, или 2-4 мл раствора беродуала на физиологическом растворе в течение 1-го часа;

- ингаляции повторяют через 6 ч до 4 раз в сутки через небулайзер с кислородом: 0,5-1 г фенотерола (10-20 капель) или 2,5-5 мг салбутамола, или 1,5-1 мл раствора беродуала на физиологическом растворе;
- ГКС – преднизолон 6 мг/кг/сут парентерально или внутрь 0,75-1 мг/кг/сутки;
- раствор будесонида 2-10 мг с кислородом через небулайзер 2 раза в сутки;
- при отсутствии эффекта от проводимой терапии в течение 6 часов – назначение магния сульфата 2 г внутривенно в течение 20 мин однократно, болюсно, или 8 мл 25% раствора магния сульфата в ампулах разбавляют инъекционным раствором 0,9% натрия хлорида;
- назначение аминофиллина при лечении тяжелых обострений БА у взрослых пациентов не рекомендуется;
- после купирования астматического статуса – перевод в отделение патологии беременных и решение вопроса о сроке и методе родоразрешения.

### III.2.3 НЕОТЛОЖНАЯ СИТУАЦИЯ

Беременная 25 лет, инженер, доставлена в родильный дом машиной «Скорой медицинской помощи» из женской консультации, где состоит на учёте по поводу беременности (срок беременности 25 нед). При очередном посещении пожаловалась на слабость, утомляемость, одышку при ходьбе до 500 м, подъеме на 3 этаж, отеки на ногах, сердцебиения, перебои в работе сердца, периодические боли внизу живота и пояснице в течение суток.

**Из анамнеза:** С детства отмечала частые ангины на фоне хронического тонзиллита. С наступлением беременности стала отмечать одышку, сердцебиения. Около 2-х недель назад появились отеки, слабость, субфебрильная температура.

**Объективно:** Состояние средней тяжести. Температура тела = 37,5°C. На щеках румянец с цианотичным оттенком. Отеки до верхней трети голеней. В легких: дыхание везикулярное, чистое. ЧД = 28 в 1 мин. Верхняя граница сердца в 3 межреберье. На верхушке 1 тон громкий, хлопающий, после 2 тона имеется дополнительный тон. Выслушивается протодиастолический шум, усиливаясь в положении больной на левом боку. Над легочной артерией акцент и расщепление 2 тона. Ритм сердца правильный. ЧСС = 98 уд/мин. АД = 130/80 мм рт.ст.

Живот увеличен за счет беременной матки. Дно ее на 2 см выше уровня пупка. Матка при пальпации тонизируется, положение плода продольное, предлежание определить трудно, сердцебиение плода ритмичное, приглушено, до 140 уд в 1 мин.

**Результаты лабораторно-инструментального обследования**

**ОАК:** Эритроц. =  $3,85 \times 10^{12}/л$ , НЬ = 115 г/л, цв. пок. = 0,7. Лейкоциты =  $15,8 \times 10^9/л$ : пал. = 4%, сегмент. = 64%, эозин. = 2%, лимф. = 28%, моноциты = 2%. СОЭ = 40 мм/час.

**ЭКГ:** ритм синусовый, 100 в 1 мин.  $R_I > R_{II} > R_{III}$ . Угол  $\alpha > 90^\circ$ , зубец R широкий, двугорбый, ST снижен,  $T_{V1}$  отрицательный и неравносторонний, глубокий зубец  $S_{V6}$ .

**Биохимический анализ крови:** Общий белок = 65 г/л: альбумины = 51%, глобулины = 49%: альфа-1 глобулины = 6%, альфа-2-глобулины = 15%, бета-глобулины = 10%, гамма-глобулины = 18%. АСЛО = 650 ед/мл, стрептококковый антиген = 1:200, серомукоид = 0,3 г/л., СРБ = 40 г/л, фибриноген = 9 г/л.

**ЭхоКГ:** правое предсердие увеличено в размерах. Створки митрального клапана утолщены, снижена амплитуда диастолического открытия передней митральной створки. Диаметр митрального отверстия = 2 см<sup>2</sup>. Давление в легочной артерии 70 мм.рт.ст. Признаки трикуспидальной регургитации 1 ст.

**УЗИ матки и плода:** плод соответствует сроку гестации, плацента определяется на задней стенке матки, 1 степени зрелости. Сегментарные сокращения миометрия.

**Задание (вопросы):**

1. Сформулируйте диагноз основного заболевания и ведущий синдром, требующий оказания неотложной помощи, обосновав их сведениями из условия задачи.

2. Обоснуйте необходимость дополнительных экстренных лабораторных и/или инструментальных исследований для верификации диагноза и проведения дифференциальной диагностики.

3. Назначьте неотложную терапию и дайте рекомендации по ведению больной после купирования ведущего синдрома, а также по постгоспитальной реабилитации, включая возможности санаторно-курортного этапа.

ПРИМЕР РЕКОМЕНДУЕМОГО СОДЕРЖАНИЯ ОТВЕТА:

**1. Диагноз заболевания и его обоснование:** Острая ревматическая лихорадка, активность 3-й степени, острое течение. Первичный ревмокардит, митральный стеноз легкой степени тяжести. Относительная трикуспидальная недостаточность с регургитацией 1 ст. ХСН III ф. класс, ПА стадия. Хронический тонзиллит. Беременность 25 нед. Угроза прерывания беременности.

**Обоснование диагноза основного заболевания:** Наличие в анамнезе многократных ангин на фоне хронического тонзиллита при беременности явилось поводом для активизации бета-гемолитического стрептококка группы А, с развитием клиники острой ревматической лихорадки, острого течения.

**Активность 3 степени** подтверждается лихорадкой, развитием выраженного экссудативного компонента воспаления ревмокардита (вальвулита с формированием стеноза митрального клапана), лабораторными признаками: лейкоцитоз, ускоренное СОЭ = 40 мм/ч, значительное увеличение острофазовых белков, диспротеинемия с преобладанием  $\alpha$ 2-глобулинов, высокие титры АСЛ-О.

**Признаки митрального стеноза 1 степени:** смещение верхней граница сердца в 3 межреберье, **аускультативные признаки:** 1 тон громкий, хлопающий, после 2 тона имеется дополнительный тон на верхушке, протодиастолический шум, усиливаясь в положении больной на левом боку, акцент и расщепление 2 тона над легочной артерией (признак легочной гипертензии); ЭхоКГ-признаки: гипертрофия правого предсердия, утолщение и снижение амплитуды диастолического открытия передней митральной створки; уменьшение диаметра митрального отверстия = 2 см<sup>2</sup>. Признаки легочной гипертензии – давление в легочной артерии 70 мм рт.ст. Признаки относительной трикуспидальной недостаточности с регургитацией 1 ст. **ЭКГ-признаки:** гипертрофия правого предсердия, метаболические нарушения в миокарде.

**Обоснование ХСН III ф. класс, ПА стадия:** слабость, утомляемость, одышка при ходьбе до 500 м, подъеме на 3 этаж, отеки на ногах, сердцебиения, перебои в работе сердца.

**Угроза прерывания беременности:** периодические боли внизу живота и пояснице, по УЗИ – сегментарные сокращения миометрия.

2. Для патогенетической характеристики основного заболевания и проведения диф. диагностики необходимо выполнить следующие исследования:

- бактериологическое исследование – выявление в мазке из зева  $\beta$ -гемолитического стрептококка;
- серологическое исследование: выявление повышенных титров АСК, АСГ – подтверждение этиологии заболевания;
- фонокардиография – динамика сердечных шумов (контроль течения миокардита);
- консультации *терапевта, ревматолога, кардиолога*: для контроля эффективности проводимой терапии;
- наблюдение акушером-гинекологом;
- консультация ЛОР-врача (для решения вопроса о тонзилэктомии).

3. Неотложные лечебные мероприятия должны включать:

- госпитализация в терапевтический стационар/отделение патологии беременных специализированного по кардиопатологии роддома;
- постельный режим на 2-3 недели;
- диета, богатая витаминами и белком с ограничением поваренной соли 1-3 г и жидкости 1,5 л в день;
- амоксициллин внутрь 500 мг 3 раза в день в течение 10 дней;
- при непереносимости пенициллина – спирамицин 3 млн 3 раза в день или азитромицин 500 мг 1 раз в день;
- НПВС: диклофенак 150 мг/сут – до нормализации показателей воспалительной реакции;
- токолитическая терапия  $\beta$ -адреномиметиками: внутривенное капельное введение фенотерола 5 мг, прогестерон 200 мг 2 раза в день интравагинально;
- проведение курса дексаметазона 24 мг на курс (8 мг в сутки №3) – с целью профилактики РДС плода;
- Решение вопроса о прерывании беременности: активный ревматический процесс является противопоказанием для пролонгирования беременности. Вопрос о сроке и методе родоразрешения должен определяться консилиумом.

### III.2.4 НЕОТЛОЖНАЯ СИТУАЦИЯ

Беременная 24 лет, срок беременности 18 нед., аспирант, доставлена в родильный дом машиной «Скорой медицинской помощи» из женской консультации. При плановом посещении пожаловалась на тупые

головные боли, слабость. Врач констатировал наличие отеков голеней и лица, повышение АД до 170/100 мм рт.ст. и вызвал бригаду СМП.

**Из анамнеза:** Беременность первая. При сроке беременности 13 нед. перенесла острую ангину. Лечилась амбулаторно амоксициллином, фарингосептом, полосканиями ротоглотки настоем ромашки и шалфея. В 15-летнем возрасте перенесла «какое-то заболевание почек». Были боли в пояснице. Лечилась в ЦРБ. В дальнейшем на учете не состояла, но помнит, что в течение нескольких месяцев были отеки лица по утрам. В детстве и юности частые ОРВИ, ангины.

**Объективно:** Состояние средней степени тяжести. Температура тела = 38,1°C. Лицо одутловато, кожные покровы бледные. Пастозность век, отеки голеней (до верхней трети) и передней брюшной стенки. Пульс = 84 в 1 мин. АД = 170/100 мм. рт. ст. Живот увеличен за счет беременной матки. Дно ее на середине между пупком и лоном. Матка при пальпации мягкая, в нормотонусе.

**Результаты лабораторно-инструментального обследования:**

**ОАК:** Эр. =  $3,2 \times 10^{12}/л.$ , НЬ = 95 г/л. Лейкоциты =  $9,0 \times 10^9/л.$  СОЭ = 42 мм/час.

**ОАМ:** цвет – соломенно-желтый, уд. плотность = 1025; реакция – щелочная, белок = 1,5 г/л. Лейкоциты и плоский эпителий – ед. в п/зр., эритроциты – до 30 в п/зр. Цилиндры (гиалиновые) = 3-5 в п/зр.

**Анализ мочи по Нечипоренко:** Лейкоциты = 2500 в 1 мл., эритроц. = 15000 в 1 мл., цилиндры гиалиновые – до 20 в п/зр.

**УЗИ матки и плода:** плод соответствует сроку гестации, плацента доходит до внутреннего зева, определяется на задней стенке матки. Тонус миометрия не повышен.

### Задание (вопросы):

1. Сформулируйте диагноз основного заболевания и ведущий синдром, требующий оказания неотложной помощи, обосновав их сведениями из условия задачи.

2. Обоснуйте необходимость дополнительных экстренных лабораторных и/или инструментальных исследований для верификации диагноза и проведения дифференциальной диагностики.

3. Назначьте неотложную терапию и дайте рекомендации по ведению больной после купирования ведущего синдрома, а также по постгоспитальной реабилитации, включая возможности санаторно-курортного этапа.

ПРИМЕР РЕКОМЕНДУЕМОГО СОДЕРЖАНИЯ ОТВЕТА:

1. *Диагноз заболевания и его обоснование:* Хронический гломерулонефрит, инфекционный (стрептококковый), смешанная форма (отечно-гипертоническая), рецидивирующее течение, фаза обострения. Артериальная гипертензия почечного генеза 2 степени, риск низкий. ХПН неуточненной стадии, нормохромная анемия легкой степени тяжести. Хронический тонзиллит. Беременность 18 нед. Низкая плацентация.

*Обоснование диагноза основного заболевания:* наличие в анамнезе частых простудных заболеваний, ангин, затем указание на лечение по поводу патологии почек в 15 лет, рецидивирующие отеки на лице (*течение рецидивирующее*), отсутствие диспансерного наблюдения и лечения у нефролога, очевидно, привели к формированию хронического гломерулонефрита инфекционной (стрептококковой) этиологии.

*Обострение* связано с перенесенной ангиной в сроке беременности 13 недель.

*Смешанная форма (отечно-гипертоническая):* пастозность век, отеки голеней (до верхней трети) и передней брюшной стенки, головные боли, АД= 170/100 мм.рт.ст.

*Лабораторные признаки обострения:* лейкоцитоз, ускорение СОЭ до 42 мм/ч, протенурия, гематурия, цилиндрурия. Наличие анемии указывает на формирование ХПН.

*О низкой плацентации свидетельствует* расположение плаценты, доходящей краем до внутреннего зева.

2. *Для патогенетической характеристики основного заболевания и проведения диф. диагностики необходимо выполнить следующие исследования:*

- ОАК для уточнения наличия ХПН: нормохромная нормоцитарная анемия, лимфопения, тромбоцитопения, снижение гематокрита;
- биохимический анализ крови для подтверждения выраженности воспалительного процесса (обострения): СРБ, фибриноген, общий белок и белковые фракции;
- биохимический анализ крови для подтверждения степени ХПН: креатинин, мочевины, холестерин, триглицериды;
- электролиты плазмы крови (калий, натрий);
- определение КЩС: выявление метаболического ацидоза (рН <7,37), снижение бикарбонатов как признак ХПН;

- проба Реберга для постановки диагноза ХПН по классификации Рябова с учетом уровня креатинина крови и мочи, скорости клубочковой фильтрации;

- УЗИ почек: контуры гладкие, уменьшение размеров почек (признак ХПН), повышение эхогенности;

- ЭКГ-признаки гипертрофии левого желудочка, левограмма;

- офтальмоскопия – признаки гипертонической ангиопатии;

- нефробиопсия – определение морфологической формы ГН;

- консультации: *нефролога* – для контроля эффективности проводимой терапии (специалистом отделения гемодиализа – при необходимости в данной процедуре); *ЛОР-врача* – для решения вопроса о тонзилэктомии или консервативной терапии декомпенсированного тонзиллита; *офтальмолога* – для оценки глазного дна при артериальной гипертензии; *акушера-гинеколога*. Консилиумом решается вопрос о прерывании беременности (способ прерывания беременности, учитывая низкую плацентацию, – малое кесарево сечение).

**3. Неотложные лечебные мероприятия должны включать:**

- госпитализация в отделение нефрологии;

- постельный режим на 2-3 недели;

- диета №7А: строгое ограничение поваренной соли до 4-6 г/сут, ограничение белка до 0,8 г/сут.;

- преднизолон 1 мг/кг/сут в течение 6-8 нед с последующим снижением дозы по схеме;

- дипиридамол 400 мг/сутки;

- амлодипин 5-10 мг однократно;

- гипотиазид 12,5 мг утром, натощак;

- метопролол 25 мг/сутки под контролем пульса.

### III.2.5 НЕОТЛОЖНАЯ СИТУАЦИЯ

Беременная 20 лет, киоскер, срок беременности 25 нед., доставлена в родильный дом машиной «Скорой медицинской помощи» из дома. Жалобы на повышение температуры тела до 38°C, озноб, ломоту в мышцах и суставах, тупую, диффузную головную боль, мелькание «мушек» перед глазами, тошноту, тупую боль в правой поясничной области с иррадиацией в правое бедро.

**Из анамнеза:** Беременность первая. Заболела остро, в связи с резким ухудшением самочувствия вызвала СМП. В 15 лет перенесла дефлора-



ционный цистит, сопровождавшийся продолжительным субфебрилитетом и поясничным дискомфортом (лечилась домашними средствами).

**Объективно:** Состояние средней степени тяжести. Температура тела = 38,1°C. Кожные покровы бледные, горячие на ощупь. Пастозность век. В легких: дыхание везикулярное. Тоны сердца приглушены, ритмичные. Пульс = 94 в 1 мин. АД = 160/100 мм рт. ст. Язык сухой, обложен белым налетом. Живот увеличен за счет беременной матки. Дно ее на 2 см выше уровня пупка. Матка при пальпации мягкая, в нормотонусе, сердцебиение плода ритмичное, приглушено, до 150 уд. в 1 мин. Симптом поколачивания положительн справа.

**Результаты лабораторно-инструментального обследования:**

**ОАК:** Эр. =  $3,2 \times 10^{12}/л.$ , НЬ = 95 г/л. Лейкоциты =  $12,8 \times 10^9/л.$ : пал.= 6%, сегмент.= 73%, эозин.= 1%, лимф. = 18%, моноциты = 2%. СОЭ = 42 мм/час.

**ОАМ:** цвет – соломенно-желтый, уд. плотность = 1025; реакция – щелочная, белок = 0,5 г/л. Лейкоциты = 50-60 в п/зр., эритроциты – до 1-3 в п/зр., бактерии – сплошь в п/зр.

**Анализ мочи по Нечипоренко:** Лейкоциты = 25000 в 1 мл., эритроц. = 2000 в 1 мл., бактерии = 106 в 1 мл.

**УЗИ матки и плода:** плод соответствует сроку гестации, плацента определяется на передней стенке матки. Тонус миометрия не повышен.

### Задание (вопросы):

1. Сформулируйте диагноз основного заболевания и ведущий синдром, требующий оказания неотложной помощи, обосновав их сведениями из условия задачи.

2. Обоснуйте необходимость дополнительных экстренных лабораторных и/или инструментальных исследований для верификации диагноза и проведения дифференциальной диагностики.

3. Назначьте неотложную терапию и дайте рекомендации по ведению больной после купирования ведущего синдрома, а также по постгоспитальной реабилитации, включая возможности санаторно-курортного этапа.

### ПРИМЕР РЕКОМЕНДУЕМОГО СОДЕРЖАНИЯ ОТВЕТА:

1. *Диагноз заболевания и его обоснование:* Гестационный правосторонний пиелонефрит, фаза обострения с артериальной гипертензией 2 степени, риск низкий. ХПН неутонченной стадии, нормохромная

анемия легкой степени тяжести. Беременность 25 нед. Преэклампсия тяжелой степени.

*Обоснование диагноза основного заболевания:*

**Данные анамнеза:** дефлорационный цистит с последующими симптомами заболевания почек, однако не обследовалась, лечилась домашними средствами. Признаки хронического пиелонефрита в стадии обострения: фебрильная лихорадка, боль в правой поясничной области с иррадиацией в правое бедро, симптомы интоксикации, симптомы АГ (диффузную головную боль, мелькание «мушек» перед глазами, тошнота, АД=160/100), тяжелая преэклампсия (те же симптомы и протеинурия 0,3 г/л).

**Лабораторно-инструментальные данные:** лейкоцитоз с нейтрофильным сдвигом, повышение СОЭ, анемия, лейкоцитурия, бактериурия  $10^6$  в 1 мл, щелочная реакция мочи (при инфицировании *Proteus*, *Klebsiella*, *Pseudomonas*).

**2. Для патогенетической характеристики основного заболевания и проведения диф. диагностики необходимо выполнить следующие исследования:**

- бактериологическое исследование мочи с определением возбудителя и его чувствительности к антибиотикам;
- биохимический анализ крови для подтверждения выраженности воспалительного процесса (обострения): СРБ, фибриноген, общий белок и белковые фракции;
- глюкоза крови для исключения гестационного диабета;
- биохимический анализ крови для подтверждения наличия и степени ХПН: креатинин, мочевины, холестерин, триглицериды;
- железо сыворотки крови, ОЖСС;
- проба Реберга для постановки диагноза ХПН по классификации Рябова с учетом уровня креатинина крови и мочи, скорости клубочковой фильтрации;
- УЗИ почек: асимметрия размеров и контуров при одностороннем поражении, уменьшение размеров почек (признак ХПН), повышение эхогенности, деформация и расширение чашечно-лоханочной системы;
- ЭКГ – признаки гипертрофии левого желудочка, левограмма;
- офтальмоскопия – признаки гипертонической ангиопатии;
- хромоцистоскопия – выделение мутной мочи из устья пораженной почки, замедление или ослабление выделения индигокармина на стороне поражения;

- суточный белок мочи – для исключения гестоза;
- консультация урологом (для верификации цистита и исключения показаний к дренированию МВП), нефрологом (для контроля эффективности проводимой терапии), окулистом (оценка глазного дна при артериальной гипертензии).

**3. Неотложные лечебные мероприятия должны включать:**

- госпитализация в отделение нефрологии/отделение патологии беременных;
- диета №7А: строгое ограничение поваренной соли до 2-2,5 г/сут, обильное питье соков/клюквенного морса до 1,5-2 л под контролем диуреза и АД;
- антибактериальная терапия: препараты выбора – амоксициллин/клавуланат 0,625 г 3 раза в день внутрь (или 1,2 г 3 раза в день, парентерально), либо цефалоспорины 2-3 поколения (цефтриаксон 1-2 г 1 раз в день в/в).
- используется «ступенчатая» терапия (до нормализации температуры препарат вводят парентерально, затем – внутрь). Длительность терапии: 10-14 дней (решается индивидуально);
- сернокислая магнезия: 25% – 20-30 мл, в/в кап., на физиологическом растворе NaCl для профилактики развития судорог;
- гипотиазид: 25 мг утром, натошак;
- метопролол сукцинат: 25 мг/сут, под контролем пульса;
- препараты железа в сочетании с фолиевой кислотой в стандартной дозировке до родов и в период лактации;
- своевременное выявление преэклампсии (контроль АД, определение суточной протеинурии, выявление отеков).

---

## IV. ХИРУРГИЯ + АКУШЕРСТВО/ГИНЕКОЛОГИЯ

---

### IV.1. ПЛАНОВЫЕ СИТУАЦИИ

#### IV.1.1 ПЛАНОВАЯ СИТУАЦИЯ

Женщина 58 лет, пенсионерка, поступила в плановом порядке в приемный покой хирургии. Жалобы на слабость, периодическую боль незначительной интенсивности в гипогастрии, с задержками стула до 5 дней и чувством неполного опорожнения кишечника после акта дефекации, учащенное мочеиспускание, скудные кровянистые выделения из влагалища.

**Из анамнеза:** Подобное состояние отмечает в последние два года. Нарушения стула появились в течение 3 месяцев, что побуждает к приему слабительных (без стойкого ожидаемого эффекта). Состоит на учете по поводу миомы матки 6 лет, последнее посещение гинеколога более года назад. Беременностей восемь. Роды одни. Искусственных аборт семь, без осложнений. Менопауза в 45 лет.

**Объективно:** Состояние удовлетворительное. Рост = 156 см., масса тела = 74 кг. Кожный покров бледно-розовой окраски. Дыхание везикулярное, ЧД = 18 в 1 мин. Тоны сердца чистые, ритм правильный, ЧСС = 96 в 1 мин. АД = 120/70 мм рт.ст. Язык влажный. Живот мягкий, безболезненный, в гипогастрии пальпируется образование 8 x 8 см плотно-эластической консистенции, малоподвижное, с четкими границами, незначительно болезненное, симптомы раздражения брюшины отсутствуют.

**Результаты лабораторно-инструментального исследования:**

**ОАК:** Эр. =  $3,1 \times 10^{12}/л.$ ; Нб = 104 г/л; Цв. пок. = 0,9 Лейкоциты =  $4,2 \times 10^9/л.$ ; баз. = 0%, эоз. = 1%, п/я = 4%, с/я = 68%; Лимфоциты = 20%; Моноциты = 6%. СОЭ = 29 мм/час.

**ОАМ:** Цвет соломенно-желтый; Уд. плотность = 1014; Реакция – кислая; Белок = 0,033%; Глюкоза – отр.; Лейкоциты – ед. в п/зрения; Эпителий плоский = 2-3 в п/зрения.

**УЗИ абдоминальное:** свободная жидкость в брюшной полости не определяется, матка увеличена до 8-9 недель беременности.

**Задание (вопросы):**

**1. Сформулируйте диагноз основного и сопутствующего заболеваний, обосновав его сведениями, имеющимися в условии задачи.**

**2. Обоснуйте необходимость дополнительных лабораторных и/или инструментальных исследований для верификации диагноза и проведения дифференциальной диагностики.**

**3. Назначьте лечение (этиотропную, патогенетическую и синдромно-симптоматическую терапию) и дайте рекомендации по постгоспитальной реабилитации, включая возможности санаторно-курортного этапа.**

**ПРИМЕР РЕКОМЕНДУЕМОГО СОДЕРЖАНИЯ ОТВЕТА:**

**1. Диагноз заболевания и его обоснование:** Кровотечение в постменопаузе. Исключить рак эндометрия. Миома матки 8-9 недель беременности. хроническая толстокишечная непроходимость. Исключить новообразование толстой кишки. Анемия 1 степени. Ожирение 1 степени.

**Обоснование диагноза:** Рак эндометрия: принимая во внимание наличие кровянистых выделений в постменопаузе, рост фибромиомы в постменопаузе до 8-9 недель беременности (по УЗИ), наличие ожирения 1 степени (индекс массы тела =  $32,2 \text{ кг/м}^2$ ), которое ассоциируется с бесконтрольным синтезом эстрогенов в жировой ткани, складывается впечатление о возможности развития злокачественного процесса в эндометрии. В то же время, обнаружение в гипогастрии образования размером 8 x 8 см., ощущение неполного опорожнения кишечника и учащенное мочеиспускание, требует исключения опухолевого процесса в прямой кишке.

**2. Для верификации диагноза основного заболевания и проведения диф. диагностики необходимо выполнить следующие исследования:**

- определение групповой принадлежности крови;
- биохимический анализ крови (глюкоза, трансаминазы, липидный спектр, сывороточное железо, ОЖСС), онкомаркеры (СА-125, СЕА), микрореакция на RW, исследование в крови маркеров гепатитов С и В, ВИЧ;
- влагалищное исследование, ректовагинальное исследование;
- пальцевое ректальное исследование;
- ректороманоскопия;
- колоноскопия;
- цистоскопия;
- УЗИ органов малого таза и брюшной полости (скрининг)

- МРТ или КТ органов брюшной полости и малого таза (уточнение);
- гистероскопия и раздельное диагностическое выскабливание с проведением гистологического исследования;
- микроскопия влагалищного мазка;
- онкоцитологическое исследование материала, взятого с шейки матки;
- консультация специалистов: гинеколога, уролога, проктолога, терапевта.

### 3. Лечебная тактика:

- диета с ограничением животных жиров и легко усвояемых углеводов;
- лечение анемии после уточнения её причины.

Дальнейшая тактика определяется результатом гистологического исследования:

- определение стадии процесса, исследование мочевого пузыря на предмет новообразования или метастазов;
- определение вида опухоли и чувствительности к лучевой и химиотерапии;
- подготовка больной к плановому оперативному вмешательству;
- консультация онколога;
- определение риска и объема оперативного вмешательства;
- при подтверждении злокачественного процесса толстой кишки – резекция прямой или сигмовидной кишки с анастомозом или низведением или создание искусственного заднего прохода, в зависимости от локализации опухоли;
- дальнейшее наблюдение онкологом.

## IV.1.2 ПЛАНОВАЯ СИТУАЦИЯ

Беременная Б., 27 лет, не работает, поступила в плановом порядке в приемный покой хирургии. Жалобы на скудные кровянистые выделения из прямой кишки при акте дефекации и появление узлов в области заднего прохода после дефекации и при тяжелой физической нагрузке.

**Из анамнеза:** Подобное состояние отмечает два года. В последнее время отмечает самопроизвольное выпадение узлов, которые вынуждена самостоятельно вправлять. Последние 2-3 недели после дефекации появляется кровь.

Состоит на учете по поводу беременности (срок беременности 31 неделя), беременность вторая. Первая была прервана искусственным абортom по желанию пациентки 7 лет назад.

**Объективно:** Состояние удовлетворительное. Рост = 156 см., масса тела = 74 кг. Кожный покров бледно-розовой окраски. При осмотре области ануса «на 7 и 11 часах» два геморроидальных узла, поверхность эрозирована, узлы мягкие, на момент осмотра кровотечения нет. Дыхание везикулярное, ЧД = 18 в 1 мин. Тоны сердца чистые, ритм правильный, пульс = 96 в 1 мин. АД = 120/70 мм рт.ст. Язык влажный. Живот мягкий безболезненный, увеличен за счет беременной матки. Диурез в норме, моча светло-желтая. Дно матки на 6 см выше пупка. Матка при пальпации мягкая, положение плода продольное, предлежание головное. Сердцебиение плода ритмичное, приглушено, до 170 ударов в 1 мин.

**Результаты лабораторно-инструментального исследования:**

**ОАК:** Эр. =  $4,0 \times 10^{12}$  /л; Нб = 120 г/л; Цветовой показатель = 0,9; Лейкоциты =  $9,6 \times 10^9$ /л: баз. = 0%, эоз. = 1%, п/я = 4%, с/я = 68%; Лимфоциты = 20%; Моноциты = 6%. СОЭ = 29 мм/час.

**ОАМ:** Цвет – соломенно-желтый; Уд. плотность = 1014; Реакция – кислая; Белок = 0,033%; Глюкоза – отр.; Лейкоциты – ед. в п/зрения; Эпителий плоский = 2-3 в п/зрения.

**УЗИ абдоминальное:** свободная жидкость в брюшной полости не определяется, матка увеличена до 30-31 недель беременности, плод соответствует сроку гестации. Тонус миометрия не повышен. Плацента 2-3 степени зрелости с кальцинатами, толщиной 20 мм.

### Задание (вопросы):

1. Сформулируйте диагноз основного и сопутствующего заболеваний, обосновав его сведениями, имеющимися в условии задачи.

2. Обоснуйте необходимость дополнительных лабораторных и/или инструментальных исследований для верификации диагноза и проведения дифференциальной диагностики.

3. Назначьте лечение (этиотропную, патогенетическую и синдромно-симптоматическую терапию) и дайте рекомендации по постгоспитальной реабилитации, включая возможности санаторно-курортного этапа.

ПРИМЕР РЕКОМЕНДУЕМОГО СОДЕРЖАНИЯ ОТВЕТА:

**1. Диагноз заболевания и его обоснование:** Хронический геморрой 2 ст. Беременность 31 нед. Хроническая плацентарная недостаточность. ОАА.

*Обоснование диагноза основного заболевания:* Жалобы на появление 2 года назад узлов в области заднего прохода после дефекации и при тяжелой физической нагрузке, требующие самостоятельного их вправления, а также появление после дефекации скудных кровянистых выделений из прямой кишки в течение последних 2-3 недель.

*Беременность 31 неделя, головное предлежание:* данные акушерского осмотра и УЗИ.

*Хроническая плацентарная недостаточность* – на основании данных УЗИ.

*ОАА* – наличие аборта в анамнезе.

**2. Для верификации диагноза основного заболевания и проведения диф. диагностики необходимо выполнить следующие исследования:**

- пальцевое исследование per rectum и осмотр в ректальных зеркалах – для уточнения локализации геморроидальных узлов и их состояния, а также для исключения других заболеваний прямой кишки (полипы, опухоли, трещины и др.);
- доплеровское исследование маточно-плацентарного и фетоплацентарного кровотока – для установления степени ФПН;
- консультации проктолога, акушера-гинеколога.

**3. Госпитализация больной в стационар не показана.** Показано амбулаторное (консервативное) лечение хронического геморроя у беременной. Согласовать с проктологом возможность родоразрешения через естественные родовые пути.

Лечение, исходя из условия задачи и диагноза, должно включать мероприятия консервативной терапии:

- нормализация стула (устранение запоров) добавлением в пищу продуктов, богатых растительной клетчаткой (овощи, фрукты, злаки, крупы, чернослив), кисломолочных продуктов; следует отказаться от избытка жиров, кофе, острых приправ;
- тщательная гигиена области промежности;
- витамин Е по 1 драже 3 раза в день;
- препараты диосмина по 1 капсуле до 3 раз в день;
- фолиевая кислота по 1 таблетке 3 раза в день;
- глюкоза 20% – 10 мл



- аскорбиновая кислота 5% 2 мл – внутривенно струйно;
- актовегин по 1 драже 3 раза в день;
- комплексные поливитамины и микроэлементы для беременных;
- местное применение гепатромбина в виде мази;
- профилактика ТЭЛА (клексан, гепарин);
- при выявлении нарушения кровотоков – подготовка легких плода и выбор тактики досрочного родоразрешения.

*Хирургическое лечение геморроя* – лишь при 3 и 4 стадии – для предотвращения осложнений (острый тромбоз геморроидальных узлов или ректальное кровотечение), в виде малоинвазивных вмешательств: лигирование геморроидальных узлов латексными кольцами, склеротерапия.

*Для уточнения состояния плода показана КТГ и доплеромерия ФПК и МПК* так как степень зрелости плаценты не соответствует сроку гестации.

#### IV.1.3 ПЛАНОВАЯ СИТУАЦИЯ

Женщина 44 лет, закройщица, поступила в плановом порядке в приемный покой хирургии. Жалобы на болевые ощущения в молочных железах, которые усиливаются за несколько дней до начала менструации и иррадиируют в область плеча, в подмышечную область, в область лопатки, а также задержку месячных на 2-4 недели без изменения объема кровопотери. Подобное состояние отмечает в течение последнего года.

**Из анамнеза:** Менархе в 14 лет, месячные через 28-29 дней, по 5-6 дней, умеренные по объему, слегка болезненные в первый и второй день. Беременностей было две: первая была прервана искусственным абортom по желанию пациентки 7 лет назад, вторая – 5 лет назад. Предохранение – прерванный половой акт, презерватив. Сейчас не замужем. Половую жизнь не ведет.

**Объективно:** Состояние удовлетворительное. Рост = 156 см., масса тела = 74 кг. Кожный покров бледно-розовой окраски. При пальпации молочных желез отмечается болезненность, определяются участки уплотнений без четких границ, в виде «мелкозеристых» тяжей, пальпируемых в верхне-наружных квадрантах. В легких – дыхание везикулярное, ЧД = 18 в 1 мин. Тоны сердца чистые, ритм правильный. Пульс = 96 в 1 мин. АД = 120/70 мм рт.ст. Язык влажный. Живот мягкий, безболезненный.

**Результаты лабораторно-инструментального исследования:**

**ОАК:** Эр. =  $4,0 \times 10^{12}/л$ ; Нв = 130 г/л; Цв. пок. = 0,9; Лейкоциты =  $6,6 \times 10^9/л$ ; баз. = 0%, эоз. = 1%, п/я = 4%; с/я = 68%; Лимфоциты = 20%; Моноциты = 6%. СОЭ = 29 мм/час.

**ОАМ:** Цвет – соломенно-желтый; Уд. плотность = 1014; Реакция – кислая; Белок = 0,033%; Глюкоза – отр.; Лейкоциты – ед. в п/зрения; Эпителий плоский = 2-3 в п/зрения.

**Задание (вопросы):**

**1. Сформулируйте диагноз основного и сопутствующего заболеваний, обосновав его сведениями, имеющимися в условии задачи.**

**2. Обоснуйте необходимость дополнительных лабораторных и/или инструментальных исследований для верификации диагноза и проведения дифференциальной диагностики.**

**3. Назначьте лечение (этиотропную, патогенетическую и синдромно-симптоматическую терапию) и дайте рекомендации по постгоспитальной реабилитации, включая возможности санаторно-курортного этапа.**

**ПРИМЕР РЕКОМЕНДУЕМОГО СОДЕРЖАНИЯ ОТВЕТА:**

**1. Диагноз заболевания его обоснование:** Фиброзно-кистозная мастопатия. Нарушение менструального цикла по типу олигоменореи. Перименопауза? Ожирение 1 степени.

**Обоснование нозологической формы:** Болезненность при пальпации молочных желез, определяются участки уплотнений без четких границ, в виде тяжей, мелкой зернистости, пальпируемые в верхненаружных квадрантах.

**Нарушение менструальный цикл по типу олигоменореи:** задержки до 2-4 недель. Учитывая возраст женщины (44 года), наличие нарушения цикла в течение последнего года – вероятно наступление перименопаузы.

**Ожирение 1 степени:** индекс массы тела =  $30,5 \text{ кг/м}^2$ .

**2. Для верификации обоснования основного диагноза и проведения диф. диагностики необходимы следующие исследования:**

- гинекологический осмотр;
- определение гормонального профиля: ФСГ, ЛГ, ТТГ, ПРЛ, сТ4, АТ-ТПО, эстрадиол (функция щитовидной железы обязательно оценивается, так как отклонения в состоянии молочных желез, нарушения

менструального цикла и ожирение могут быть результатом гипофункции щитовидной железы);

- УЗИ органов малого таза (контроль М-эхо, состояние фолликулярного аппарата);

- ЭКГ (чтобы исключить сердечно сосудистую патологию, т.к. больная жалуется на иррадиацию боли в область плеча, в подмышечную область, в область лопатки;

- рентгенография легких (для исключения легочной патологии, т.к. больная жалуется на иррадиацию боли в область лопатки);

- УЗИ молочных желез или маммография для исключения онкопатологии;

- определение онкомаркера СА 153;

- УЗИ щитовидной железы;

- биохимический анализ крови – глюкоза, липидный спектр;

- консультации маммолога, гинеколога, эндокринолога и терапевта.

**3. В неотложных лечебных мероприятиях не нуждается. Плановая терапия включает:**

- Прогестерон в виде геля по 2,5мг ежедневно на каждую молочную железу – в течение 3 месяцев;

- коррекция менструального цикла в зависимости от результатов обследования, например, назначение в циклическом режиме препаратов прогестерона интравагинально или перорально;

- комплекс поливитаминов и микроэлементов для женщин.

#### IV.1.4 ПЛАНОВАЯ СИТУАЦИЯ

Беременная 27 лет, не работает, срок беременности 31 неделя, поступила в плановом порядке в приемный покой многопрофильной больницы. Жалобы на периодическую боль в эпигастрии, изжогу, появляющуюся через 1,5-2 часа после приема пищи.

**Из анамнеза:** Боль в эпигастрии и изжогу отмечает два года (чаще весной и осенью), но не обследовалась и не лечилась, обходясь «домашними средствами».

Состоит на учете в женской консультации по поводу беременности, беременность вторая. Первая была прервана искусственным абортом по желанию пациентки 7 лет назад.

**Объективно:** состояние удовлетворительное. Рост = 168 см., масса тела = 74 кг. Кожный покров розовой окраски. Дыхание ве-

зикулярное, ЧД = 18 в 1 мин. Тоны сердца чистые, ритм правильный. Пульс = 96 в 1 мин., АД = 110/70 мм рт. ст. Язык влажный. Живот мягкий, безболезненный, увеличен за счет беременной матки. Дно ее на 6 см выше пупка. Матка при пальпации тонизируется, положение плода продольное, предлежание головное, сердцебиение плода ритмичное, ясное, до 150 уд в 1 мин.

**Результаты лабораторно-инструментального исследования:**

**ОАК:** Эр. =  $4,0 \times 10^{12}/л.$ ; Нб = 130 г/л; Цв. пок. = 0,9; Лейкоциты =  $10,6 \times 10^9/л.$ ; баз = 0%, эоз. = 1%, п/я = 4%, с/я = 68%; Лимфоциты = 20%; Моноциты = 6%. СОЭ = 29 мм/час.

**ОАМ:** Цвет – соломенно-желтый; Уд. плотность = 1014; Реакция – кислая; Белок = 0,033%; Глюкоза – отр.; Лейкоциты – единичные в поле зрения; Эпителий плоский = 2-3 в поле зрения.

**УЗИ абдоминальное:** Матка увеличена до 30-31 недель беременности, плод соответствует сроку гестации. Плацента по задней стенке, 1 степени зрелости. Шейка матки 20мм, цервикальный канал 23 мм.

#### Задание (вопросы):

1. Сформулируйте диагноз основного и сопутствующего заболеваний, обосновав его сведениями, имеющимися в условии задачи.
2. Обоснуйте необходимость дополнительных лабораторных и/или инструментальных исследований для верификации диагноза и проведения дифференциальной диагностики.
3. Назначьте лечение (этиотропную, патогенетическую и симптомно-симптоматическую терапию) и дайте рекомендации по постгоспитальной реабилитации, включая возможности санаторно-курортного этапа.

#### ПРИМЕР РЕКОМЕНДУЕМОГО СОДЕРЖАНИЯ ОТВЕТА:

1. **Диагноз заболевания и его обоснование:** Язвенная болезнь: хроническая язва 12 п.к., фаза обострения. Беременность 31 неделя. Угрожающие преждевременные роды. ОАА.

**Обоснование нозологической формы:** жалобы на периодическую боль в эпигастрии, изжогу, появляющуюся через 1,5-2 часа после приема пищи. Боли в эпигастрии отмечает два года, чаще весной и осенью.

**Беременность 31 неделя, головное предлежание:** данные акушерского обследования и УЗИ.

*Угрожающие преждевременные роды:* тонизация матки и УЗИ признаки (шейка матки – 20 мм, цервикальный канал – 23 мм).

ОАА: аборт в анамнезе.

**2. Дополнительные лабораторные и инструментальные методы исследования:**

- ЭКГ;

- ФГДС: в большинстве случаев диагноз устанавливается на основании клинических проявлений, анамнестических данных, результатов ранее проведенных ФГДС и ультразвукового исследования. Рентгенологическое исследование желудка и двенадцатиперстной кишки беременным противопоказано. В диагностически не ясных случаях, при подозрении на развитие осложнений (кровотечение, стеноз антрального отдела желудка, рак) ФГДС в силу своей безопасности для плода может быть проведена при любом сроке беременности

- биохимический анализ крови (общий белок и его фракции, трансаминазы, билирубин, щелочная фосфатаза, глюкоза);

- ИФА-исследование крови на наличие антител к пилорическому хеликобактеру;

- консультации акушера-гинеколога и гастроэнтеролога (терапевта).

**3. Госпитализация в стационар (желательно в гастроэнтерологическое отделение).**

**4. Лечебные мероприятия должны включать:**

- консервативная терапия с коррекцией стандартных противоязных схем, исходя из наличия беременности:

- Лечение включает соблюдение общепринятых «режимных» мероприятий и диеты; прием в обычных терапевтических дозах не всасывающихся антацидов (например, коллоидного фосфата алюминия и адсорбентов в виде диоктаэдрического смектита). При выраженных болях, обусловленных моторными нарушениями возможно назначение спазмолитиков (дротаверин по 40 мг 3-4 раза в день). Препараты висмута беременным противопоказаны. Эрадикационная терапия инфекции *H. pylori* у беременных не проводится, ее следует отложить до завершения беременности;

- Применение омепразола при беременности возможно (противопоказано назначение других ингибиторов протонной помпы и  $H_2$ -гистаминоблокаторов).

- лечение угрожающих преждевременных родов в отделении патологии беременных или в гастроэнтерологическом;

- острый токолиз – внутривенное введение гексопреналина 4,0 мл на физиологическом растворе (не более 3 дней);
- назначение прогестерона 200 мг интравагинально на ночь с оформлением письменного согласия женщины до 36 недель;
- профилактика дистресс-синдрома легких плода – дексаметазон 8 мг в сутки внутримышечно в течение 3 дней.

#### IV.1.5 ПЛАНОВАЯ СИТУАЦИЯ

Беременная 27 лет, срок беременности 21 неделя, не работает, поступила в плановом порядке в приемный покой хирургического стационара. Жалобы на появление боли и отеков правой нижней конечности, больше во второй половине дня, самостоятельно проходящих после ночного отдыха.

**Из анамнеза:** Пять лет назад лечилась по поводу илео-фemorального тромбоза справа консервативно. С тех пор периодически отмечает отеки, боли в правой голени, усиливающиеся в ортостатическом положении. К врачу не обращалась, не обследовалась. Состоит на учете в женской консультации по поводу беременности, беременность вторая. Первая была прервана по желанию пациентки год назад.

**Объективно:** Состояние удовлетворительное. Рост = 171 см., масса тела = 75 кг. Кожный покров естественной окраски. Кожа нижних конечностей розового цвета, чистая, диаметр на уровне бедра справа и слева одинаковый, на уровне голени – справа увеличен на 2 см., пульсация на а. dorsalis pedis dextrae отчетливая. Дыхание везикулярное. ЧД = 17 в 1 мин. Тоны сердца чистые, ритм правильный, ЧСС = 96 в 1 мин., АД = 120/70 мм рт. ст. Язык влажный. Живот мягкий, безболезненный, увеличен за счет беременной матки. Дно её на уровне пупка. Матка при пальпации мягкая, сердцебиение плода ритмичное, до 140 уд в 1 мин.

**Результаты лабораторно-инструментального исследования:**

**ОАК:** Эр. =  $4,0 \times 10^{12}/л.$ ; Нб = 130 г/л; Цв. пок. = 0,9. лейкоциты =  $8,6 \times 10^9/л.$  СОЭ = 29 мм/час.

**ОАМ:** Цвет – соломенно-желтый; Уд. плотность = 1014; Реакция – кислая; Белок – отр; Глюкоза – отр.; Лейкоциты – ед. в п/зрения; Эпителий плоский = 2-3 в п/зрения.

**УЗИ абдоминальное:** свободная жидкость в брюшной полости не определяется, матка увеличена до 20-21 недель беременности, плод соответствует сроку гестации. Тонус миометрия не повышен. Плацента по передней стенке, 0 степени зрелости.

**Задание (вопросы):**

**1. Сформулируйте диагноз основного и сопутствующего заболеваний, обосновав его сведениями, имеющимися в условии задачи.**

**2. Обоснуйте необходимость дополнительных лабораторных и/или инструментальных исследований для верификации диагноза и проведения дифференциальной диагностики.**

**3. Назначьте лечение (этиотропную, патогенетическую и синдромно-симптоматическую терапию) и дайте рекомендации по постгоспитальной реабилитации больной, включая возможности санаторно-курортного этапа.**

**ПРИМЕР РЕКОМЕНДУЕМОГО СОДЕРЖАНИЯ ОТВЕТА:**

**1. Диагноз заболевания и его обоснование:** Хроническая венозная недостаточность 3 ст. (по СЕАР). Посттромбофлебитическая болезнь. Реканализированный тромбоз общей бедренной вены справа? Беременность 21 недели. ОАА.

*Обоснование диагноза:* Жалобы на боли, отек правой нижней конечности во второй половине дня, проходящие самостоятельно после ночного отдыха. Илеофemorальный тромбоз справа 5 лет назад, периодическое появление отеков и болей в правой голени, усиливающиеся в ортостатическом положении. Окружность голени справа увеличена на 2 см.

**2. Необходимые лабораторно инструментальные исследования:**

- развернутый клинический анализ крови;
- биохимический анализ крови (общий белок, глюкоза, билирубин);
- ЭКГ;
- коагулограмма с определением МНО, АЧТВ;
- ТЭГ;
- УЗДГ вен нижних конечностей;
- лазерная доплеровская флоуметрия;
- консультация сосудистого хирурга, акушера-гинеколога, терапевта.

**3. Плановая дородовая госпитализация, совместное решение хирурга и акушера-гинеколога о способе родоразрешения, профилактика венозных осложнений в родах и в послеродовом периоде.**

*Лечебная тактика:*

- режим труда и отдыха;
- эластическая компрессия нижних конечностей (трикотаж 2 класса);
- венотоники – препараты диосмина;
- дезагреганты: аллопуринол, диосмин (по 1 капс. до 6 раз в день).

#### IV.1.6 ПЛАНОВАЯ СИТУАЦИЯ

Пациентка 33 лет, уборщица, поступила в плановом порядке в приемный покой хирургии. Жалобы на скудные кровянистые выделения из прямой кишки при акте дефекации и появление узлов в области заднего прохода после дефекации и при тяжелой физической нагрузке. При дополнительном расспросе выяснено, что пациентку беспокоят постоянные боли внизу живота, в поясничной и крестцовой областях, средней интенсивности, усиливающиеся во время менструации, продолжительность менструации до 7-8 дней.

**Из анамнеза:** Подобное состояние отмечает на протяжении последних 3-х лет. Последние 2-3 недели отмечает самопроизвольное выпадение узлов, которые пациентка вынуждена самостоятельно вправлять, после дефекации появляется небольшое количество алой крови. Менархе в 13 лет, цикл стал регулярным в течение первого года. Длительность менструального цикла 26 дней, продолжительность менструации 7 дней, обильные, болезненные (пациентка систематически использует нимесулид с умеренным эффектом). В течении последних 3 лет характер менструации изменился – появились кровянистые выделения до и после менструации. Беременностей 2, роды 1 (Кесарево сечение) – 5 лет назад, 3 года назад было искусственное прерывание беременности, без осложнений. Пациентка замужем, с целью контрацепции использует презервативы. Последняя менструация 14 дней назад.

**Объективно:** Состояние удовлетворительное. Рост = 156 см., масса тела = 74 кг. Кожный покров бледно-розовой окраски. Дыхание везикулярное, ЧД = 18 в 1 мин. Тоны сердца чистые, ритм правильный, пульс = 96 в 1 мин. АД = 120/70 мм рт.ст. Язык влажный. Живот мягкий безболезненный при пальпации. При осмотре области ануса «на 7 и 11 часах» определяются два округлых образования с эрозированной поверхностью, на момент осмотра кровотечения нет.

**Влагалищное исследование:** Влагалище узкое. Шейка матки субконической формы. Тело матки увеличено, соответствует 6-7 неделям беременности, плотное, подвижное, при пальпации. Придатки матки с обеих сторон не увеличены.

**Результаты лабораторно-инструментального исследования:**

**ОАК:** Эр. =  $3,9 \times 10^{12}/л$ ; Нб = 129 г/л; Цв. пок. = 1; Лейкоциты =  $7,6 \times 10^9/л$ ; баз. = 0%, эоз. = 1%, п/я = 3%, с/я = 68%; Лимфоциты = 20%; Моноциты = 6%. СОЭ = 9 мм/час.



**ОАМ:** Цвет – соломенно-желтый; Уд. плотность = 1014; Реакция – кислая; Белок = 0,033%; Сахар – отр.; Лейкоциты – ед. в п/зр.; Эпителий плоский = 2-3 в п/зр.

### **Задание (вопросы):**

**1. Сформулируйте диагноз основного и сопутствующего заболеваний, обосновав его сведениями, имеющимися в условии задачи.**

**2. Обоснуйте необходимость дополнительных лабораторных и/или инструментальных исследований для верификации диагноза и проведения дифференциальной диагностики.**

**3. Назначьте лечение (этиотропную, патогенетическую и синдромно чувствительно -симптоматическую терапию) и дайте рекомендации по постгоспитальной реабилитации, включая возможности санаторно-курортного этапа.**

### **ПРИМЕР РЕКОМЕНДУЕМОГО СОДЕРЖАНИЯ ОТВЕТА:**

**1. Диагноз заболевания и его обоснование:** Хронический геморрой 2 ст. Аномальное маточное кровотечение. Аденомиоз.

**Обоснование диагноза основного заболевания:** Жалобы на появление 3 года назад узлов в области заднего прохода после дефекации и при тяжелой физической нагрузке, требующие самостоятельного их вправления, а также появление после дефекации скудных кровянистых выделений из прямой кишки в течение последних 2-3 недель.

**Аденомиоз обосновывается** болезненными менструациями, наличием скудных кровянистых выделений до и после менструации. Предрасполагающими факторами можно считать операцию Кесарева сечения и наличие аборта в анамнезе.

**2. Для верификации диагноза основного заболевания и проведения диф. диагностики необходимо выполнить следующие исследования:**

- пальцевое исследование per rectum и осмотр в ректальных зеркалах для уточнения локализации геморроидальных узлов и их состояния, а также для исключения других заболеваний прямой кишки (полипы, опухоли, трещины и др.);

- для уточнения диагноза аденомиоз и исключения миомы матки рекомендуется выполнить УЗИ малого таза;

- консультации проктолога, акушера-гинеколога.

**3. Лечение, исходя из условия задачи и диагноза, должно включать мероприятия консервативной терапии:**

- нормализация стула с помощью добавления в пищу продуктов, богатых растительной клетчаткой (овощи, фрукты, злаки, крупы, чернослив), кисломолочных продуктов;
- отказ от избыточного употребления жиров, кофе, острых приправ;
- тщательная гигиена области промежности;
- исключить поднятие тяжестей;
- местное применение гепатромбина в виде мази;
- перорально – венотоники (например, препараты диосмина);
- при отсутствии эффекта от консервативной терапии в течении месяца – хирургическое лечение геморроя в виде малоинвазивных вмешательств: лигирование геморроидальных узлов латексными кольцами, склеротерапия.

Как для высокоэффективной контрацепции, учитывая репродуктивный возраст пациентки, находящейся в браке, так и с целью лечения аденомиоза (в соответствии с клиническими рекомендациями рекомендовано использовать *левоноргестрел* в форме внутриматочной терапевтической системы ((ВМС-ЛНГ) – по АТХ – Пластиковые спирали с гестагенами) у пациенток, не планирующих беременность, с эндометриозом и аномальными маточными кровотечениями) рекомендуется установить ВМС с левоноргестрелом.

## IV.2. НЕОТЛОЖНЫЕ СИТУАЦИИ

### IV.2.1 НЕОТЛОЖНАЯ СИТУАЦИЯ

Беременная 26 лет доставлена в приемный покой хирургии машиной «Скорой медицинской помощи» из женской консультации, где состоит на учете по поводу беременности (срок беременности 27-28 недель). Жалуется на боли в правой ягодичной области, слабость, отсутствие аппетита.

**Из анамнеза:** Беременность первая. В условиях процедурного кабинета женской консультации проводилась токолитическая терапия угрозы прерывания беременности: 25% р-р  $Mg SO_4$  по 10 мл без новокаина внутримышечно (в правую ягодичную область). Последняя инъекция 7 дней назад, тогда же отметила появление болей в месте инъекций. В течении 4 последних дней температура тела повышалась

до 38°C, появился болезненный инфильтрат, выявленный врачом женской консультации.

**Объективно:** Состояние средней степени тяжести. Температура тела = 38,1°C. Кожные покровы бледные. В верхне-латеральном квадранте правой ягодичной области имеется плотный болезненный инфильтрат, кожа над ним гиперемирована, в центре определяется размягчение. Симптом флюктуации положительный. Отеки голеней и передней брюшной стенки. Пульс = 84 в 1 мин. АД = 140/80 мм рт. ст.

Живот увеличен за счет беременной матки, матка тонизируется через 5-6 минут на 10-15 сек., положение плода продольное, предлежание головное, сердцебиение плода ритмичное, приглушено. ЧСС плода = 170 уд в 1 мин.

**Влагалищное исследование:** Шейка укорочена до 2,5 см., размягчена по периферии. Наружный зев проходим для кончика пальца. Выделения слизистые.

**Результаты лабораторно-инструментального обследования:**

**ОАК:** Эр. = 3,0 x 10<sup>12</sup>/л., Hb=106 г/л. Лейкоциты= 13,0 x 10<sup>9</sup>/л, СОЭ = 42 мм/час.

**ОАМ:** Уд. плотность = 1025; белок – 1,0 г/л., лейкоциты и пл. эпителий- ед. в п/зр., эритроциты-нет в п/зр.

**Анализ мочи по Нечипоренко:** Лейкоциты = 2500 в 1 мл., эритроциты = 500 в 1 мл.

**ЭКГ:** Ритм синусовый, 82 в 1 мин. RI>RII>RIII. RV2 = SV2. Угол α = 35°. Очаговых изменений не выявлено.

**УЗИ матки и плода:** Размеры плода: БПР = 67 мм, ОЖ = 70 мм, ДБ = 49 мм (соответствует сроку гестации), плацента на передней стенке матки, толщиной 21 мм, 2 степени зрелости; определяются эхонегативные включения, локальные расширения межворсинчатого пространства.

### Задание (вопросы):

1. Сформулируйте диагноз основного заболевания и ведущий синдром, требующий оказания неотложной помощи, обосновав их сведениями из условия задачи.

2. Обоснуйте необходимость дополнительных экстренных лабораторных и/или инструментальных исследований для верификации диагноза и проведения дифференциальной диагностики.

3. Назначьте неотложную терапию.

ПРИМЕР РЕКОМЕНДУЕМОГО СОДЕРЖАНИЯ ОТВЕТА:

**1. Диагноз заболевания и его обоснование:** Постинъекционный абсцесс правой ягодичной области. Беременность 27-28 недель. Угрожающие преждевременные роды. Умеренная преэклампсия. Хроническая плацентарная недостаточность.

*Обоснование диагноза основного заболевания:* боли в ягодичной области, появившиеся в месте инъекций 25% сернокислой магнезии, повышение температуры до 38°C. При объективном исследовании в верхнелатеральном квадранте правой ягодичной области имеется плотный болезненный инфильтрат, кожа над ним гиперемирована, в центре определяется размягчение. Симптом флюктуации положительный.

*Угрожающие преждевременные роды:* данные влагалищного исследования – шейка укорочена до 2,5 см., размягчена по периферии. Наружный зев проходим для кончика пальца. Матка тонизируется через 5-6 минут на 10-15 сек.

*Умеренная преэклампсия:* АД = 140/80 мм рт. ст., протеинурия 1,0 г/л.

*Плацентарная недостаточность:* данные УЗИ и аускультации плода.

**2. Для патогенетической характеристики основного заболевания и проведения диф. диагностики необходимо выполнить следующие исследования:**

- развернутый анализ крови;
- ЭКГ;
- определение группы крови и резус-фактора;
- коагулограмма;
- посев на флору с определением чувствительности к антибиотикам после вскрытия абсцесса;
- консультация акушером-гинекологом, анестезиологом.

**3. Госпитализация больной в хирургический стационар для оперативного лечения и одновременного проведения токолитической терапии.**

*Острый токолиз:* внутривенное введение гексопреналина 4.0 мл на физиологическом растворе.

*Профилактика дистресс-синдрома легких плода:* дексаметазон 8 мг в сутки в течение 3 дней.

*Лечение преэклампсии:* сернокислая магнезия – болюсно 5 г., затем 2 г/час. Допегит 500-2000 мг в сутки. Нифидипин 30-60 мг в сутки.

*Неотложные лечебные мероприятия должны включать:*

- вскрытие и дренирование постинъекционного абсцесса;
- назначение средств антибактериальной терапии – антибиотики широкого спектра, внутривенно (цефалоспорины, защищенные полусинтетические пенициллины).

#### IV.2.2 НЕОТЛОЖНАЯ СИТУАЦИЯ

Беременная А., 28 лет, срок беременности 27-28 недель, доставлена в приемный покой машиной «Скорой медицинской помощи» из дома с жалобами на кашель со слизисто-гнойной мокротой, боли в правой половине грудной клетки и внизу живота, озноб, слабость, одышку, отсутствие аппетита; а также – отсутствие шевеления плода на протяжении 6 дней, обильные «грязные» выделения с неприятным запахом из половых путей, тянущую боль внизу живота постоянного характера с иррадиацией в поясницу.

**Из анамнеза:** 10 дней назад появился кашель со слизисто-гнойной мокротой, боли в правой половине грудной клетки и подъем температуры тела до 39°C. Боль внизу живота и необычные выделения появились около 2 недель назад. Беременность пятая. В женской консультации на учёте по поводу беременности не состоит. Первые две беременности закончились срочными самостоятельными родами, последующие две – прерыванием беременности в поздние сроки по социальным показаниям (осложнения – острый эндомиометрит). Несколько раз проходила лечение по поводу алкогольной зависимости. На протяжении всей беременности постоянно употребляла спиртные напитки. Хронические заболевания отрицает. Туберкулез, вирусный гепатит, СД, операции, травмы, гемогрансфузии отрицает. Не курит. Наследственность не отягощена.

**Объективно:** Состояние тяжелое. Кожа бледная с землистым оттенком, холодный липкий пот. Рост 168см, вес 68 кг. Температура тела = 40°C. При пальпации в VIII и IX межреберьях справа по паравerteбральной линии; при перкуссии и надавливании стетоскопом определяется болезненность. Укорочение перкуторного звука над нижней долей правого легкого. Там же аускультативно определяется жесткое дыхание. ЧД = 24 в 1 мин. Тоны сердца приглушены, ритмичные. Пульс = 110 уд. в 1 мин. АД = 80/40 мм рт. ст. Язык влажный, без налета. Живот увеличен за счет беременной матки, мягкий, болезнен-

ный внизу живота. Симптомы раздражения брюшины – сомнительны.. Печень и селезенка не пальпируются. Размеры печени и селезенки по Курлову: 10х 9,5 х 8 см и 6 х 4 см соответственно. Поколачивание в проекции почек безболезненно. Диурез и стул в норме.

*Акушерский статус:* Дно матки чуть выше уровня пупка. Окружность живота 80 см. При пальпации матка размягчена. Пальпируются части плода. Двигательная активность плода отсутствует. Сердцебиение плода акушерским стетоскопом и фетальным монитором не определяется. Из наружных половых путей зловонные сукровично-гнойные выделения.

**Результаты лабораторно-инструментального обследования:**

**Группа крови:** 0(I), Rh-положительная.

**ОАК:** Эр. =  $2,9 \cdot 10^{12}/л$ , Hb = 95 г/л. Лейкоциты =  $20 \cdot 10^9/л$ , СОЭ = 52 мм/час.

**ОАМ:** Уд. плотность = 1025; белок = 1,5 г/л, лейкоциты и пл. эпителий – ед. в поле зрения, эритроциты не обнаружены, цилиндры гиалиновые = 3-5 в п/зрения.

**Анализ мочи по Нечипоренко:** Лейкоциты = 1500 в 1 мл, эритроциты = 500 в 1 мл.

**Биохимическое исследование крови:** билирубин общий = 46,4 мкмоль/л, прямой = 20,5 мкмоль/л, АЛТ = 17 МЕ/л, АСТ = 38 МЕ/л, глюкоза = 4,6 ммоль/л, креатинин = 205,6 мкмоль/л, МНО = 1,0.

**Анализ мокроты:** Лейкоциты – сплошь в п/зрения, бактерии – сплошь в п/зрения, эластичные волокна – сплошь в п/зрения.

**ЭКГ:** Ритм синусовый, правильный, 110 в 1 мин. RII >RI >RIII, RV2=SV2, угол  $\alpha = 45^\circ$ . Очаговых изменений не выявлено.

**Рентгенография органов грудной клетки:** в нижней доле правого легкого в проекции X сегмента определяется полость с уровнем жидкости и обширной зоной перифокальной инфильтрации.

### Задание (вопросы):

1. Сформулируйте диагноз основного заболевания и ведущий синдром, требующий оказания неотложной помощи, обосновав их сведениями из условия задачи.

2. Обоснуйте необходимость дополнительных экстренных лабораторных и/или инструментальных исследований для верификации диагноза и проведения дифференциальной диагностики.

3. Назначьте неотложную терапию.

ПРИМЕР РЕКОМЕНДУЕМОГО СОДЕРЖАНИЯ ОТВЕТА:

**1. Диагноз заболевания и его обоснование:** Правосторонняя нижнедолевая пневмония тяжелого течения, осложненная абсцессом нижней доли правого легкого. Беременность 27-28 недель, Антенатальная гибель плода. Сепсис. Септический метроэндометрит. Инфекционно-токсический шок, ранняя гипотензивная фаза. ПИН (потребитель инъекционных наркотиков).

**Обоснование диагноза основного заболевания:** наличие кашля со слизисто-гнойной мокротой, болей в грудной клетке, озноба, слабости, одышки, повышение температуры до 40°C; объективных данных: укорочение перкуторного звука над нижней долей правого легкого; данным рентгенографии легких: в проекции X сегмента определяется полость с уровнем жидкости, что свидетельствует об абсцессе правого легкого. Боли внизу живота, гнойные выделения из влагалища, отсутствие плацентарного кровотока (по данным УЗИ) свидетельствуют о внутриутробной гибели плода.

**2. Необходимые лабораторно-инструментальные исследования:**

- компьютерная томография легких для топической диагностики абсцесса легкого;
- фибробронхоскопия для оценки возможности внутреннего дренирования абсцесса в просвет бронха, для эндобронхиальных санаций;
- контроль АД и ЦВД, ЧДД;
- бактериологическое исследование крови, определение чувствительности к антибиотикам;
- ежечасный контроль диуреза, бактериологическое исследование мочи, определение чувствительности к антибиотикам;
- определение концентрации электролитов в сыворотке крови, мочевины, креатинина, газов артериальной крови, pH;
- контроль ЭКГ, ЧСС;
- коагулограмма (тромбоциты, фибриноген, ПДФ, агрегация тромбоцитов, антитромбин 3, время свертывания крови);
- прокальцитониновый тест;
- определение группы крови, резус-фактора;
- бактериоскопия, посев мокроты на селективные среды;
- биохимический анализ крови: общий белок, белковые фракции, фибрин, сиаловые кислоты, гаптоглобин, аминотрансферазы;
- обследование на ВИЧ-инфекцию, гепатиты В, С и на сифилис;
- консультации анестезиолога-реаниматолога, акушера-гинеколога, торакального хирурга.

**3. Неотложная госпитализация больной в РАО, противошоковая терапия, отсроченная гистерэктомия, санация септического очага.**

Неотложные лечебные мероприятия:

- катетеризация крупных центральных вен;
- восполнение ОЦК в режиме умеренной гемодилюции с использованием препаратов, улучшающих реологические свойства крови: солевые растворы (физ. раствор 0.9%, ацесоль, хлосоль, раствор Рингера), реополиглюкин 400 мл. в/в капельно, альбумин 5% 200 мл в/в капельно;
- стабилизация АД, путем введения гормонов (гидрокортизон 50 мг/кг в/в) или допамин 5 мл на 200 мл 10% раствора глюкозы в/в кап., до стабилизации АД;
- **оперативное лечение** – экстирпация матки с трубами, широкое дренирование брюшной полости, дренирование полости таза через культию влагалища;
- дренирование абсцесса: наружное – пункция и дренирование полости под КТ-контролем, или внутреннее в просвет бронхиального дерева с использованием фибробронхоскопа;
- коррекция дыхательной недостаточности (продленная ИВЛ);
- массивная длительная антибактериальная терапия: цефотаксим/метронидазол, амоксициллин/аминогликозид, цефоперазон/сульбактам, амфотерицин В, флуконазол;
- иммунозаместительная терапия (Ig человеческий, IgG, А, М);
- коррекция нарушения водно-электролитного баланса и КОС;
- противотромботическая терапия – антитромбин III, свежемороженая плазма 250-400 мл/сутки, гепарин, антиагреганты;
- нутритивная поддержка (энтеральное зондовое питание);
- удаление септического очага: торакоплевральный абсцессостомия, открытая санация гнойной полости, дренирование инфицированной полости.

### IV.2.3 НЕОТЛОЖНАЯ СИТУАЦИЯ

Беременная 28 лет, срок беременности 35-36 недель, доставлена в приемный покой родильного дома машиной «Скорой медицинской помощи» из дома. Жалуется на слабость, головокружение, схваткообразные боли внизу живота, боли в области правой голени.

**Из анамнеза:** Беременность вторая. Первая завершилась срочными родами. Дня назад по пути из женской консультации домой по-



скользнулась и ударилась о ступеньки животом и передней поверхностью голени. Спустя сутки появился резко болезненный инфильтрат голени в области ушиба, затем – незначительные кровянистые выделения из половых путей, локальная болезненность по передней стенке матки, тяжесть в пояснице. Накануне температура тела повышалась до 38°C. Сегодня возникло обильное кровотечение из наружных половых путей и боли в животе.

**Объективно:** Состояние тяжелое. Температура тела = 38,1°C. Кожаные покровы бледные. По передней поверхности правой голени определяется инфильтрат размерами 10 x 6 см, плотный, болезненный, с размягчением в центре, кожа над ним гиперемирована, симптом флюктуации положительный. Пульс = 110 в 1 мин. АД = 90/60 мм.рт.ст. Живот увеличен за счет беременной матки. Дно ее на 32 см выше лонного сочленения. При пальпации матки – резкая локальная болезненность по передней ее стенке, тонус матки значительно повышенный, положение плода продольное, предлежание головное. Сердцебиение плода аритмичное, приглушено, до 80 уд. в 1 мин. Из наружных половых путей кровотечение темной жидкой кровью.

**При осмотре в зеркалах:** кровотечение из полости матки, раскрытие шейки матки до двух поперечных пальцев.

**Результаты лабораторно-инструментального обследования:**

**ОАК:** Эр. =  $2,6 \times 10^{12}/л.$ , Нб = 79 г/л. Лейкоциты =  $13 \times 10^9/л.$ , СОЭ = 41 мм/час.

**ОАМ:** Уд. плотность = 1012; белок = отриц. Лейкоциты и пл. эпителий – ед. в п/зр., эритроциты нет в п/зр.

**УЗИ матки и плода:** Размеры плода соответствуют сроку гестации, плацента определяется по передней стенке матки, имеется ретроплацентарная гематома, занимающая до поверхности плаценты.

**Рентгенография правой голени:** Патологии костного скелета не выявлено.

### Задание (вопросы):

1. Сформулируйте диагноз основного заболевания и ведущий синдром, требующий оказания неотложной помощи, обосновав их сведениями из условия задачи.

2. Обоснуйте необходимость дополнительных экстренных лабораторных и/или инструментальных исследований для верификации диагноза и проведения дифференциальной диагностики.

**3. Назначьте неотложную терапию, дайте рекомендации по ведению больной после купирования ведущего синдрома и по постгоспитальной реабилитации больной, включая возможности санаторно-курортного этапа.**

**ПРИМЕР РЕКОМЕНДУЕМОГО СОДЕРЖАНИЯ ОТВЕТА:**

**1. Диагноз основного заболевания и его обоснование:** Беременность 35-36 недель, 1-й период родов. Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты. Острая гипоксия плода. Компенсированный геморрагический шок. Тупая травма живота. Нагноившаяся гематома правой голени. Анемия 2 степени тяжести.

**Обоснование диагноза:** Резкая локальная болезненность по передней стенке матки, повышенный тонус матки, приглушенное сердцебиение плода до 80 уд. в 1 мин, кровотечение из полости матки, ретроплацентарная гематома занимающая до 4 поверхности плаценты. Наличие болей в голени, повышение температуры до 38,1°C, лейкоцитоза ( $13,1 \times 10^9/\text{л}$ ), факта травмы, инфильтрата по передней поверхности голени с размягчением в центре, свидетельствует о нагноившейся гематоме правой голени.

**Анемия 2 степени:** эритроциты =  $2,6 \times 10^{12}/\text{л}$ , Hb = 79 г/л.

**2. Необходимые лабораторно-инструментальные исследования:**

- определение группы крови;
- измерение АД и температуры тела;
- биохимический анализ крови (уровень глюкозы, билирубина, железа, определение содержание белка и т.д.);
- коагулограмма (определение времени свертывания крови, ПТИ, АЧТВ, МНО, содержание фибриногена);
- ЭКГ;
- определение чувствительности микробной флоры к антибиотикам;
- консультации акушера-гинеколога, реаниматолога, хирурга, неонатолога.

**3. Срочная госпитализация в стационар (в роддом). Неотложные лечебные мероприятия:**

- экстренное родоразрешение: кесарево сечение, перевязка магистральных сосудов матки, внутривенное введение утеротонических средств, введение энзапроста в мышцу матки;
- при выявлении матки Кювелера – решить вопрос о гистерэктомии;
- борьба с острой анемией;

- реанимационные мероприятия плода;
- вскрытие и дренирование нагноившейся гематомы;
- антибактериальная терапия (антибиотики широкого спектра действия: цефалоспорины, ингибиторзащищенные пенициллины).

#### IV.2.4 НЕОТЛОЖНАЯ СИТУАЦИЯ

Беременная 19 лет, срок беременности 34 недели, доставлена в приемный покой хирургии машиной «Скорой медицинской помощи» из женской консультации. Жалуется на боли в правом бедре при осевой нагрузке и в покое, слабость, головную боль, озноб, отсутствие аппетита.

**Из анамнеза:** Беременность первая. При сроке беременности 13 недель перенесла острую ангину. Лечили ампициллином, фарингосептом, полосканиями ротоглотки настоем ромашки и шалфея. 7 дней назад появилась слабость, недомогание, гипертермия до 38°C. Спустя два дня в области правого бедра возникли резкие, интенсивные, распирающие боли при осевой нагрузке на правую конечность, а затем и в покое. Лечилась самостоятельно домашними средствами (прогревания). Подобное состояние впервые (до этого каких-либо осложнений в течении беременности не было). Травм не было. В детстве и юности были частые ОРВИ, ангины.

**Объективно:** Состояние средней степени тяжести. Лицо одутловато, кожные покровы бледные. Температура тела = 39,1°C. Отеки стоп, голеней и передней брюшной стенки. В нижней трети правого бедра определяется выраженный циркулярный отек, плотный, болезненный, размягчения нет, кожа над ним гиперемирована, симптом флюктуации отсутствует. Пульс = 98 в 1 мин. АД = 160/110 – 150/95 мм.рт.ст.

Живот увеличен за счет беременной матки. ВДМ – 33 см. Матка при пальпации мягкая, положение плода продольное, предлежание определить трудно, сердцебиение плода ритмичное, ясное, до 160 уд в 1 мин.

**Результаты лабораторно-инструментального обследования:**

**ОАК:** Эр. =  $3,2 \times 10^{12}/л.$ , Нб = 95 г/л. Лейкоциты =  $14,9 \times 10^9/л.$ , СОЭ = 42 мм/час.

**ОАМ:** Уд. плотность = 1015; белок = 1,5 г/л. Лейкоциты и пл. эпителий – ед. а п/зр., эритроциты – до 30 в п/зр. Цилиндры (гиалиновые) = 3-5 а п/зр.

**Анализ мочи по Нечипоренко:** Лейкоциты = 2500 в 1 мл., эритроциты = 1500 в 1мл., цилиндры гиалиновые – до 20 в п/зр.

**УЗИ матки и плода:** один живой плод в головном соответствует сроку гестации, плацента определяется на задней стенке матки, 2 степени зрелости. Тонус миометрия нормальный.

**Рентгенография правого бедра:** в дистальной трети правого бедра признаки остеопороза, имеется отслойка надкостницы бедренной кости, «изъеденность» ее контуров.

### Задание (вопросы):

1. Сформулируйте диагноз основного заболевания и ведущий синдром, требующий оказания неотложной помощи, обосновав их сведениями из условия задачи.

2. Обоснуйте необходимость дополнительных экстренных лабораторных и/или инструментальных исследований для верификации диагноза и проведения дифференциальной диагностики.

3. Назначьте неотложную терапию, дайте рекомендации по ведению больной после купирования ведущего синдрома и по постгоспитальной реабилитации больной, включая возможности санаторно-курортного этапа.

### ПРИМЕР РЕКОМЕНДУЕМОГО СОДЕРЖАНИЯ ОТВЕТА:

1. **Диагноз заболевания и его обоснование:** Острый гематогенный остеомиелит правой бедренной кости. Токсическая форма. Беременность 34 недели. Умеренная преэклампсия. Анемия легкой степени тяжести.

**Обоснование диагноза:** В нижней трети правого бедра определяется выраженный циркулярный отек, плотный, болезненный размягчений нет, кожа над ним гиперемирована, симптом флюктуации отсутствует. Температура тела = 39,1°C. Данные рентгенографии правого бедра: в дистальной трети правого бедра признаки остеопороза, имеется отслойка надкостницы бедренной кости, «изъеденность» ее контуров.

**Беременность 34 недели:** по данным УЗИ матки и плода

**Умеренная преэклампсия:** отеки стоп, голеней и передней брюшной стенки, АД = 160/110 мм рт.ст., белок в моче = 1,5 г/л.

2. **Необходимые лабораторно-инструментальные исследования:**

• радиоизотопная скintiграфия –а позволяет на более ранних стадиях четко локализовать объем поражения костной ткани;

- компьютерная томография костной ткани – позволяет уточнить распространенность деструктивных изменений в костной ткани;
- диагностическая костная пункция (исследование пунктата);
- определение чувствительности к антибиотикам;
- обследование для исключения гломерулонефрита (учитывая анамнез и наличие гиалиновых цилиндров в анализах мочи) – иммунологические показатели крови, проба Реберга и др.;
- УЗИ плода и матки в динамике;
- коагулограмма, биохимический анализ крови (сывороточное железо, ОЖСС);
- консультация офтальмолога (осмотр сосудов глазного дна), акушера-гинеколога, хирурга, терапевта.

**3. Лечение:** госпитализация в отделение гнойной хирургии.

*Консервативное лечение:*

- иммобилизация;
- антибактериальная терапия (линкомицин в/в капельно 600 мг в 250 мл физ. раствора 2 раза в сутки);
- дезинтоксикационные мероприятия (в/в капельное введение кристаллоидов: раствор хлорида натрия 0,9% – 3000-4000 мл);
- средства, улучшающие микроциркуляцию (пентоксифиллин 100 мг в/в капельно в 250 мл физиологического раствора NaCl 1 раз в сутки);
- аскорбиновая кислота и витамины группы В;
- лечение преэклампсии – сернокислая магнезия болюсно 5 г., затем 2 г/час, допегит 500-2000 мг в сутки, нифидипин 30-60 мг в сутки;
- лечение анемии – препараты железа (сульфат железа, гидроксиполимальтозный комплекс железа), при наличии дефицита железа.

*Оперативное лечение:* родоразрешение путем кесарева сечения. Остеоперфорация. Показания – неэффективность консервативной терапии.

## IV.2.5 НЕОТЛОЖНАЯ СИТУАЦИЯ

Больная Д., 21 год, доставлена в приемный покой хирургии машиной «Скорой медицинской помощи» из дома. Жалуется на боли по всему животу, сухость во рту, слабость, озноб, вздутие живота, отсутствие аппетита.

**Из анамнеза:** Восемь дней назад, во время пребывания в родильном доме (в сроке 40 недель) появились тупые постоянные боли в эпи-

гастроии, которые затем «спустились» в правую подвздошную область. С началом родовой деятельности к ним «присоединились» схваткообразные боли внизу живота. Беременность первая. Роды срочные, прошли без осложнений. В послеродовом периоде сохранялись боли в правой подвздошной области субфебрилитет. Выписана из родильного дома домой на 5-е сутки после родов. Выделения из половых путей были умеренные кровянистые без запаха. Сегодня появилось резкое усиление болей и распространение их по всему животу.

**Объективно:** Состояние тяжелое. Лицо с землистым оттенком, кожные покровы бледные. Температура тела =  $38,1^{\circ}\text{C}$ . Пульс = 110 в 1 мин. АД = 90/60 мм рт. ст. Живот умеренно вздут, в дыхании не участвует, напряжен во всех отделах. Симптомы Воскресенского, Менделя, Щеткина-Блюмберга – положительные, в связи, с чем пальпация матки через переднюю брюшную стенку затруднена. Из половых путей умеренные желтовато-белые выделения с прелым запахом.

**Результаты лабораторно-инструментального обследования:**

**ОАК:** Эр. =  $3,2 \times 10^{12}/\text{л.}$ , Нб = 112 г/л. Лейкоциты =  $15 \times 10^9/\text{л.}$ , СОЭ = 34 мм/час.

**ОАМ:** Уд. плотность = 1021; белок – отриц. Лейкоциты и пл. эпителий – ед. в п/зр., эритроциты – до 30 а п/зр. Цилиндры гиалиновые = 3-5 в п/зр.

**Анализ мочи по Нечипоренко:** Лейкоциты = 2500 в 1 мл., эритроциты = 1500 в 1 мл., цилиндры гиалиновые – до 20 в п/зр.

**УЗИ матки:** матка грушевидной формы, длина = 10,5 см, ширина = 9,6 см, переднезадний размер = 7,7 см, полость матки четко не визуализируется. В брюшной полости и малом тазу большое количество свободной жидкости.

### Задание (вопросы):

1. Сформулируйте диагноз основного заболевания и ведущий синдром, требующий оказания неотложной помощи, обосновав их сведениями из условия задачи.

2. Обоснуйте необходимость дополнительных экстренных лабораторных и/или инструментальных исследований для верификации диагноза и проведения дифференциальной диагностики.

3. Назначьте неотложную терапию, дайте рекомендации по ведению больной после купирования ведущего синдрома и по постгоспитальной реабилитации больной, включая возможности санаторно-курортного этапа.

ПРИМЕР РЕКОМЕНДУЕМОГО СОДЕРЖАНИЯ ОТВЕТА:

**1. Диагноз заболевания и его обоснование:** Перфоративный аппендицит. Разлитой перитонит, токсическая фаза. Послеродовый эндометрит.

**Обоснование основного диагноза:** появление тупых постоянных болей в эпигастрии, с переходом в правую подвздошную область, с последующим их резким усилением в послеродовом периоде и распространением по всему животу.

**Обоснование сопутствующего диагноза:** усиление болей и распространение их по всему животу, температура 38,1°C, лицо с землистым оттенком, бледные кожные покровы, тахикардия, пульс 110 в мин. АД 90/60 мм.рт.ст., живот вздут, напряжен во всех отделах, симптомы раздражения брюшины положительные, лейкоцитоз, повышение СОЭ, при проведении УЗИ – большое количество свободной жидкости в брюшной полости и малом тазу. Умеренные желтовато-белые выделения с прелым запахом из половых путей.

**2. Исследования, необходимые для патогенетической характеристики основного заболевания и проведение диф. диагностики:**

- определение группы крови и резус фактора;
- ЭКГ;
- ФЛГК;
- биохимический анализ крови;
- электролиты крови;
- посев из брюшной полости с определением чувствительности к антибиотикам;
- повторить анализ мочи по Нечипоренко после окончания курса антибиотикотерапии;
- консультации специалистов: анестезиолога (для определения степени анестезиологического риска обезболивания), акушера-гинеколога.

**3. Срочная госпитализация в хирургический стационар (для выполнения неотложного вмешательства), с проведением инфузионной терапии и антибактериальной терапии в отделении реанимации. Неотложные лечебные мероприятия:**

- **предоперационная подготовка** – противошоковые мероприятия введение коллоидов (реополиглюкин 400 мл.), кристаллоидов (раствор хлорида натрия 0,9% – 3000 мл) до стабилизации АД и появления диуреза;

- **оперативное лечение** – срединная лапаротомия, аппендэктомия, санация и дренирование брюшной полости.
- в послеоперационном периоде – проведение инфузионной терапии (раствор глюкозы, раствор Рингера и т.д.);
- антибиотикотерапия – стартовая терапия сепсиса (антибиотики широкого спектра действия, возможна смена препаратов после получения антибиотикограммы);
- лечение послеродового эндометрита должно дополнительно включать назначение аспирационно-промывное дренирование полости матки раствором хлоргексидина с последующим внутриматочным введением мази с левомиколем или орошений по Снегиреву с наконечником Морозова (проводится в отделении послеродовых заболеваний).



---

## V. КЛИНИЧЕСКАЯ ФАРМАКОЛОГИЯ

---

### V.1 ПЛАНОВАЯ СИТУАЦИЯ

Женщина 39 лет, учитель, обратилась в поликлинику с жалобами на боли в горле при глотании, першение, повышение температуры тела до 37,5 °С.

**Из анамнеза:**

Больна в течение 3 дней. Через 2 дня усилились жалобы на боль в горле, больше при глотании, больше справа, появилась боль в правом ухе, затруднение при глотании и при открывании рта, общее недомогание. Хронические заболевания отрицает. Туберкулез, вирусный гепатит, СД, операции, травмы, гемогрансфузии отрицает. Не курит. Наследственность не отягощена.

**Объективно:** Задняя стенка глотки умеренно гиперемирована. Слизистая оболочка небных миндалин и передних небных дужек гиперемирована, миндалины покрыты легко снимающимся налетом беловатого цвета. Налет растирается между шпателями. Определяется инфильтрация паратонзиллярной области справа, асимметрия зева за счет смещения правой миндалины медиально. Язычок резко отечен и смещен несколько влево. Подчелюстные лимфоузлы справа уплотнены, увеличены и болезненны. Температура 38,5°С. Голос имеет гнусавый оттенок, открывание рта затруднено. В легких – везикулярное дыхание, хрипов нет, ЧД = 19 в 1 мин. Тоны сердца приглушены, ритмичные, ЧСС = 98 в 1 мин., АД = 110/65 мм рт.ст. Живот при пальпации мягкий, безболезненный во всех отделах. Печень и селезенка не пальпируются. Область почек при поколачивании безболезненна.

**Результаты лабораторно-инструментального обследования:**

**ОАК:** лейкоциты =  $13,5 \times 10^9$ /л, эритроциты =  $3,9 \times 10^{12}$ /л, Нб = 121 г/л, эозинофилы – 0%, палочкоядерные – 10%, сегментоядерные – 62%, лимфоциты – 26%, моноциты – 2%; СОЭ = 25 мм/час.

**ОАМ:** цвет – сол.-желт., уд. плотность = 1015. Лейкоциты – 1-2 в п/зр., белок – не обнаруж.

**ЭКГ:** Ритм синусовый, правильный, 92 в 1 мин. RI > RII > RIII. RV2 = SV2. Угол  $\alpha$  = 35°.

**Флюорография органов грудной клетки:** Корни легких не расширены, очаговых и инфильтративных теней не выявлено. Синусы свободны.

**Биохимическое исследование крови:** Глюкоза = 4,3 ммоль/л. Креатинин = 81 мкмоль/л. Билирубин = 14,4 мкмоль/л. АСТ/АЛТ = 26/18 МЕ. Холестерин = 4,4 ммоль/л. Калий = 4,1 ммоль/л. Общий белок = 81 г/л. СРБ = 138 мг/л. **Скорость клубочковой фильтрации** = 98 мл/мин.  
**SpO<sub>2</sub>**=97%

### Задание (вопросы):

1. Каков наиболее вероятный диагноз? Обоснуйте его. Как Вы можете оценить ситуацию в динамике?
2. Обоснуйте дополнительные диагностические исследования.
3. Какие антибактериальные препараты наиболее показаны больной? Обоснуйте выбор средств.

### ПРИМЕР РЕКОМЕНДУЕМОГО СОДЕРЖАНИЯ ОТВЕТА:

1. Диагноз (наиболее вероятный): **Лакунарная ангина (J03.9 Острый тонзиллит неуточненный), осложненная перитонзиллярным абсцессом (J36 Перитонзиллярный абсцесс).**

*Диагноз лакунарной ангины установлен на основании:*

- жалоб на боли в горле при глотании, першение, повышение температуры тела до 37,5 °С;
- данных объективного осмотра: слизистая оболочка небных миндалин и передних небных дужек гиперемирована. Небные миндалины I степени гипертрофии, покрыты налетом беловатого цвета, легко снимающимся, налет растирается между шпателями. Задняя стенка глотки умеренно гиперемирована;
- признаков системной воспалительной реакции: лейкоцитоз  $13,5 \times 10^9/\text{л}$ , ускоренная СОЭ до 25 мм/час.

Диагноз осложнения – «Паратонзиллярный абсцесс справа» установлен на основании:

- жалоб на усиление боли в горле, больше при глотании, больше справа, появилась боль в правом ухе, затруднение при глотании и при открывании рта, общее недомогание;
- данных объективного осмотра – затрудненное отрывание рта. В глотке определяется гиперемия слизистой оболочки, инфильтрация паратонзиллярной области справа, асимметрия зева за счет смещения

правой миндалины медиально. Язычок резко отечен и смещен несколько влево. Подчелюстные лимфоузлы справа уплотнены, увеличены и болезненны;

- признаков системной воспалительной реакции – фебрильная лихорадка 38,5 °С.

**2. Дополнительные диагностические исследования:**

- определение концентрации С-реактивного белка в сыворотке крови;

- определение антистрептолизина-О в сыворотке крови;

- бактериологическое исследование слизи и пленок с миндалин на палочку дифтерии (*Corinebacterium diphtheriae*);

- стрептотест;

- бактериологическое исследование слизи с миндалин и задней стенки глотки на аэробные и факультативно-анаэробные микроорганизмы;

- определение чувствительности микроорганизмов к антибиотикам и другим лекарственным препаратам;

- общий (клинический) анализ крови (развернутый);

- анализ мочи общий;

- регистрация электрокардиограммы.

**3. Антибактериальные препараты, наиболее показанные больной, и обоснование их выбора:**

- препараты первой линии: полусинтетические пенициллины в течение 10-15 дней (*альтернатива – цефалоспорины, макролиды*);

- выбор наиболее показанных антибактериальных препаратов будет определяться результатами бактериологического исследования слизи миндалин и задней стенки глотки на аэробные и факультативно-анаэробные микроорганизмы, а также их чувствительности к АБП.

## У.2 ПЛАНОВАЯ СИТУАЦИЯ

Пациентка 52 лет, не работающая, страдающая железодефицитной анемией (принимает по поводу этого заболевания «Сорбифер дурулес») и хроническим пиелонефритом, обратилась в поликлинику в связи с обострением последнего. Назначен Ципрофлоксацин по 250 мг 2 раза в сутки. Оба препарата больная принимала одновременно. Через 5 дней от начала приёма Ципрофлоксацина сохраняется субфебрильная лихорадка, поллакиурия.

**Задание (вопросы):**

**1. Каковы возможные причины неэффективности антибиотикотерапии и какие исследования необходимо выполнить?**

**2. При бактериологическом анализе мочи выделена *Escherichia coli*, чувствительная к Ципрофлоксацину. С чем связана неэффективность лекарственной терапии?**

**3. Каковы будут Ваши дальнейшие рекомендации по лечению? Какова длительность приёма препаратов железа?**

**ПРИМЕР РЕКОМЕНДУЕМОГО СОДЕРЖАНИЯ ОТВЕТА:**

**1.** Неэффективность антибиотикотерапии обусловлена одновременным приемом антибиотика с препаратом железа и низкой дозировкой антимикробного препарата.

*Отсутствие эффекта от антибиотикотерапии может быть связано с рядом причин:*

- одновременный прием препарата железа с антимикробным препаратом снижает всасывание последнего и, соответственно, его эффективность;
- доза ципрофлоксацина для лечения ИМВП должна быть в 2 раза больше назначенной;
- отсутствие чувствительности микроорганизма, вызвавшего обострение хронического пиелонефрита, к данному антибиотику;
- микроорганизмы в процессе жизнедеятельности потребляют железо, поэтому при остром инфекционном процессе назначение препаратов железа нерационально, т.к. они способствуют усилению размножения микроорганизмов.

**2.** Неэффективность антибиотикотерапии обусловлена одновременным приемом антибиотика с препаратом железа и низкой дозировкой антимикробного препарата.

**3. Дальнейшие рекомендации по лечению:**

- заменить ципрофлоксацин другим антибиотиком, к которому также выявлена чувствительность *Escherichia coli*;
- отменить препарат железа на период приема антибактериального препарата.

*Лечение ЖДА (3 этапа):*

- купирование анемии, насыщение организма железом – до нормализации уровня гемоглобина: регулярный и контролируемый приём

полноценной дозы препаратов железа (120-200 мг) в течение 1,5-2 месяцев и более;

- терапия *донасыщения*, восполнение железом органов-депо – 1/2 терапевтической дозы препаратов железа (50-100 мг) в течение 3-6 месяцев и более по показаниям (под контролем ОЖСС, ЛЖСС, ферритина и уровня железа в сыворотке крови);

- поддерживающая терапия: при полименорее – прием терапевтической дозы препарата железа (50-100 мг) каждые 10 дней после окончания менструации.

### У.3 ПЛАНОВАЯ СИТУАЦИЯ

Мужчине 52 лет, работающему мастером производственного обучения в колледже связи, участковым врачом диагностирована ИБС: стенокардия напряжения, стабильная, ФК II.

**Из анамнеза жизни:** С 30 лет страдает атопической бронхиальной астмой средней тяжести. В качестве базисной терапии получает комбинацию флутиказона и сальметерола ингаляционно. Приступы астмы купирует приемом сальбутамола. По поводу ИБС начал получать Метопролол по 25 мг 2 раза в день. На второй день начала приема Метопролола у больного участились приступы астмы, наблюдается снижение пиковой объемной скорости выдоха.

#### Задание (вопросы):

**1. Какова наиболее вероятная причина учащения приступов астмы и снижения пиковой скорости выдоха?**

**2. Какие альтернативные антиангинальные препараты, лишённые нежелательных эффектов, желательно назначить в данной ситуации?**

**3. При эхокардиографии у больного обнаружена фракция выброса 35%. Какие антиангинальные препараты не противопоказаны при латентной сердечной недостаточности?**

#### ПРИМЕР РЕКОМЕНДУЕМОГО СОДЕРЖАНИЯ ОТВЕТА:

1. Причиной учащения приступов астмы и снижения пиковой скорости выдоха является *прием метопролола* (неселективного β-адреноблокатора).

2. Альтернативными антиангинальными препаратами в данной ситуации являются *антагонисты медленных кальциевых каналов* диги-

дропиридинового ряда или недигидропиридинового (фенилалкиламинового) ряда при отсутствии систолической СН с ФВ менее 45% или ивабрадин (при ЧСС более 70 в 1 мин.).

*Нежелательные эффекты Верапамила:*

Частые:

- брадикардия,
- АВ-блокада,
- появление нарушений ритма у пациентов с WPW- синдромом,
- декомпенсация сердечной недостаточности,
- запоры, желудочная диспепсия,
- аллергические реакции.

Редкие:

- артериальная гипотония,
- гиперемия лица,
- периферические отеки,
- головокружение, головная боль,
- повышенная нервная возбудимость, заторможенность, повышенная утомляемость,
- транзиторное повышение активности печеночных трансаминаз в плазме крови.

В качестве антиангинальной терапии данному пациенту можно рекомендовать *ивабрадин* (при ЧСС более 70 в мин.) и/или *производные изосорбида мононитрата*.

3. При латентной сердечной недостаточности не противопоказано применение «Бисопролола», но у данного пациента назначение  $\beta$ -адреноблокатора привело к учащению приступов бронхиальной астмы, следовательно, показано назначение антагонистов медленных кальциевых каналов.

#### У.4 ПЛАНОВАЯ СИТУАЦИЯ

Мужчина 65 лет, пенсионер, находится на лечении в терапевтическом стационаре с диагнозом: «Гипертоническая болезнь II ст., АГ II степени (АД – 135/95 мм рт. ст.), Риск 4. ИБС: стенокардия напряжения стабильная, ФК II. Хроническая сердечная недостаточность IIА стадия, ФК II». Фибрилляция предсердий, постоянная форма с ЧСС = 85 в мин. Гиперлипидемия (ОХС – 6 ммоль/л, ЛПНП – 4 ммоль/л, ЛПВП – 1,0 ммоль/л).

**Получает лечение:** Эналаприл – по 5 мг 2 раза в день, Нифедипин – по 10 мг 2 раза в день, Изосорбита динитрат пролонгированный – по 40 мг 2 раза в день, Гипотиазид – по 25 мг 1 раз утром, Дигоксин – по 0,25 мг 1 раз в сутки, Верапамил – по 120 мг 3 раза в день. Состояние больного не улучшается.

**Задание (вопросы):**

**1. Оцените обоснованность получаемых препаратов. Какая группа препаратов является важнейшей при ИБС, ХСН и фибрилляции предсердий?**

**2. Какие осложнения возможны при постоянной форме фибрилляции предсердий, и какие меры профилактики должны быть предприняты?**

**3. Какой антикоагулянт необходим и каковы меры контроля его эффективности и безопасности? Каковы меры по борьбе с гиперлипидемией у конкретного больного?**

**ПРИМЕР РЕКОМЕНДУЕМОГО СОДЕРЖАНИЯ ОТВЕТА:**

**1. Обоснованность получаемых препаратов:**

**а) ИАПФ (эналаприл). Назначение обосновано, т.к. препарат:**

- снижает артериальное давление;
- препятствует прогрессированию поражения органов-мишеней (кардиопротективное, нефропротективное, церебропротективное, вазопротективное действие);
- метаболически нейтрален;
- улучшает прогноз больных с ИБС, ХСН.

**б) Назначение АКК дигидропиридинового ряда (нифедипин) нерационально, т.к.:**

- препарат короткого действия повышает вариабельность АД;
- кратность приема должна быть не менее 3-х раз в сутки, т.к. продолжительность действия 4-6 часов.
- нерационально комбинировать с АКК недигидропиридинового – фенилалкинового – ряда (верапамил).

**в) Нитраты (Изосорбита динитрат пролонгированный) – назначение необоснованно, т.к. нитраты не относятся препаратам первой линии в качестве антиангинальных для лечения ИБС.**

**г) Тиазидные диуретики (гипотиазид) – лечение рационально при условии сочетания АГ с ХСН и явлениями застоя жидкости в организме.**

д) *Сердечные гликозиды (дигоксин)* – назначение дигоксина пациенту с АГ, ИБС, ХСН и фибрилляцией предсердий менее рационально, чем назначение  $\beta$ -адреноблокаторов. Сердечные гликозиды также нерационально комбинировать с недигидропиридиновыми АКК.

е) *Назначение АКК недигидропиридинового ряда (верапамил) не обоснованно, так как:*

- нет данных Эхо-КГ о величине ФВ (при СН с ФВ менее 45% верапамил противопоказан);
- комбинация сердечных гликозидов с нифедипином – нерациональная.

*Важнейшая группа ЛП при ИБС с фибрилляцией предсердий и ХСН – ингибиторы АПФ.*

2. При постоянной форме фибрилляции предсердий возможны тромбоземболические осложнения (ТЭО) и сердечная недостаточность. *Методом профилактики ТЭО является назначение антикоагулянтов:*

- непрямой антикоагулянт – варфарин. Контроль эффективности и безопасности – оценка МНО (целевой диапазон 2,0-3,0);
- новые оральные антикоагулянты (при ККр более 30 мл/мин): селективные ингибиторы Ха фактора – ривароксабан, апиксабан; прямой ингибитор тромбина – дабигатран;
- при использовании новых оральных антикоагулянтов лабораторный контроль эффективности не проводится.

3. Соблюдение гипополипдемиической диеты, назначение ингибиторов ГМК- КоА-редуктазы. Контроль эффективности – определение уровня ХС ЛПНП (целевой уровень должен быть менее 1,5 ммоль/л).

## В.5 ПЛАНОВАЯ СИТУАЦИЯ

У женщины 35 лет, киоскёра, находящейся на лечении в урологическом отделении по поводу мочекаменной болезни, повысилась температура до 39 °С, появился озноб.

**Объективно:** резко положительный симптом «поколачивания». Диагностирован «Острый вторичный (на фоне мочекаменной болезни) пиелонефрит».

**В общем анализе мочи** выявлены нитриты (+).

### Задание (вопросы):

1. О чем свидетельствует наличие нитритов в моче? Препарат какой группы антибактериальных средств Вы бы назначили пациентке в качестве «стартового»? Обоснуйте свой выбор.



**2. Через 2 дня эмпирической антибиотикотерапии клинический эффект незначительный. Какой антибиотик показан в данной ситуации? Материал для посева отправлен в бактериологическую лабораторию. Была высеяна кишечная палочка (продуцент В-лактамаз расширенного спектра), чувствительная к имипенему и меропенему. На 4 день применения меропенема появилась крапивница, отёк Квинке, в связи с чем препарат отменён. Предложите замену меропенему.**

**3. Какой длительности должен быть курс антибиотикотерапии при осложнённом пиелонефрите?**

**ПРИМЕР РЕКОМЕНДУЕМОГО СОДЕРЖАНИЯ ОТВЕТА:**

**1.** *Наличие нитритов в моче указывает на наличие инфекции мочевыводящих путей.* Так как наиболее вероятным возбудителем ИМВП является *Escherichia coli* (70-90%), антибактериальным препаратом первого ряда («стартовым») может быть один из представителей ингибиторзащищенных пенициллинов, цефалоспоринов 3-5 поколений или карбапенем.

*Выбор препарата* должен определяться анамнестическими сведениями об их эффективности и переносимости.

*Подбор антимикробного препарата* должен проводиться с учетом установленной чувствительности микроорганизма к антибиотикам.


**2.** Так как через 2 дня терапии меропенемом клинический эффект оказался незначительным, более того, лечение осложнилось отеком Квинке, представляется целесообразной его замена *офлоксацином, ингибитор-защищенным пенициллином (амоксциллин-клавулат) или цефалоспорином 3-5 поколений.* Подбор антимикробного препарата должен проводиться с учетом чувствительности инфекта к антибиотикам.

**3.** Курс антибиотикотерапии при осложнённом пиелонефрите должен быть *не менее 14 дней.*

---

## СВЕДЕНИЯ ОБ АВТОРАХ

**Сборника типовых ситуационных задач для подготовки выпускников ФГБОУ ВО УГМУ Минздрава России к государственной итоговой аттестации**

|   |   |
|---|---|
|    | <p><b>Акимова Анна Вальерьевна</b> – к.м.н., доцент кафедры госпитальной терапии ФГБОУ ВО УГМУ Минздрава России.</p> <p>Автор более 220 печатных работ. соавтор более 20 статей по педагогике, РПД «Госпитальная терапия», РПД «Функциональная диагностика в кардиологии», РПД «Клиническая диетология», РПД «Оказание паллиативной помощи в медицине», РП производственной практики «Помощник врача стационара (терапия)», учебного пособия по внутренним болезням, методических рекомендаций по госпитальной терапии для студентов и преподавателей, учебных пособий для врачей. Член Российского научного медицинского общества терапевтов</p> |
|   | <p><b>Баженова Оксана Викторовна</b> – ассистент кафедры поликлинической терапии ФГБОУ ВО УГМУ Минздрава России.</p> <p>Работает в вузе с 2019 года. Автор 5 печатных работ, учебно-методического пособия</p>   |
|  | <p><b>Борисов Юрий Николаевич</b> – ассистент кафедры госпитальной терапии ФГБОУ ВО УГМУ Минздрава России.</p> <p>Работает в вузе с 2019 г. Автор 14 печатных работ. Участник группы переводчиков руководств «Уход за пациентом с низкоэнергетическим переломом. Холистический подход к ведению больных ортогериатрического профиля», «Ортогериатрия. Ведение пожилых пациентов с низкоэнергетическими переломами» и др. издательства «ГЭОТАР-Медиа»</p>  |

|   |  |
|---|--|
|  | <p><b>Вишнева Елена Михайловна</b> – д.м.н., доцент кафедры факультетской терапии, эндокринологии, аллергологии и иммунологии ФГБОУ ВО УГМУ. Работает в ВУЗе с 2002 года. Автор 169 научных работ, 1 монографии, 20 педагогических статей, 5 методических изданий, РПД ФТ, РПД ординатуры по кардиологии</p>   |
|  | <p><b>Вишнева К.А.</b> – староста курса ЛПФ ФГБОУ ВО УГМУ Минздрава России. Соавтор 6 статей, соавтор 1 учебно-методического пособия</p>   |
|  | <p><b>Волокитина Елена Александровна</b> – д.м.н., профессор, зав. кафедрой травматологии и ортопедии ФГБОУ ВО УГМУ Минздрава России. Работает в вузе с 2010 г. Автор более 500 научных работ и 25 изобретений (патентов РФ), соавтор двух руководств по чрескостному остеосинтезу в травматологии и ортопедии, 2 монографий и 8 учебно-методических пособий по травматологии и ортопедии, разработчик 4 программ ДПОП. Член Международного научного сообщества франкоговорящих ортопедов-травматологов (AOLF), научного сообщества ортопедов и травматологов Франции (SOFcot), Вице-Президент Русского общества тазобедренного сустава, член Европейского научного сообщества тазобедренного сустава (EUROPEAN HIP SOCIETY), член Ассоциации травматологов-ортопедов России (АТОР), Ассоциации ревмоортопедов. заместитель главного редактора журнала «Хирургия тазобедренного сустава»</p> |

|  |   |
|--|---|
|   | <p><b>Гринев Андрей Григорьевич</b> – д.м.н., доцент кафедры офтальмологии ФГБОУ ВО УГМУ Минздрава России, декан лечебно-профилактического факультета<br/>Работает в вузе с 2005 года. Автор более 70 печатных работ, 5 учебно-методических пособий, 8 патентов, РПД ординатуры, интернатуры по специальности «офтальмология»</p>   |
|   | <p><b>Гришина Ирина Федоровна</b> – д.м.н., профессор, зав. кафедрой поликлинической терапии ФГБОУ ВО УГМУ Минздрава России.<br/>Работает в вузе с 1989 года. Автор 316 печатных работ (14 – опубликованы в зарубежных изданиях), в том числе 3 монографии, 2 патента на изобретения и 87 учебно-методических работ местного и регионального уровня</p>   |
|   | <p><b>Засорин Александр Александрович</b> – д.м.н., доцент кафедры хирургических болезней лечебно-профилактического факультета ФГБОУ ВО УГМУ Минздрава России.<br/>Работает в вузе с 1999 года. Автор 51 публикации, из них методических – 6</p>  |
|  | <p><b>Измoжерова Надежда Владимировна</b> – д.м.н., профессор, зав. кафедрой фармакологии и клинической фармакологии ФГБОУ ВО УГМУ Минздрава России.<br/>Работает в вузе с 1990 года.<br/>Автор более 400 научных публикаций. Соавтор «Краткого руководства по внутренним болезням», 15 учебно-методических изданий. Председатель Этического комитета УГМУ ФГБОУ УГМУ Минздрава России. Главный внештатный специалист клинический фармаколог Минздрава Свердловской области. Член Российского Кардиологического Общества, Европейского Общества Кардиологов, Ассоциации Клинических Фармакологов России, Межрегионального Общества Специалистов По Доказательной Медицине</p> |

|   |  |
|---|--|
|    | <p><b>Киселева Татьяна Петровна</b> – д.м.н., профессор кафедры факультетской терапии, эндокринологии, аллергологии и иммунологии ФГБОУ ВО УГМУ Минздрава России</p> <p>Автор более 300 научных публикаций, 11 методических пособий и рекомендаций, редактор 8 сборников научных работ. Главный внештатный специалист эндокринолог МЗ РФ в УрФО, эксперт Федеральной службы Росздравнадзора Национальных медицинских рекомендаций по оказанию специализированной медицинской помощи больным эндокринологического профиля</p> |
|    | <p><b>Коваль Марина Владимировна</b> – к.м.н., доцент кафедры акушерства и гинекологии ФГБОУ ВО УГМУ Минздрава России, заместитель декана лечебно-профилактического факультета.</p> <p>Работает в вузе с 2018 г. Автор более 30 печатных работ секретарь Государственной аттестационной комиссии лечебно-профилактического факультета ФГБОУ ВО УГМУ Минздрава России</p>   |
|   | <p><b>Кузнецов Павел Леонидович</b> – к.м.н., доцент кафедры инфекционных болезней, фтизиатрии и пульмонологии ФГБОУ ВО УГМУ Минздрава России.</p> <p>Работает в вузе с 2002 года. Автор более 110 печатных работ, 15 учебно-методических пособий и 1 патента на изобретение</p>   |
|  | <p><b>Куприянова Инесса Николаевна</b> – к.м.н., доцент кафедры факультетской терапии и эндокринологии ФГБОУ ВО УГМУ Минздрава России. Ответственный за систему менеджмента качества на лечебно-профилактическом факультете.</p> <p>Работает в вузе с 1993 г. Автор 82 печатных работ, 15 – учебно-методических пособий, 2 патентов на изобретения и «Электронного информационно-образовательно-го ресурса «Гастроэнтерология»</p>   |

|  |   |
|--|---|
|   | <p><b>Обоскалова Татьяна Анатольевна</b> – д.м.н., профессор, зав. кафедрой акушерства и гинекологии ФГБОУ ВО УГМУ Минздрава России.<br/>Работает в вузе с 2008 г. Автор более 300 научных публикаций, 20 учебно-методических пособий и 7 патентов на изобретения. Соавтор Национальных клинических рекомендаций</p>  |
|   | <p><b>Попов Артем Анатольевич</b> – д.м.н., доцент, зав. кафедрой госпитальной терапии ФГБОУ ВО УГМУ Минздрава России.<br/>Работает в вузе с 1987 года. Автор более 400 научных публикаций. Соавтор «Краткого руководства по внутренним болезням», «Клинических рекомендаций по диагностике и лечению остеоартрита коленных и тазобедренных суставов». Член Ассоциации Ревматологов России, Российской Ассоциации по Остеопорозу, Российского научного медицинского общества терапевтов, межрегионального общества специалистов по доказательной медицине</p> |
|   | <p><b>Росюк Елена Александровна</b> – к.м.н., доцент кафедры акушерства и гинекологии ФГБОУ ВО УГМУ Минздрава РФ.<br/>Автор 74 печатных работ, 1 патента на изобретение, 4 учебных пособий</p>  |
|  | <p><b>Сенцов Валентин Геннадьевич</b> – д.м.н., профессор, профессор кафедры анестезиологии, реаниматологии и токсикологии ФГБОУ ВО УГМУ Минздрава России.<br/>Работает в вузе с 1987 г. Автор более 300 печатных работ, 18 монографий, соавтор 3 практических руководств, в том числе «Национального руководства по токсикологии», 10 сборников научных работ. Автор 8 патентов на изобретения. Главный внештатный токсиколог Уральского Федерального округа. Соавтор Национальных клинических рекомендаций</p>  |

|   |   |
|---|---|
|    | <p><b>Смоленская Ольга Георгиевна</b> – д.м.н., профессор. Зав. кафедрой факультетской терапии, эндокринологии, аллергологии и иммунологии ФГБОУ ВО УГМУ Минздрава России</p> <p>Автор более 300 научных публикаций и учебно-методических пособий. Член правления Национального Российского общества атеросклероза, Российского общества кардиосоматической реабилитации, член Российского кардиологического общества, общества терапевтов России, Европейской кардиологической ассоциации. Соавтор Национальных клинических рекомендаций</p> |
|    | <p><b>Скорняков Сергей Николаевич</b> – д.м.н., профессор кафедры инфекционных болезней, фтизиатрии и пульмонологии ФГБОУ ВО УГМУ Минздрава России. Главный специалист по фтизиатрии и торакальной хирургии Уральского федерального округа.</p> <p>Работает в вузе с 2005 года. Автор более 300 научных работ (из них 28 опубликовано за рубежом), включая 11 учебно-методических, а также 2 монографий, главы в Национальном руководстве для врачей «Фтизиатрия», 12 патентов на изобретения</p>   |
|   | <p><b>Терьева Мария Васильевна</b> – к.м.н., доцент кафедры инфекционных болезней, фтизиатрии и пульмонологии ФГБОУ ВО УГМУ Минздрава России.</p> <p>Работает в вузе с 1981 года. Автор 64 печатных работ, из них учебно-методических 9, в зарубежных изданиях опубликовано 7 научных работ</p>   |
|  | <p><b>Фазылова Анастасия Вячеславовна</b> – ординатор 1 года кафедры акушерства и гинекологии ФГБОУ ВО УГМУ Минздрава России.</p> <p>Соавтор 6 статей, соавтор 1 учебно-методического пособия</p>   |

|   |   |
|---|---|
|    | <p><b>Хромцова Оксана Михайловна</b> – д.м.н., доцент кафедры госпитальной терапии ФГБОУ ВО УГМУ Минздрава России.<br/>Работает в вузе с 1996 года. Автор более 130 печатных работ, 3 учебно-методических пособий, соавтор обновлений соответствия с ФГОС 3++ РПД и ФОС по дисциплинам специалитета «факультетская терапия», «доврачебная помощь», «внутренние болезни», «пропедевтика внутренних болезней»</p>   |
|    | <p><b>Хусайнова Диляра Феатовна</b> – к.м.н., доцент кафедры госпитальной терапии ФГБОУ ВО УГМУ Минздрава России.<br/>Работает в вузе с 2004 года. Автор более 170 печатных работ. Является соавтором 4 патентов на промышленный образец и свидетельства на регистрацию электронного ресурса, 6 учебно-методических пособий для врачей, 13 программ дополнительного профессионального образования и ординатуры по специальности «скорая медицинская помощь»</p> |
|   | <p><b>Чернядьев Сергей Александрович</b> – д.м.н., профессор, зав. кафедрой хирургических болезней ФГБОУ ВО УГМУ Минздрава России.<br/>Работает в вузе с 1983 года. Автор 137 печатных работ: из них 110 – научные (4 работы опубликованы в зарубежных изданиях), 17 – учебно-методические. Автор 5 рационализаторских предложений, 2 патентов на изобретения и 3 монографий</p>  |
|  | <p><b>Чулочникова Марина Викторовна</b> – к.м.н., ассистент кафедры инфекционных болезней, фтизиатрии и пульмонологии ФГБОУ ВО УГМУ Минздрава России.<br/>Работает в вузе с 2005 года. Автор 17 печатных работ, 2 пособий для врачей</p>  |



*Учебное издание*

**СБОРНИК ТИПОВЫХ  
МЕЖДИСЦИПЛИНАРНЫХ  
СИТУАЦИОННЫХ ЗАДАЧ**

**Учебное пособие для студентов, обучающихся  
по специальности 31.05.01 Лечебное дело**



Сетевое издание

© ИД «Академия Естествознания»

© АНО «Академия Естествознания»

ISBN 978-5-91327-789-3