


ОҢТҮСТІК-ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Врач общей практики – 1»		044-61/ Страница 1 из 122
Лекционный комплекс по дисциплине «Основы общей врачебной практики»		

ЛЕКЦИОННЫЙ КОМПЛЕКС

Название дисциплины: Основы общей врачебной практики

Код дисциплины: ZhDTN 5301

Количество часов/кредитов: 20/8 кредитов

Учебный курс и семестр: 5/9



Кафедра «Врач общей практики – 1»


044-61/

Лекционный комплекс по дисциплине «Основы общей врачебной практики»

Страница 2 из 122

Обсужден и утвержден на заседании кафедры от « 31 » 08 2023
Протокол № 1

Заведующая кафедрой, Кандидат медицинских наук, Доцент кафедры «Врач общей
практики-1»  Даткаева Г.М.

ОҢТҮСТІК-ҚАЗАҚСТАН MEDISINA АКАДЕМИАСЫ «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SKMA -1979-	SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Врач общей практики – 1»	044-61/ Страница 3 из 122	
Лекционный комплекс по дисциплине «Основы общей врачебной практики»		

I. Тема № 1: Основы общей врачебной практики.

II. Цели: Основы врачебной практики и организация работы врача общей практики.

III. Тезислекции:

Первичная медико-санитарная помощь (ПМСП) является основным и важнейшим звеном в организации охраны здоровья населения. Она предоставляется преимущественно по территориальному принципу, то есть медицинский работник обслуживает определенное количество людей, проживающих на территории, за ним закреплена.

Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) дает следующее определение ПМСП: "К первичной медико-санитарной помощи входит основная лечебная помощь - простая диагностика и лечение основных распространенных заболеваний, травм и отравлений; направление в сложных случаях на консультацию и лечение на более высокий уровень (направления для оказания специализированной и высококвалифицированной помощи); профилактическая помощь и основные санитарно-образовательные мероприятия". В развитых странах ведущим работником первичной медико-санитарной помощи является семейный врач, или врач общей практики. Длительный исторический опыт и практическая реализация идеи семейной медицины во многих странах мира показали ее преимущества.


Во-первых, семейный врач олицетворял всю ответственность за здоровье каждой семьи. Он сосредоточил в своих руках до 90% всей необходимой медицинской помощи.

Во-вторых, институт семейного врача оказался наиболее удачной организационной формой, которая обеспечила экономическую эффективность всей системы здравоохранения. Отпала необходимость в дальнейшем увеличении количества врачей, значительно сократились вспомогательные службы.

Доля семейных врачей колеблется от 15% в США до 50% в Канаде. Везде это распространенная врачебная профессия. Количество жителей, которых обслуживает семейный врач, составляет в среднем в Америке 1300 чел., в Канаде - 1500, в Англии - 2000.

Общие принципы функционирования семейной медицины в развитых странах мира являются:

1. Семейный врач, свободно избираемый своими пациентами, он оказывает помощь круглосуточно.
2. Амбулатория семейного врача, как правило, состоит из 3-х кабинетов - приемного, смотровой и кабинет для проведения вспомогательных обследований.
3. Основным разделом его деятельности является профилактическая работа. Наблюдая за всеми членами семьи, врач определяет Факторы риска хронических заболеваний, проводит профилактические обследования на предмет раннего выявления артериальной гипертензии, сахарного диабета, глаукомы, ишемической болезни сердца, язвенной болезни, новообразований. Каждому пациенту семейный врач дает индивидуальные советы относительно режима и характера питания, занятия физической культурой и другими видами отдыха, распознавание ранних симптомов болезней.
4. Лечебно-диагностическая работа. Семейный врач диагностирует и лечит подавляющее большинство болезней. Когда возникает потребность в оказании помощи со стороны узкого специалиста, или лечение в стационаре, он активно вмешивается в эти процессы, давая свои советы и консультации.
5. Санитарно-просветительная работа заключается в проведении бесед по соблюдению своими подопечными здорового образа жизни, вредного воздействия на организм курения, злоупотребления алкогольными напитками, об охране окружающей среды, заботу каждого пациента за собственное здоровье.
6. Помощником семейного врача является, как правило, медицинская сестра, которая активно сотрудничает с ним во всех видах его деятельности.
7. В подавляющем большинстве стран семейная медицина имеет автономный статус, т.е. выведена из общей структуры медицинских учреждений и подчиняется непосредственно местным органам власти. НЕ управленческий аппарат контролирует действия семейного врача, а прежде пациент, его свободно выбирает или местный орган власти, который его финансирует. Однако во всех случаях (прямо или через страховую компанию) средства выделяет государство.

ОҢТҮСТІК-ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Врач общей практики – 1»	044-61/ Страница 4 из 122
Лекционный комплекс по дисциплине «Основы общей врачебной практики»	

Особенности и содержание работы семейного врача.

Врач общей практики / семейный врач - это специалист с высшим медицинским образованием, имеющий юридическое право оказывать первичную медико-санитарную помощь закрепленным семьям и другим приписным категориям населения независимо от возраста, пола и характера патологии.

На должность семейного врача назначается врач, прошедший подготовку в интернатуре по специальности "общая практика - семейная медицина" или врачи по образованию "лечебное дело" и "педиатрия", прошедшие подготовку на цикле специализации по семейной медицине в высших медицинских заведениях усовершенствования по разным формам обучения врачей и получили сертификат специалиста по специальности "общая практика (семейная медицина)".

Семейный врач осуществляет свою деятельность:

- В государственном медицинском учреждении (поликлинике, медсанчасти, городской или сельской врачебной амбулатории);
- В негосударственном медицинском учреждении (частном, акционерном, общественном и т.п.).

Семейный врач может работать индивидуально или в группе семейных врачей (групповая практика). В зависимости от структуры населения, обслуживает бригада врачей, целесообразно привлекать и других специалистов, в том числе социальных работников.

Семейный врач работает по контракту (договору) с государственными или муниципальными органами, страховыми медицинскими компаниями, медицинскими учреждениями.

Контингенты населения, их численность формируются с учетом права свободного выбора врача и закрепляются условиями контракта.

Семейный врач осуществляет амбулаторный прием и посещение на дому, проведение комплекса профилактических, диагностических, лечебных и реабилитационных мероприятий во всех возрастных группах, при всех видах заболеваний и повреждений в соответствии с квалификационной характеристикой специалиста по специальности "общая практика (семейная медицина)", предоставляет срочную медицинскую помощь при неотложных состояниях и травматических повреждениях, содействует в решении медико-социальных проблем семьи. По соглашению семейному врачу могут быть выделены больничные койки в стационаре для ведения больных. Семейный врач организует домашние стационары, дневные стационары в амбулаторно-поликлинических учреждениях.

Семейному врачу подчиняется средний медицинский персонал, имеющий специальную подготовку, а также по согласованию с органами социальной защиты - социальные работники.

Основные функции семейного врача

Оказание первичной медико-санитарной помощи населению в соответствии с требованиями квалификационной характеристики и полученного сертификата.

Проведение санитарно-просветительной работы по воспитанию населения в вопросах формирования, сохранения и укрепления здоровья членов семьи, само- и взаимопомощи. Оказание консультативной помощи семьям по вопросам планирования семьи, этики, психологии, гигиены, социальных аспектов семейной жизни, ведения "школы родителей".


Осуществление профилактической работы, направленной на оценку роли факторов окружающей среды, выявление ранних и скрытых форм заболевания и факторов риска.

Осуществление динамического наблюдения за состоянием здоровья членов семей с проведением необходимого обследования и оздоровления с индивидуальным комплексом лечебно-оздоровительных мероприятий.

Оказание экстренной медицинской помощи больным и пострадавшим при неотложных состояниях вне зависимости от места проживания.

Своевременно и в полном объеме диагностика и лечение заболеваний в амбулаторных условиях, дневных и домашних стационарах и на дому в пределах компетенции врача общей практики.

Своевременно целевое направление больных для получения медицинской помощи в случаях, выходящих за рамки компетенции семейного врача; госпитализация плановых и ургентных

ONTUSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Врач общей практики – 1»	044-61/ Страница 5 из 122
Лекционный комплекс по дисциплине «Основы общей врачебной практики»	

больных в установленном порядке.

Проведения реабилитационных мероприятий.

Проведения экспертизы временной утраты трудоспособности пациентов в соответствии с действующим законодательством и направление на ВТЭК.

Проведения своевременной диагностики, раннего выявления и соответствующего лечения инфекционных заболеваний, выполнение противоэпидемических мероприятий.

Проведения иммунопрофилактики заболеваний.

Организация медико-социальной и бытовой помощи совместно с органами социальной защиты и службами милосердия одиноким, пожилым людям, инвалидам, хроническим больным.

Участие в выполнении государственных и региональных целевых медицинских программ.

Анализ состояния здоровья населения, которое обслуживается семейным врачом.

IV. Иллюстративный материал: прилагается

V. Литература: в конце

VI. Контрольные вопросы (обратная связь):

1. Определение специальности и врача общей практики.
2. Философия и принципы семейной медицины.
3. Основные нормативно-правовые акты по ПМСП.
4. Организация работы семейной врачебной амбулатории.
5. Общие принципы пациент-центрированного консультирования.
6. Выявление факторов риска, принципы ранней диагностики и профилактики социально-значимых заболеваний.
7. Критерии оценки эффективности деятельности ВОП.

I. Тема № 2: Пневмония в практике ВОП и «COVID- 19».


II. Цели: Диагностика и лечение пневмония и COVID- 19 на амбулаторном уровне.

III. Тезис лекции:

Пневмония– острое инфекционное заболевание, возникшее во внебольничных условиях (т. е. вне стационара или позднее 4 недель после выписки из него, или диагностированное в первые 48 ч от момента госпитализации, или развившееся у пациента, не находившегося в домах сестринского ухода/отделениях длительного медицинского наблюдения ≥ 14 суток сопровождающееся симптомами инфекции нижних дыхательных путей (лихорадка, кашель, выделение мокроты, возможно гнойной, боли в груди, одышка) и рентгенологическими свидетельствами «свежих» очагово- инфильтративных изменений в легких при отсутствии очевидной диагностической альтернативы.

Классификация

Внебольничная Пневмония	Нозокомиальная пневмония	Пневмония, связанная с оказанием медицинской помощи
I. Типичная (у пациентов с отсутствием нарушений иммунитета): а. бактериальная; б. вирусная; в. грибковая; г. микобактериальная; д. паразитарная. II. У пациентов с выраженными нарушениями	I. Собственнонозокомиальная пневмония. II. Вентилятор-ассоциированная пневмония. III. Нозокомиальная пневмония у пациентов с выраженными нарушениями иммунитета: а. у реципиентов донорских органов;	I. Пневмония у обитателей домов- престарелых. II. Прочие категории пациентов: а. антибактериальная терапия в предшествующие 3 мес; б. госпитализация (по любому поводу) в течение ≥ 2 суток в предшествующие 90 дней;

ОҢТҮСТІК-ҚАЗАҚСТАН MEDISINA АКАДЕМИАСЫ «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SKMA -1979-	SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Врач общей практики – 1»		044-61/ Страница 6 из 122
Лекционный комплекс по дисциплине «Основы общей врачебной практики»		

иммунитета: a. Синдром приобретенного иммунодефицита (СПИД); b. прочие заболевания/ патологические состояния. III. Аспирационная пневмония/абсцесс легкого	б. у пациентов, получающих цитостатическую терапию.	в. пребывание в других учреждениях длительного ухода; г. хронический диализ в течение ≥ 30 суток; д. обработка раневой поверхности в домашних условиях; е. иммунодефицитные состояния/заболевания.
---	---	--

Критерии тяжести пневмонии:

Легкое течение ВП – невыраженные симптомы интоксикации, температуратела субфебриль- ная, отсутствуют дыхательная недостаточность и нарушения гемодинамики, легочная инфиль- трация в пределах 1 сегмента, лейкоциты $9,0-10,0 \times 10^9/\text{л}$, нет сопутствующих заболеваний.

Средняя степень тяжести ВП: умеренно выраженные симптомы интоксикации, повышение температуры тела до 38°C , легочный инфильтрат в пределах 1-2 сегментов, ЧД до 22/мин, ЧСС до 100 уд/мин, осложнения отсутствуют.

Тяжелое течение ВП: выраженные симптомы интоксикации, температуратела $<35,5^\circ\text{C}$ или $>38^\circ\text{C}$; дыхательная недостаточность II-III ст ($\text{SaO}_2 < 92\%$ (поданным пульсоксиметрии), $\text{PaO}_2 < 60$ мм рт.ст. и/или $\text{PaCO}_2 > 50$ мм рт.ст. придыхании комнатным воздухом), наруше- ния гемодинамики ($\text{АД} < 90/60$ мм рт. ст., $\text{ЧСС} > 100$ уд/мин), инфекционно-токсический шок, лейкопения $< 4,0 \times 10^9/\text{л}$ или лейкоцитоз $20,0 \times 10^9/\text{л}$; инфильтрация более чем в одной доле; наличие полости(полостей) распада; плевральный выпот, быстрое прогрессирование процесса(увеличение зоны инфиль- трации на 50% и более за 48 час наблюдения), абсцедирование, мочевины $> 7,0$ ммоль/л, ДВС- синдром, сепсис, недостаточность других органов и систем, нарушения сознания, обострение сопутствующих и/или фоновых заболеваний.

Этиология ВП:

- *Streptococcus pneumoniae* (пневмококк) – 30-50% случаев заболевания.
- *Chlamydomphila pneumonia*, *Mycoplasma pneumonia*, *Legionella pneumophila*.
- *Haemophilus influenza*, *Staphylococcus aureus*
- в очень редких случаях ВП может вызывать *Pseudomonas aeruginosa* (у больных муковисцидозом, или при наличии бронхоэктазов).

Диагностические критерии:

Жалобы и анамнез:

- лихорадка в сочетании с жалобами на кашель, одышка,
- отделение мокроты и/или боли в грудной клетке. дополнительно часто немотивированная слабость; утомляемость;
- сильное потоотделение по ночам.


Физикальное обследование:

Классические объективные признаки: усиление голосового дрожания;

- укорочение (тупость) перкуторного звука над пораженным участком легкого;
- локально выслушивается бронхиальное или ослабленное везикулярное дыхание;
- звучные мелкопузырчатые хрипы или крепитация.

Лабораторные исследования:

- общий анализ крови (лейкоцитоз или лейкопения, нейтрофильный сдвиг, ускорение СОЭ);
- биохимический анализ крови (может быть увеличение уровня мочевины и креатинина);
- С-реактивный белок (СРБ) количественное определение; Прокальцитонин тест (ПКТ) при тяжелом течение пневмонии;

ОҢТҮСТІК-ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SKMA -1979-	SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Врач общей практики – 1»	044-61/ Страница 7 из 122	
Лекционный комплекс по дисциплине «Основы общей врачебной практики»		

- общий анализ мокроты (увеличение лейкоцитов преимущественно за счет нейтрофилов и лимфоцитов);
- исследование мокроты на флору и чувствительность к антибиотикам (по показаниям);
- исследование мокроты на БК (по показаниям);
- коагулограмма (фибриноген, АЧТВ, МНО, Д-димер);
- определение газового состава артериальной крови (при SpO₂ <92%).

Инструментальные исследования:

- Обзорная рентгенография органов грудной полости в передней прямой и боковой проекциях – основным признаком пневмонии является затенение, инфильтрация (очаговая, сегментарная, долевая и более) легочной ткани. Диагноз ВП является определенным при наличии рентгено-логически подтвержденной очаговой инфильтрации легочной ткани.
- Компьютерная томография грудного сегмента проводится при наличии клинических признаков пневмонии и рентген-негативной картине, тяжелой пневмонии, отсутствии эффекта от стартовой антибактериальной терапии, ухудшения состояния пациента;
- Пульсоксиметрия, а при SpO₂ < 92% - исследование газов артериальной крови (PO₂, PCO₂, pH, бикарбонаты);
- ЭКГ в стандартных отведениях];
- УЗИ сердца (ЭХО-кардиография) при тяжелом течении пневмонии для проведения дифференциальной диагностики с застойными явлениями в малом круге кровообращения и тромбозами.

Показания для консультации специалистов:

- консультация фтизиатра – для исключения туберкулеза легких; консультация онколога – при подозрении на новообразование; консультация кардиолога – для исключения сердечно-сосудистой патологии;
- консультация торакального хирурга – при наличии экссудативного плеврита и других осложнений (абсцессы, деструктивные процессы и др.);
- консультация эндокринолога – при наличии эндокринологических заболеваний.

ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ НА АМБУЛАТОРНОМ УРОВНЕ


Немедикаментозное лечение:

- для уменьшения интоксикационного синдрома и облегчения выделения мокроты - поддержание адекватного водного баланса (достаточный прием жидкости);
- прекращение курения;
- устранение воздействия на больного факторов окружающей среды, вызывающих кашель (дыма, пыли, резких запахов, холодного воздуха).

Медикаментозное лечение:

Основными препаратами для лечения внебольничной пневмонии являются антибактериальные препараты. Обычно проводится эмпирическая терапия.

Клинический «сценарий». Пациент	Препараты первого ряда	Препараты второго ряда/альтернатива
Больные без сопутствующих заболеваний, не принимавшие в последние 3 месяца АБП, или возраст <60 лет	Амоксициллин внутрь 0,5 г 3 р/с или 1,0 г 2 р/с	Макролиды внутрь: Спирамицин 3млн 2 р/с Азитромицин 250-500 мг 1 р/с Кларитромицин 500 мг 2 р/с Джозамицин 500 мг 3 р/с
Больные с высоким риском инфицирования антибиотикорезистентным и	Амоксициллин внутрь 1,0 г 3 р/с или Амоксициллин/клавуланат	Цефалоспорины III ген (внутрь, в/м*) Цефиксим вн 400 мг 1 р/с

ОҢТҮСТІК-ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SKMA -1979-	SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Врач общей практики – 1»		044-61/ Страница 8 из 122
Лекционный комплекс по дисциплине «Основы общей врачебной практики»		

штаммами, сопутствующими заболеваниями или возраст ≥ 60 лет	вн 0,625 г 3 р/с или 1,0 г 2 р/с или (Амоксициллин/сульбактам вн 0,5 г 3 р/с или 1,0 г 2 р/с) Макролиды внутрь: Спирамицин 3млн 2 р/с Азитромицин 250-500 мг 1 р/с Кларитромицин 500 мг 2 р/с Джозамицин 500 мг 3 р/с	Цефтриаксон 1,0 1 р/с в/м или Респираторный фторхинолон (внутри) Левофлоксацин 500-750 мг 1 р/с Моксифлоксацин 400 мг/с 1 р/с
--	---	--

Критерии эффективности антибактериальной терапии:

- температура тела $<37,5^{\circ}\text{C}$; отсутствие интоксикации;
- отсутствие дыхательной недостаточности (ЧДД < 20 в мин); отсутствие гнойной мокроты;
- количество лейкоцитов $<10 \times 10^9/\text{л}$, нейтрофилов $<80\%$, «юных» форм $<6\%$;
- отсутствие отрицательной динамики на рентгенограмме ОГК (при ее выполнении в указанные сроки).

Дальнейшее ведение:

- При амбулаторном лечении ВП повторный визит пациента к врачу проводится: не позже 3-го дня лечения;
- и после окончания курса антибактериальной терапии.
- Повторное рентгенологическое исследование проводится на 7-10 сутки лечения.
- При ВП необходимо объяснить пациентам особенности изменения состояния на фоне лечения в зависимости от тяжести пневмонии, в частности у большинства пациентов отмечается динамика симптомов:
- к концу 1-ой недели: лихорадка должна разрешиться;
- к концу 4-ой недели: боль в грудной клетке и отделение мокроты существенно уменьшаются;
- к концу 6-ой недели: кашель и одышка существенно уменьшаются; через 3 месяца: может сохраниться незначительная усталость; через 3-6 месяцев: состояние полностью нормализуется.

IV. Иллюстративный материал: прилагается

V. Литература: в конце

VI. Контрольные вопросы (обратная связь):

1. Эпидемиология.
2. Этиология.
3. Классификация.
4. Диагностика.
5. Тактика ведения в амбулаторных условиях.
6. Показания к госпитализации.
7. Динамическое наблюдение.

I. Тема № 3: Острый коронарный синдром в ОВП.

II. Цель: диагностика и лечение ОКС на амбулаторном уровне.

III. Тезис лекции:

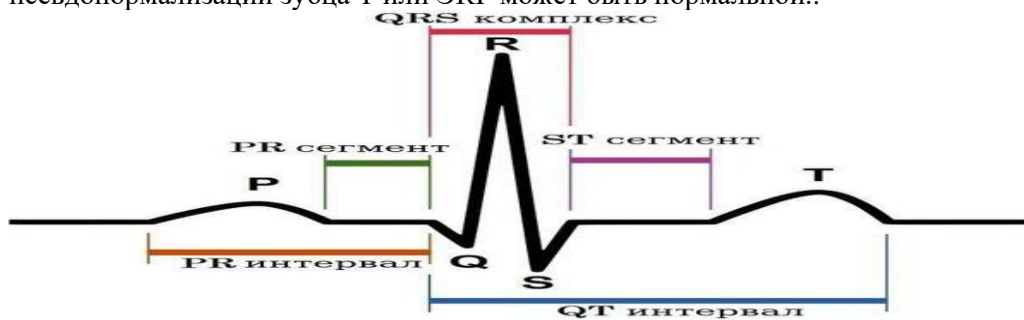
Острый коронарный синдром (ОКС) – клиническое состояние, отражающее период обострения ишемической болезни сердца (ИБС), ведущим симптомом которого является боль в грудной клетке, инициирующая определенный диагностический и терапевтический каскад, начиная с

регистрации ЭКГ на основании изменений которой дифференцируются 2 группы пациентов: с подъемом сегмента ST и без подъема сегмента ST.

Классификация:

1. Пациенты с острой стойкой болью в грудной клетке и стабильной элевацией сегмента ST на ЭКГ (>20 мин) относятся к группе ОКС с подъемом сегмента ST, что отражает наличие острой тотальной окклюзии коронарной артерии. Основой лечения таких пациентов является немедленная реперфузия фармакологическая или методом первичной ангиопластики/стентирования (инфаркт миокарда с подъемом сегмента ST рассматривается в отдельном протоколе).

2. Пациенты с острой болью в грудной клетке, но без элевации сегмента ST на ЭКГ относятся к группе ОКС без подъема сегмента ST, что отражает наличие преходящей частичной окклюзии коронарной артерии или дистальной эмболизации фрагментами тромба или поврежденной бляшки. Изменения на ЭКГ могут быть в виде преходящей элевации сегмента ST (<20 мин), постоянной или преходящей депрессии сегмента ST, инверсии, нивелирования или псевдонормализации зубца T или ЭКГ может быть нормальной..



ЭКГ без элевации сегмента ST на

1. Формы ОКСбпST:

Основным в ведении пациентов с ОКСбпST на всех этапах оказания помощи является наряду с диагностикой постоянная стратификация риска развития кардиальных осложнений. В итоге в исходе ОКСбпST дифференцируются две клинические формы:

1. **Нестабильная стенокардия** - острая ишемия миокарда, тяжесть и продолжительность которой недостаточны для развития некроза миокарда (нет диагностически значимых повышений уровней тропонина).

2. **Инфаркт миокарда без подъема сегмента ST** – острая ишемия миокарда, тяжесть и продолжительность которой приводит к некрозу миокарда.

Классификация нестабильной стенокардии (ESC/ACCF/AHA/WHF, 2007)

- Впервые возникшая стенокардия (впервые возникшая стенокардия II-III функционального класса по классификации Канадского сердечно-сосудистого общества, длительностью не более 2 месяцев)

- Прогрессирующая (прогрессирование ранее стабильной стенокардии, по крайней мере до III функционального класса, возникшее в последние 2 месяца)
- Ранняя постинфарктная стенокардия (до 2 недель от развития ИМ) Вазоспастическая стенокардия Принцметала.

По глубине поражения: ИМспST, ИМбпST.

По локализации: передне-перегородочный, передне-верхушечный, передне-боковой, передний распространённый, нижний, ниже-боковой, задне-базальный, высокий передний и их сочетания.

По стадии: острая, подострая, восстановления.

По тяжести течения ИМ: классификация острой СН по Killip.

Классификация острой сердечной недостаточности по Killip

Класс	Характеристика
I	Нет сердечной недостаточности.
II	Влажные хрипы <50% легочных полей, III тон, легочная гипертензия.
III	Влажные хрипы >50% легочных полей. Отек легких
IV	Кардиогенный шок


ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ НА АМБУЛАТОРНОМ УРОВНЕ:

Основной целью амбулаторного этапа при обращении пациента с ОКСбпST является диагностика и незамедлительная транспортировка в профильный стационар.

1) Диагностические критерии

Жалобы и анамнез. Клинические проявления ОКСбпST:

- **Продолжительная (>20 мин) ангинозная боль в грудной клетке в покое:** типичная боль в области сердца характеризуется дискомфортом или тяжестью за грудиной (стенокардия), иррадиирующей в левую руку, шею или челюсть, которая может быть преходящей (обычно продолжается несколько минут) или более длительной. Боль может сопровождаться потливостью, тошнотой, болью в животе, одышкой и обмороком. Нередко отмечаются атипичные проявления, такие как боль в эпигастральной области, диспепсия или изолированная одышка. Атипичные симптомы чаще отмечаются у пациентов пожилого возраста, у женщин, больных сахарным диабетом, хронической почечной недостаточностью или деменцией.
- **Впервые возникшая стенокардия напряжения (II или III ФК) (CCS)** с анамнезом заболевания 1-2 месяца с тенденцией к прогрессированию клинической симптоматики. Приступы могут возникать при физической нагрузке и оставаться первое время относительно стереотипными, в других случаях приступы стенокардии быстро нарастают по частоте и интенсивности, вплоть до спонтанных приступов с длительностью от 5 до 15 минут и более.
- **Прогрессирующая стенокардия напряжения, по крайней мере, до III ФК:** нарастание тяжести приступов стенокардии с прогрессирующим снижением толерантности к физической нагрузке, расширение зоны болей и их иррадиации,

ONTUSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SKMA -1979-	SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Врач общей практики – 1»	044-61/	
Лекционный комплекс по дисциплине «Основы общей врачебной практики»	Страница 11 из 122	

удлинение продолжительности приступов, снижение эффективности нитроглицерина, появление новых сопутствующих симптомов (одышки, перебоев в сердце, слабости, страха и т.д.).

- **Ранняя постинфарктная стенокардия** развившаяся пределах 2-х недель после ИМ. Пациент с прогрессирующей или с впервые возникшей стенокардией давностью в несколько часов или суток потенциально намного более угрожаем в отношении развития ИМ или ВСС, чем пациент с аналогичными жалобами у которого нарастание симптомов произошло в последние 2-4 недели или менее 8 недель. Пожилой возраст, мужской пол, семейный анамнез ИБС, диабет, гиперлипидемия, гипертония, почечная недостаточность, предшествующее проявление ИБС, так же как поражения периферических и сонных артерий, повышают вероятность наличия ОКСбпСТ. Состояния, которые могут усугубить или ускорить развитие ОКСбпСТ, включают анемию, инфекции, воспалительный процесс, лихорадку, метаболические или эндокринные (в особенности щитовидной железы) нарушения.

Физикальное обследование: больных с подозрением на ОКСбпСТ мало информативно.

Лабораторные исследования: (в т.ч. определение уровня тропонина) на амбулаторном этапе возможно, но не целесообразны.

Инструментальные исследования: ЭКГ покоя в 12 отведениях — это первый метод диагностики, который используют при подозрении на

- screening for the early detection of dyslipidemia, hypertension, diabetes mellitus and ischemic heart disease with an assessment of the pretest probability and carrying out stress testing, if necessary with visualization (stress ECG, stress echocardiography, MRI, etc.) when a high ischemic risk is detected, timely referral to specialized centers for diagnostic CAG.

Тактика лечения.

Тактика лечения на догоспитальном этапе направлена на своевременную диагностику ОКС, оказание неотложной помощи, предотвращение развития осложнения, транспортировка в профильную клинику.


Немедикаментозное лечение: нет

Медикаментозное лечение. Первичные терапевтические мероприятия:

1. **Оксигенотерапия** при сатурации кислорода менее 90% или выраженной одышке (IA).
2. **β-блокаторы.** Раннее назначение β-блокаторов рекомендуется пациентам с симптомами ишемии при отсутствии противопоказаний. β-адреноблокаторы назначаются максимально рано при симптомах ишемии у пациентов без противопоказаний (острая СН III–IV классов по Killip). β-блокаторы конкурентно ингибируют миокардиальные эффекты циркулирующих катехоламинов и снижают потребление кислорода миокардом за счет снижения ЧСС, АД и сократимости миокарда (IB).

Следует избегать раннего назначения β-блокаторов у больных, если не известна сократимость миокарда. β-блокаторы не следует назначать пациентам с симптомами, связанными с коронарным спазмом или приемом кокаина, так как они могут способствовать спазму, способствуя α-опосредованной вазоконстрикции, противопоставляемой β-опосредованной вазодилатации.

3. **Нитраты** при ОКСбпСТ применяются только при наличии болевого синдрома и САД >90 мм.рт.ст. Внутривенное введение нитратов более эффективно, чем сублингвальный прием, в отношении уменьшения симптомов ангинозной боли и регрессии депрессии сегмента ST. Доза нитратов должна увеличиваться под тщательным контролем АД до тех пор, пока симптомы стенокардии не исчезнут, а у пациентов с артериальной гипертензией, сердечной недостаточностью - до нормализации АД или пока не появятся побочные эффекты (в частности, головная боль или гипотензия). Для в/в введения 10мг нитроглицерина разводят в 100 мл физиологи-

ОҢТҮСТІК-ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SKMA -1979-	SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Врач общей практики – 1»	044-61/	
Лекционный комплекс по дисциплине «Основы общей врачебной практики»	Страница 12 из 122	

ческого раствора, начинают введение с начальной скоростью 6-8 капель в мин до 30 в мин под контролем АД до купирования симптомов или появления побочных эффектов.

При отсутствии нитратов для внутривенного ведения используются формы нитроглицерина в таблетках 0,5 мг или в аэрозоле 0,4 мг (1доза), с повторным использованием через 3- 5 мин при неэффективности и при отсутствии противопоказаний (САД <90 мм.рт.ст). Противопоказания к применению нитратов при ОКСбпСТ, из-за риска развития тяжелой гипотензии, следующие:

1. ИМ правого желудочка
2. САД <90 мм.рт.ст. или снижение АД более 30 мм.рт.ст. от исходного, ЧСС <50 в мин или ЧСС>100 мм.рт.ст.
3. Предшествующий прием ингибиторов фосфодиэстеразы 5типа (т. е. в течение 24 ч для силденафила или 48 ч для тадалафила).
4. **Наркотические анальгетики.** При интенсивном длительном болевом синдроме в грудной клетке возможно применение морфина (в/в или п/к) (IA).
5. **Блокаторы кальциевых каналов.** У пациентов с предполагаемой/подтвержденной вазоспастической стенокардией назначаются блокаторы кальциевых каналов и нитраты, назначения β-блокаторов в этом случае нужно избегать (IIaB).
6. **Ацетилсалициловая кислота.** АСК при первичном осмотре пациента с подозрением на ОКС назначается в нагрузочной дозе 150–300 мг не с «кишечнорастворимым» покрытием (IA).
7. **Ингибиторы P2Y12-рецепторов тромбоцитов.** Назначение второго антиагреганта дополнение к АСК при высокой вероятности ОКС:
 Тикагрелор в нагрузочной дозе 180 мг рекомендуется при отсутствии противопоказаний (внутричерепное кровоизлияние в анамнезе или продолжающееся кровотечение) у всех пациентов с ОКСбпСТ умеренного и высокого риска (с повышенным уровнем тропонина) (IA) или Клопидогрел в нагрузочной дозировке 300 мг (если предполагается консервативная стратегия) или 600 мг (если предполагается инвазивная стратегия) рекомендован пациентам, которые не могут принимать тикагрелор или нуждаются в дополнительном назначении непрямых антикоагулянтов (фибрилляция предсердий) (IB).
8. **Антикоагулянтная терапия** назначается всем пациентам при установлении диагноза ОКС. В качестве антикоагулянтов в острой фазе ОКСбпСТ допустимо применение одного из следующих препаратов:
 - фондапаринукс (п/к введение) (IB);
 - низкомолекулярный гепарин (эноксапарин, в/в болюс и п/к введение)(IB);
 - НФГ (должен вводиться только в/в) (IB);

Показания для консультации специалистов: не предусмотрено, кроме возможно экстренной - кардиолога.

Профилактические мероприятия – скрининг на раннее выявление дислипидемии, АГ, СД и ИБС с оценкой предстесовой вероятности и проведением нагрузочного тестирования, при необходимости с визуализацией (стресс-ЭКГ, стресс ЭхоКГ, МРТ и др.) при выявлении высокого ишемического риска своевременное направление в специализированные центры на диагностическую КАГ (так же см. протоколы диагностики и лечения стабильной стенокардии напряжения, артериальной гипертонии, сахарного диабета).

Мониторинг состояния пациента: (карта наблюдения за пациентом, индивидуальная карта наблюдения пациента, индивидуальный план действий) - не предусмотрен.

Индикаторы эффективности лечения:

1. Соблюдение временных интервалов при диагностике ОКС (регистрация и

интерпретация ЭКГ в течение <10 мин).

2. Проведение первичных терапевтических мероприятий (пункт 4).
3. Незамедлительная транспортировка в профильный стационар <30 минут
4. Повышение осведомленности населения о признаках острого сердечного приступа и необходимости обращения «103».

ПОКАЗАНИЯ ДЛЯ ГОСПИТАЛИЗАЦИИ: диагностика ОКС бп ST является показанием к экстренной госпитализации в профильный стационар, независимо от наличия или отсутствия изменений на ЭКГ.

IV. Иллюстративный материал: прилагается

V. Литература: в конце

VI. Контрольные вопросы (обратная связь):

1. Эпидемиология.
2. Классификация.
3. Диагностика.
4. Тактика ведения в амбулаторных условиях.
5. Показания к госпитализации.
6. Динамическое наблюдение.
7. Вопросы врачебно-трудовой экспертизы.
8. Профилактика.

I. Тема №4: Артериальная гипертония в ОВП.

II. Цель: диагностика и лечение артериальной гипертонии на амбулаторном уровне.

III. Тезис лекции:

Артериальная гипертензия –повышение офисного САД \geq 140 мм рт. ст., и/или ДАД \geq 90мм.рт.ст.

Классификация офисных показателей АД и определение степени АГ (мм.рт.ст.)

Категория АД	САД		ДАД
Оптимальное	< 120	and	<80
Нормальное	120 - 129	and/or	80-84
Высокое нормальное	130 - 139	and/or	85-89
• АГ 1ст.	140 - 159	and/or	90-99
• АГ 2 ст.	160 - 179	and/or	100-109
• АГ 3 ст.	\geq 180	and/or	\geq 110
Isolated systolic hypertension *	\geq 140	and	<90

Критерии стратификации риска (факторы, влияющие на прогноз) Факторы риска

Факторы риска

- Важность систолического артериального давления и диастолического артериального давления.
- Уровень пульсового артериального давления (у пожилых людей).
- Возраст (мужчины > 55 лет, женщины > 65 лет)
- курение
- Дислипидемия: холестерин > 5,0 ммоль / л (> 190 мг / дл) или липопротеины низкой плотности > 3,0 ммоль / л (> 115 мг / дл), или липопротеины высокой плотности у мужчин <1,0 ммоль / л (40 мг / дл).), у женщин <1,2 ммоль / л (4 мг / дл) или триглицеридов > 1,7 ммоль / л (> 150 мг / дл)

- Гликемия плазмы 5,6-6,9 ммоль / л (102-125 мг / дл)
- Нарушение толерантности к глюкозе.
- Абдоминальное ожирение: окружность талии у мужчин ≥ 102 см, у женщин ≥ 88 см.
- Семейный анамнез ранних сердечно-сосудистых заболеваний (у женщин до 65 лет, у мужчин до 55 лет). Комбинация 3 из следующих 5 критериев указывает на наличие метаболического синдрома: абдоминальное ожирение, гликемия натощак, артериальное давление $> 130/85$ мм рт. Ст., Низкий уровень липопротеидов высокой плотности, высокий уровень триглицеридов.

Бессимптомное поражение органов-мишеней.

- ЭКГ-признаки ГЛЖ (индекс Соколова-Лиона > 38 мм, индекс Корнелла > 2440 мм х мс) или:
- Эхокардиографические признаки ГЛЖ * (индекс массы миокарда ЛЖ > 125 г / м² у мужчин и > 110 г / м² у женщин)
- Утолщение стенки сонной артерии (комплекс интима-медиа $> 0,9$ мм) или наличие атеросклеротической бляшки.
- Незначительное повышение уровня креатинина в сыворотке: до 115–133 мкмоль / л у мужчин 107–124 мкмоль / л у женщин
- Низкий клиренс креатинина ** (< 60 мл / мин).
- Микроальбуминурия 30–300 мг / день или соотношение альбумин / креатинин > 22 мг / г у мужчин или женщин > 31 мг / г.

Диабет

- Уровень глюкозы в плазме натощак $> 7,0$ ммоль / л (126 мг / дл) при повторных измерениях.
- Уровень глюкозы в плазме после теста с уровнем глюкозы $> 11,0$ ммоль / л (198 мг / дл).

Сопутствующие клинические состояния

- Цереброваскулярные заболевания: ишемический инсульт, кровоизлияние в мозг, преходящая ишемическая атака;
- Сердечные заболевания: инфаркт миокарда, стенокардия, реваскуляризация, сердечная недостаточность;


Тяжелая ретинопатия: кровоизлияния или экссудаты, отек сосочка зрительного нерва.

В зависимости от степени повышения артериального давления, наличия факторов риска, поражения органов-мишеней и связанных с ними клинических состояний всех пациентов с гипертонической болезнью можно отнести к одному из 4 уровней риска:

- низкий,
- Средняя
- высокий
- очень высоко

Стратификация больных артериальной гипертензией по риску развития сердечно-сосудистых осложнений

Другие факторы риска, ПООГ или заболевания	АД, мм.рт.ст.				
	Высокое нормальное САД 130-139 ДАД 85-89	АГ 1 степени САД 140-159 ДАД 90-99	АГ 2 степени САД 160-179 ДАД 100-109	АГ 3 степени САД ≥ 180 ДАД ≥ 110	Высокое нормальное САД 130-139 ДАД 85-89
Нет других ФР	Низкий риск	Низкий риск	Умеренный риск	Высокий риск	Нет других ФР
1-2 ФР	Низкий риск	Умеренный риск	Умеренный/ высокий риск	Высокий риск	1-2 ФР

ONTUSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SKMA -1979-	SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Врач общей практики – 1»		044-61/ Страница 15 из 122
Лекционный комплекс по дисциплине «Основы общей врачебной практики»		

≥3 ФР	Низкий/ умеренный риск	Умеренный/ высокий риск	Высокий риск	Высокий риск	≥3 ФР
ПООГ, ХБП стадия 3 или СД без по- ражения ор- ганов	Умеренный/ высокий риск	Высокий риск	Высокий риск	Высокий/ очень высо- кий риск	ПООГ, ХБП стадия 3 или СД без пора- жения орга- нов

Прогноз больных артериальной гипертензией и выбор тактики лечения зависят от уровня артериального давления и наличия сопутствующих факторов риска, вовлеченности органов- мишеней в патологический процесс и наличия сопутствующих заболеваний.

Группы риска (пациентов)

- **Низкий риск (риск 1)** - АГ 1 степени, отсутствуют факторы риска, поражения органов-мишеней и сопутствующие заболевания. Риск развития сердечно-сосудистых заболеваний и осложнений в ближайшие 10 лет составляет 15%.
- **Средний риск (риск 2)** - АГ 2–3 степени, отсутствуют факторы риска, поражение органов-мишеней и сопутствующие заболевания. Или гипертоническая болезнь 1-3 степени, имеется 1 и более факторов риска, отсутствуют по- вреждения органов-мишеней (ПОМ) и сопутствующие заболевания. Риск развития сердечно- сосудистых осложнений в ближайшие 10 лет составляет 15-20%.
- **Высокий риск (риск 3)** - АГ 1-3 степени, есть поражение органов-мишеней и другие факто- ры риска, сопутствующие заболевания отсутствуют. Риск развития сердечно-сосудистых осложнений в ближайшие 10 лет составляет более 20%.
- **Очень высокий риск (риск 4)** - гипертоническая болезнь 1-3 степени, есть факторы риска, поражение органов-мишеней, сопутствующие заболевания. Риск развития сердечно-сосудистых осложнений в ближайшие 10 лет превышает 30%.

Жалобы: головная боль, головокружение, шум в ушах, сердцебиение, боль в груди, одышка, отек.

Анамнез:

1. Продолжительность существования артериальной гипертензии, уровень повышения артериального давления, наличие ГК;
2. Диагностика вторичных форм артериальной гипертензии:
 - семейный анамнез заболевания почек (поликистоз почек);
 - наличие в анамнезе заболеваний почек, инфекций мочевого пузыря, гематурии, злоупотреб- ления анальгетиками (паренхиматозная болезнь почек);
 - использование различных лекарств или веществ: оральных контрацептивов, капель для но- са, стероидных и нестероидных противовоспалительных средств, кокаина, эритропоэтина, циклоспоринов;
 - приступы приступообразного потоотделения, головных болей, беспокойства, учащенного сердцебиения.


Физикальное обследование:

Объективное обследование пациента с артериальной гипертензией направлено на измерение артериального давления, определение РФ, признаков вторичного характера гипертензии и по- ражения органов. Рост и вес измеряются с помощью расчета индекса массы тела (ИМТ) в кг / м² и окружности талии (ОТ).

Лабораторное исследование:

Обязательные исследования, которые необходимо провести до начала лечения с целью выяв- ления повреждений органов-мишеней и факторов риска:

- общий анализ крови и мочи;

ONTUSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Врач общей практики – 1»	044-61/ Страница 16 из 122
Лекционный комплекс по дисциплине «Основы общей врачебной практики»	

- биохимический анализ крови (калий, натрий, глюкоза, креатинин, мочевиная кислота, липидный спектр).

Инструментальные исследования:

- ЭКГ в 12 отведениях
- Эхокардиография для оценки гипертрофии левого желудочка, систолической и диастолической функций
- рентгенограмма грудной клетки осмотр глазного дна
- ультразвуковое исследование артерий
- УЗИ почек
- ежедневный мониторинг артериального давления.

Показания к консультации:

Невролог:

1. острое нарушение мозгового кровообращения
 - инсульт (ишемический, геморрагический) преходящее нарушение мозгового кровообращения
2. Хронические формы сосудистой патологии головного мозга.
 - Начальные проявления недостаточного кровоснабжения головного мозга
 - энцефалопатия

Окулист:

- гипертоническая ангиоретинопатия
- кровоизлияния в сетчатку
- отек зрительного нерва
- дезинсерция сетчатки
- прогрессирующая потеря зрения

Нефролог:

- исключение симптоматической гипертонии.


Тактика лечения:

Немедикаментозное лечение (режим, диета и т. д.)

- снижение потребления алкогольных напитков: <30 г алкоголя в день для мужчин и 20 г / день. для женщин;
- увеличение физических нагрузок - регулярные аэробные (динамические) физические нагрузки по 30-40 минут не реже 4 раз в неделю;
- снижено потребление соли до 5 г / сут .;
- изменение рациона с увеличением потребления растительной пищи, увеличение в рационе калия, кальция (содержится в овощах, фруктах, зернах) и магния (содержится в молочных продуктах), а также уменьшением потребления животных жиров;
- бросить курить;
- нормализация массы тела (ИМТ <25 кг / м²);

Медикаментозное лечение: Список основных лекарств

1. **Ингибиторы АПФ.** Эналаприл 5 мг, 10 мг, 20 мг Периндоприл 5 мг, 10 мг Рамиприл 2,5 мг, 5 мг, 10 мг Лизиноприл 10 мг, 20 мг Фозиноприл 10 мг, 20 мг Зофеноприл 7,5 мг, 30 мг
2. **Блокаторы рецепторов ангиотензина.** Валсартан 80 мг, 160 мг Лозартан 50 мг, 100 мг Кандесартан 8 мг, 16 мг
3. **Антагонисты кальция.** Амлодипин 2,5 мг, 5 мг, 10 мг Лерканидипин 10 мг Нифедипин 10 мг, 20 мг, 40 мг
4. **Бета-адреноблокаторы.** Метопролол 50 мг, 100 мг Бисопролол 2,5 мг, 5 мг, 10 мг Карведилол 6,5 мг, 12,5 мг, 25 мг Небиволол 5 мг
5. **Диуретики.** Гидрохлоротиазид 25 мг Индапамид 1,5 мг, 2,5 мг Торасемид 2,5 мг, 5 мг

ОҢТҮСТІК-ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SKMA -1979-	SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Врач общей практики – 1»	044-61/	
Лекционный комплекс по дисциплине «Основы общей врачебной практики»	Страница 17 из 122	

Фуросемид 40 мг Спиринолактон 25 мг, 50 мг

6. Альфа-блокаторы Урапидил 30 мг, 60 мг, 90 мг

7. Антиагреганты.

Ацетилсалициловая кислота 75 мг, 100 мг.

8. Статины

Аторвастатин 10 мг, 20 мг

Симвастатин 10 мг, 20 мг, 40 мг

Розувастатин 10 мг, 20 мг, 40 мг

Дальнейшее ведение:

Задачи динамического наблюдения: контроль и коррекция факторов риска, достижение целевых уровней АД, ХЛНП, контроль показателей гликемического профиля, динамическая оценка состояния органов-мишеней.

Согласно «Правил оказания первичной медико-санитарной помощи и Правил прикрепления к организациям первичной медико-санитарной помощи» (приказ №281 от 28 апреля 2015 г) периодичность осмотров пациентов АГ составляет:

1) осмотр СМР - 1 раз в 3 месяца - для пациентов со средним и низким риском, 1 раз в месяц - для пациентов с высоким и очень высоким риском, и для лиц с низкой приверженностью к лечению:

2) осмотр врачом ПМСП - 1 раз в 6 месяцев - для пациентов со средним и низким риском, 1 раз в 3 месяца - для пациентов с высоким и очень высоким риском, и для лиц с низкой приверженностью к лечению

3) осмотр кардиолога – 1 раз в год

Обязательный минимум диагностических исследований:

1) общий анализ мочи (количественное определение белка мочи, и/или соотношение альбумин/креатинин), определение ХЛНП, гликированный гемоглобин, ЭКГ – 1 раз в год.

2) СМАД и эхокардиография – 1 раз в 2 года.

Индикаторы эффективности лечения:

Достижение целевых уровней АД в зависимости от возраста и ассоциированных клинических состояний (таблица 21).

Достижение целевых уровней ЛННП:

<1,8 ммоль/л (70 мг/дл) или уменьшения его на $\geq 50\%$ от исходного уровня 1,8-3,5 ммоль/л (70- 135 мг/дл) у пациентов очень высокого риска ССО (I B),

<2,6 ммоль/л (100 мг/дл) или уменьшения его на $\geq 50\%$ от исходного уровня 2,6-5,2 ммоль/л (100-200 мг/дл) у пациентов высокого риска ССО (I B),

<3,0 ммоль/л (115 мг/дл) у пациентов с низким/умеренном риском ССО (IIa C)

Исчезновение или снижение степени альбуминурии, нормализация соотношения альбумин/креатинин.

Устранение гиперурикемии у пациентов с АГ с высоким и очень высоким кардиоваскулярным риском до достижения целевых показателей (у пациентов высокого риска ССО < 360 ммоль/л, у пациентов очень высокого риска ССО <300 ммоль/л).

Уменьшение ГЛЖ.


Уменьшение частоты вызова скорой помощи и экстренной госпитализации.

IV. Иллюстративный материал: прилагается

V. Литература: в конце

VI. Контрольные вопросы (обратная связь):

1. Диагностика.
2. Тактика ведения в амбулаторных условиях.
3. Показания к госпитализации.
4. Динамическое наблюдение.
5. Профилактика

ОҢТҮСТІК-ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SKMA -1979-	SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Врач общей практики – 1»	044-61/	
Лекционный комплекс по дисциплине «Основы общей врачебной практики»	Страница 18 из 122	

I. Тема №5: Острая ревматическая лихорадка и хроническая ревматическая болезнь сердца в ОВП.

II. Цель: диагностика и лечение ревматической лихорадки и хронической ревматической болезни сердца на амбулаторном уровне.

III. Тезис лекции:

Острая ревматическая лихорадка (ОРЛ) - системное воспалительное заболевание соединительной ткани с преимущественной локализацией в:

- сердечно-сосудистая система (ревматический порок сердца),
- суставы (мигрирующий полиартрит),
- мозг (хорея)
- кожа (кольцевидная эритема, ревматические узелки)

который развивается у предрасположенных лиц (преимущественно молодых людей от 7-15 лет) из-за аутоиммунного ответа организма на стрептококковый антиген бета-гемолитического стрептококка группы А.

Острая ревматическая лихорадка (ОРЛ) - постинфекционное осложнение А-стрептококкового тонзиллита или фарингита.

Хроническая ревматическая болезнь сердца (ХРБС) - заболевание, характеризующееся поражением сердечных клапанов в виде поствоспалительного маргинального фиброза створок клапана или болезни сердца (недостаточность и / или стеноз), образовавшейся после острой ревматической лихорадки.

Классификация:

Клинические формы:

- Острая ревматическая лихорадка;
- Рецидивирующая ревматическая лихорадка.

Клинические проявления:

- Основные: кардит, артрит, хорея, кольцевидная эритема, ревматические узелки;
- Дополнительно: лихорадка, артралгия, абдоминальный синдром, серозит.

Исходы:

А. Выздоровление;

Б. Хроническая ревматическая болезнь сердца:

- без порока сердца;
- с пороком сердца.

Нарушение кровообращения:

- По классификации Стражеско – Василенко: (стадии 0, I, II, III, IV);
- Согласно классификации Нью-Йоркской кардиологической ассоциации - NYHA (функциональные классы 0, I, II, III, IV).

Особые случаи:

- Изолированная («чистая») хорея при отсутствии других причин;
- «Поздний» кардит - затянувшееся по времени (> 2 месяцев) развитие клинических и инструментальных симптомов вальвулита (при отсутствии других причин);
- Рецидивирующая ОРЛ с хронической ревматической болезнью сердца (или без нее).


ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ НА АМБУЛАТОРНОМ УРОВНЕ:

Диагностические критерии:

применяются для диагностики ОРЛ по Киссель-Джонсу, пересмотрены Американской кардиологической ассоциацией.

Большие критерии:

- Кардит;
- Полиартрит;
- Хорея;
- Кольцеобразная эритема;

ONTUSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Врач общей практики – 1»	044-61/ Страница 19 из 122
Лекционный комплекс по дисциплине «Основы общей врачебной практики»	

- Подкожные ревматические узелки.

Малые критерии:

- Клинические: артралгия, лихорадка;
- Лабораторные: повышение СОЭ, повышение концентрации СРБ;
- удлинение интервала P-R на ЭКГ, признаки митральной и / или аортальной эхокардиографической регургитации;

Данные, подтверждающие предыдущую инфекцию БГСА:

1. Положительная культура GABHS, выделенная из глотки, или положительный тест быстрого определения группы BGSA-Ag.

2. Повышенные или увеличивающиеся титры антистрептококкового Ат.

Наличие двух больших критериев или одного большого и двух малых критериев в сочетании с данными, подтверждающими предыдущую инфекцию БГСА, указывает на высокую вероятность ОПН.

Жалобы:

- повышение температуры тела чаще до субфебрильных цифр;
- мигрирующие боли симметричного характера в крупных суставах (чаще всего в коленном суставе);
- боль в перикарде;
- Одышка при обычных физических нагрузках;
- быстрое сердцебиение;
- повышенная утомляемость, общая слабость;
- признаки хореи (гиперкинез - множественные резкие движения мышц лица, туловища и конечностей, эмоциональная лабильность, изменение поведения).

Анамнез:

Возникновение ОПН начинается в среднем через 2-4 недели после эпизода острой стрептококковой инфекции носоглотки. Температура внезапно повышается до фебрильной, появляются симметричные мигрирующие боли в крупных суставах и признаки кардита (боли в перикарде, одышка, учащенное сердцебиение и т. Д.).

Чаще у детей наблюдается моносиндромное течение с преобладанием признаков артрита или кардита, реже - хореи. Столь же остро - по типу «Вспышки» ОРФ развивается у школьников среднего возраста и солдатских призывников, перенесших эпидемию БГС-ангины.

Для подростков и молодых людей характерно постепенное начало - после клинических проявлений стенокардии появляются субфебрильные температуры, артралгии в крупных суставах или лишь легкие признаки кардита.

Повторный приступ (рецидив) ОПН провоцируется БГСА-инфекцией и проявляется в основном развитием кардита.

Физикальное обследование:

Температурная реакция варьирует от субфебрильной до фебрильной.


Кожный синдром:

- Кольцеобразная эритема (бледно-розовая кольцеобразная сыпь на туловище и проксимальных отделах конечностей, но не на лице; не сопровождается зудом, не возвышается над поверхностью кожи, не оставляет следов) - характерна, но редко (4 -17% всех случаев АРФ) подписать.

- Подкожные ревматические узелки (небольшие узелки, расположенные в местах прикрепления сухожилий в костях коленной, локтевой или затылочной области) - характерный, но крайне редкий (1-3% всех случаев ОПН) признак.

Повреждения сусуатов: преобладающая форма поражения - олигоартрит, реже - моноартрит.

В патологический процесс вовлекаются коленные, голеностопные, лучезапястные, локтевые суставы. Характеризуется: хорошее качество, непостоянство воспалительных поражений с переменным, часто симметричным поражением суставов. В 10-15% случаев выявляется полиартралгия, не сопровождающаяся ограничением движений, болезненностью при пальпации и другими симптомами воспаления.

ОҢТҮСТІК-ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SKMA -1979-	SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Врач общей практики – 1»	044-61/ Страница 20 из 122	
Лекционный комплекс по дисциплине «Основы общей врачебной практики»		

Суставной синдром быстро разрешается на фоне приема НПВП, деформация не развивается.

Повреждение сердца:

- Систолический шум, отражающий митральную регургитацию, имеет следующие характеристики: продолжительный по своей природе, дующий; имеет разную степень выраженности, особенно на ранних стадиях заболевания; существенно не меняется при изменении положения тела и фазы дыхания; связан с I тоном и занимает большую часть систолы, слышен на верхушке сердца и проводится в левую подмышечную область.
- Мезодиастолический шум (низкая частота), развивающийся при остром кардите с митральной регургитацией, имеет следующие характеристики: часто следует за III тоном или заглушает его, выслушивается на верхушке сердца в положении пациента слева при удерживании дыхания на выдохе.
- Протодиастолический шум, отражающий аортальную регургитацию, имеет следующие характеристики: начинается сразу после II тона, имеет затухающий характер высокочастотного дуга, лучше всего слышен вдоль левого края грудины после глубокого выдоха, когда пациент наклоняется вперед, обычно комбинированный с систолическим шумом.
- Результатом кардита является формирование ревматического порока сердца. Ревматический порок сердца после первого приступа ОПН у детей развивается в 20-25% случаев. Преобладают изолированные ревматические пороки сердца, чаще митральная недостаточность. Реже недостаточность аортального клапана, митральный стеноз и митрально-аортальное заболевание. Примерно у 7-10% детей после ревматического порока сердца развивается пролапс митрального клапана.
- У подростков, перенесших первый приступ ОПН, пороки сердца диагностируются в 1/3 случаев. У взрослых пациентов этот показатель составляет 39-45% случаев. Максимальная частота образования ревматических пороков сердца (75%) наблюдается в течение 3 лет от начала заболевания. Повторные приступы ОПН усугубляют тяжесть порока сердца.

Повреждение нервной системы:


в 6-30% случаев признаки малой хореи (гиперкинез, мышечная гипотония, статокординные нарушения, сосудистая дистония, психоэмоциональные расстройства). У 5-7% больных хорея выступает единственным признаком ОПН. Хорея больше подвержены девочки 10-15 лет. Продолжительность хореи 3-6 месяцев. Хорея обычно заканчивается выздоровлением.

Лабораторное исследование:

- Общий анализ крови: повышение СОЭ, возможно лейкоцитоз с смещением лейкоформулы влево;
- Биохимический анализ крови: (АЛТ, АСТ, общий белок и фракции, глюкоза, креатинин, мочевины, холестерин);
- иммунологический анализ крови: С-реактивный белок (CRP) (положительный), ревматоидный фактор (RF) отрицательный, антистрептолизин-О (ASL-O) увеличился или, что более важно, увеличился в динамике названий;
- Бактериологическое исследование: мазок из зева на определение В-гемолитического стрептококка группы А (GABHS) - обнаружение в мазке из глотки GABHS, может быть как при активной инфекции, так и при носительстве.

Инструментальные исследования:

- ЭКГ: выяснение характера нарушений сердечного ритма и проводимости (при сопутствующем миокардите);
- Рентген грудной клетки: с диагностической целью. (Возможны признаки ревматического пневмонита)
- Эхокардиография: необходима для диагностики порока клапанов сердца и выявления перикардита. При отсутствии вальвулита ревматический характер миокардита или перикардита следует интерпретировать с большой осторожностью.
- Рентген суставов для дифференциальной диагностики с др. Артритами.
- Компьютерная томография в особых случаях для выявления признаков ревматического пневмонита, тромбозов мелких ветвей легочной артерии.

ONTUSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SKMA -1979-	SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Врач общей практики – 1»	044-61/	
Лекционный комплекс по дисциплине «Основы общей врачебной практики»	Страница 21 из 122	

Диагностический алгоритм

Диагноз ОПН подтверждается при наличии двух больших критериев или одного большого и двух малых в сочетании с данными, подтверждающими предыдущую инфекцию носоглотки BSHA.

Лечение

Амбулаторно лечение показано:

- пациентам с хроническим ревматическим пороком сердца для проведения противорецидив- ной терапии;
- при хронической, в том числе застойной сердечной недостаточности на фоне хронического ревматического порока сердца
- лечение после выписки из стационара с ОРЛ и повторным ревматизмом.

Медикаментозное лечение:

1. Лечение ОПН включает этиотропную антибактериальную терапию.

Целью этиотропной терапии является воздействие на стрептококковую инфекцию.

2. Патогенетическая терапия направлена на подавление воспалительного процесса.

Глюкокортикоиды используются при ОПН с тяжелым кардитом и / или полисерозитом. Преднизон назначают взрослым и подросткам в дозе 20 мг / сут, детям - 0,7-0,8 мг / кг в 1 приеме утром после еды до достижения терапевтического эффекта (в среднем в течение 2 недель). Затем дозу постепенно снижают (на 2,5 мг каждые 5-7 дней) до полной отмены. Общая про- должительность курса 1,5-2 месяца.

НПВП назначают при легком вальвулите, ревматическом артрите без вальвулита, минималь- ной активности процесса (СОЭ <30 мм / ч), после спада высокой активности и отмены глюко- зы в крови, при повторной ОПН на фоне RPS. НПВП назначают взрослым и подросткам до 3 раз в сутки до нормализации показателей воспалительной активности (в среднем в течение 1,5-2 месяцев). При необходимости курс лечения НПВП можно продлить до 3-5 месяцев.

3. Симптоматическая терапия заключается в коррекции застойной сердечной недостаточности, которая может развиваться в результате активного вальвулита или у пациентов с ревмати- ческими пороками сердца.

Показания к консультации специалистов:

Консультация невролога показана в случае развития неврологической симптоматики для уточнения характера и степени поражения нервной системы и подбора симптоматической те- рапии;

Консультация отоларинголога - для уточнения патологии органов, выбора тактики лечения;

Консультация кардиолога - при появлении симптомов острой / хронической сердечной недо- статочности, сложных нарушений ритма и проводимости для корректирующей терапии;

Консультация кардиохирурга - при подозрении на вовлечение в патологический процесс кла- панов сердца с образованием порока (ов) сердца (стеноз / недостаточность), инфекционный эндокардит с низкой эффективностью терапии.

Профилактические мероприятия:

Первичная профилактика: первичная профилактика на амбулаторном уровне, своевремен- ная адекватная антимикробная терапия при острых и хронических рецидивирующих БГСА - инфекциях верхних дыхательных путей (тонзиллит и фарингит).


Антимикробная терапия острого БГСА – тонзиллита.

Вторичная профилактика:

Цель состоит в том, чтобы предотвратить повторные приступы и прогрессирование заболева- ния у лиц с ОРЛ. Вторичная профилактика начинается в стационаре сразу после окончания этиотропной антистрептококковой терапии.

- Бензатин бензилпенициллин - основной препарат, применяемый для вторичной профилакти- ки ОПН - внутримышечно 1 раз в 3 недели взрослым и подросткам 2,4 миллиона единиц.

- Продолжительность вторичной профилактики для каждого пациента устанавливается инди- видуально. Как правило, это должно быть у пациентов, перенесших ОПН без кардита (артрит, хорей) - не менее 5 лет после приступа или до 18 лет.

ONTUSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SKMA -1979-	SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Врач общей практики – 1»	044-61/	
Лекционный комплекс по дисциплине «Основы общей врачебной практики»	Страница 22 из 122	

- для пациентов с излеченным кардитом без порока сердца - не менее 10 лет после приступа или до 25 лет (по принципу «что дольше»).
- пациентам со сформированным пороком сердца (в том числе оперированным) - пожизненно.
- Самая эффективная лекарственная форма бензатин бензилпенициллина - экстенциллин. Или рекомендуется Бициллин-1, который назначают в указанных дозах 1 раз в 7 дней.

Пациенты с ревматическим пороком сердца:

По мнению экспертов Американской кардиологической ассоциации, все пациенты с РПЗ имеют умеренный риск развития инфекционного эндокардита. Этим пациентам при выполнении различных медицинских процедур, сопровождающихся бактериемией (удаление зуба, тонзиллэктомия, аденотомия, хирургия желчевыводящих путей или кишечника, вмешательства на предстательной железе и др.), Необходимы профилактические антибиотики.

Дальнейшее ведение:

- Рекомендуется медицинский осмотр 4 раза в год.
- Наблюдение терапевта, ревматолога, кардиохирурга.

Показания к госпитализации:

- ОРЛ с поражением клапанного аппарата сердца и без него;
- повторные приступы ревматического порока сердца;
- застойная сердечная недостаточность на фоне ревматического сердечного приступа.

IV. Иллюстративный материал: прилагается

V. Литература: в конце

VI. Контрольные вопросы (обратная связь):

1. Эпидемиология.
2. Классификация.
3. Диагностика.
4. Тактика ведения в амбулаторных условиях.
5. Показания к госпитализации.
6. Динамическое наблюдение.
7. Вопросы врачебно-трудовой экспертизы.
8. Профилактика.

I. Тема №6: Язвенная болезнь в ОВП.

II. Цель: диагностика и лечение язвенной болезни сердца на амбулаторном уровне.

III. Тезисы лекции:

Язвенная болезнь - хроническое рецидивирующее заболевание, вызываемое инфекцией *Helicobacter pylori* и протекающее с чередованием периодов обострения и ремиссии, ведущим проявлением которого является образование дефекта (язвы) в стенке желудка и двенадцатиперстной кишки.

Инфекция *Helicobacter pylori* вызывает прогрессирующее повреждение слизистой оболочки желудка и играет важную роль в развитии язвы желудка и двенадцатиперстной кишки.

Классификация:

- Язвенная болезнь желудка и симптоматическая гастродуоденальная язва;
- Язвенная болезнь, связанная и не связанная с *H. pylori*.

I. Общая характеристика болезни:

1. язвенная болезнь;
2. язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки;
3. язвенная болезнь неуточненной этиологии;
4. Язвенная болезнь желудка после резекции желудка.

II. Клиническая форма:



1. острый или впервые диагностированный;
2. хронический.

III. Течение:

1. скрытый;
2. легкий или редко рецидивирующий;
3. умеренная или рецидивирующая (1-2 рецидива в течение года);
4. тяжелая (три и более рецидива в течение года) или постоянно рецидивирующая; развитие осложнений.

IV. Фаза:

1. обострение (рецидив);
2. затухание.

V. Характеристика морфологического субстрата болезни. Типы язв:

1. острая язва;
2. хроническая язва.

Размеры язвы:

1. небольшие (менее 0,5 см);
2. средний (0,5-1 см);
3. большие (1,1-3 см);
4. гигант (более 3 см).

Этапы развития язвы:

1. активный;
2. рубцевание;
3. стадия красного рубца;
4. стадия белого рубца;
5. Длительное рубцевание.

Локализация язвы:

1. желудок (кардия, субкардиальный отдел, тело желудка, антральный отдел, пилорический канал, передняя стенка, задняя стенка, малая кривизна, большая кривизна);
2. двенадцатиперстная кишка (луковица, постбульбарная часть, передняя стенка, задняя стенка, малая кривизна, большая кривизна).

VI. Характеристика функций гастродуоденальной системы (указываются только выраженные нарушения секреторной, моторной и эвакуаторной функций).

VII. Осложнения:

1. кровотечение (легкое, умеренное, тяжелое, крайне тяжелое);
2. перфорация;
3. пенетрация;
4. стеноз (компенсированный, субкомпенсированный, декомпенсированный);
5. малигнизация.


Диагностические критерии:

Жалобы.

Ведущим симптомом обострения язвы является боль в эпигастральной области, которая может отдавать в левую половину груди и левую лопатку, грудной или поясничный отдел позвоночника. Боль отмечается у 92-96% больных. По интенсивности они зависят от глубины язвы.

Характеристики болевого синдрома

Локализация	Время появления боли
Язва кардиальной и субкардиальной отдела желудка	Сразу после еды
Язвы желудка	через 0,5-1 час после еды.

ОҢТҮСТІК-ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Врач общей практики – 1»	044-61/ Страница 24 из 122
Лекционный комплекс по дисциплине «Основы общей врачебной практики»	

Язвы пилорического канала и луковицы двенадцатиперстной кишки.	Поздние боли (через 2-3 часа после еды), «голодные» боли, возникающие натощак и проходящие после еды, а также ночные боли
--	---

Боли тупые, режущие, жгучие по своему характеру. Боли при язве отличаются периодичностью, сезонностью и ритмичностью. Частота болей проявляется сменой безболезненных интервалов на периоды боли. Боль возникает в разное время в зависимости от приема пищи:

- ранние,
- поздние,
- ночные
- голодные

боли.

Ранние боли появляются в течение первого часа после еды и обычно характерны для язв. Поздние, ночные и голодные боли возникают через 1,5-4 часа после еды. Эти боли обычно появляются у пациентов с язвой двенадцатиперстной кишки и вызваны двигательными нарушениями, гиперсекрецией желудочного сока и воспалительными изменениями слизистой оболочки двенадцатиперстной кишки. При обострении язвы также распространены изжога, кислая отрыжка, тошнота, запор.

Изжога наблюдается у 50% больных, что возникает в результате нарушения секреторной и двигательной активности желудка.

Отрыжка при язве кислая, пустая или еда. Кислая отрыжка возникает при гиперсекреции желудочного сока. Тошнота при язве возникает редко и может предшествовать рвоте.

Рвота обычно возникает в разгар язвенной боли и может быть ранней и поздней, она вызвана рефлекторным раздражением воспаленной СОЖ желудочным соком. Часто после рвоты интенсивность болей уменьшается или они вовсе прекращаются, что улучшает состояние пациента.

Анамнез:

В неосложненных случаях язва обычно протекает с чередованием периодов обострения (продолжительно- стью от 3-4 до 6-8 недель) и ремиссии (продолжительностью от нескольких недель до многих лет). Под воздействием неблагоприятных факторов (физические нагрузки, прием НПВП и / или лекарств, злоупотребление алкоголем и др.) Могут развиваться осложнения.

Для язвы характерны сезонные (весенний и осенний) периоды усиления болей и диспепсических симптомов.

При обострении часто отмечается похудание, потому что, несмотря на сохраненный, а иногда даже повышенный аппетит, пациенты ограничивают себя едой, опасаясь усиления боли.

В фазе обострения, независимо от тяжести клинической картины заболевания, обнаруживается язва с активными воспалительными изменениями слизистой оболочки желудка и слизистой двенадцатиперстной кишки.

Фаза стихания обострения (фаза неполной ремиссии) характеризуется исчезновением клинических признаков заболевания и появлением свежих рубцовых изменений на месте бывшей язвы при сохранении признаков воспаления.


В фазе ремиссии отсутствуют клинические, эндоскопические, гистологические проявления обострения заболевания и заселения слизистой оболочки инфекцией *H. pylori*.

Физикальное обследование:

При обострении язвы при объективном осмотре часто выявляется болезненность в эпигастрии при пальпации, сочетающаяся с умеренным сопротивлением мышц передней брюшной стенки. Также может быть обнаружена местная перкуторная боль в той же области (симптом Менделя).

Однако эти признаки не являются строго специфичными для обострения язвы:

вынужденное положение пациента: наклонившись и прижав руки к эпигастрию - зоне наибольшей

ONTUSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SKMA -1979-	SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Врач общей практики – 1»	044-61/	
Лекционный комплекс по дисциплине «Основы общей врачебной практики»	Страница 25 из 122	

боли; боль при пальпации в эпигастральной или пилоробульбарной области, сочетающаяся с умеренным сопротивлением мышц передней брюшной стенки (70% случаев); положительный симптом Менделя (локальная перкуторная боль в эпигастрии).

Данные, полученные при физикальном осмотре, не всегда отражают наличие язвы, поскольку такие же симптомы могут наблюдаться и при других заболеваниях.

Основная диагностическая информация получается с помощью инструментальных методов исследования, которые сочетаются с биохимическими, гистохимическими и другими методами.

Лабораторное исследование:

- Общий анализ крови - возможна анемия (при явном или скрытом язвенном кровотечении), лейко- цитоз и повышение СОЭ при осложненных формах язвы (с проникновением язвы, выраженным перивисцеритом);
- Анализ кала на скрытую кровь - положительная реакция свидетельствует о гастродуоденальном кровотечении.

Инструментальные исследования:

- Эзофагогастродуоденоскопия - эндоскопическое исследование подтверждает наличие язвенного дефек- та, уточняет его локализацию, глубину, форму, размер, состояние дна и краев язвы (с биопсией и гистологи- ческим исследованием для исключения злокачественного характера язвенного поражения в случае локали- зации язвы желудка и обнаружение *H. pylori*).

С помощью гастродуоденоскопии можно различить острые и хронические язвы. Для первого характерны выраженные воспалительные изменения со стороны слизистой оболочки, окружающей язву. Форма острой язвы округлая или овальная. Дно язвы обычно от бледно-желтого до коричневого. Края острых язв резко очерчены. Эндоскопическая картина хронической язвы желудка существенно меняется в зависимости от стадии ее развития (обострение, затухание процесса, заживление), что является критерием оценки качества лечения. Гастродуоденоскопия в сочетании с биопсией имеет большое значение для дифференциальной диагностики доброкачественных и злокачественных процессов в желудке.

- Гистологическое исследование биоптатов выявляет признаки воспалительного процесса - нейтрофиль- ной инфильтрации. Гистологическое исследование особенно важно при наличии язвы, так как часто наблю- дается язвенная форма рака желудка.

Диагностика инфекции *H. pylori*

Для определения дальнейшей тактики лечения чрезвычайно важны результаты исследования наличия у пациента язвенной инфекции. Определение *H. pylori* в гистологических препаратах, взятых с EFGDS;

- Рентгенологическое исследование для диагностики язвы в настоящее время не используется. Он исполь- зуется в следующих ситуациях: невозможность по каким-либо причинам (например, наличие противопоказаний) провести эндоскопиче- ское обследование; оценить перистальтику стенки желудка; оценить характер эвакуации из желудка; оценить степень стеноза привратника (при осложненном течении).

Рентгенологическое исследование выявляет прямые признаки язвы:


местный круговой спазм мышечных волокон на противоположной от язвы стенке желудка в виде «указа- тельного пальца»;

язвенная деформация желудка и луковицы двенадцатиперстной кишки; гиперсекреция натошак; нарушения моторики гастродуоденальной зоны.

Дополнительные диагностические мероприятия:

- определение сывороточного железа в крови и анализ кала на скрытую кровь - при анемии;
- УЗИ печени, желчевыводящих путей и поджелудочной железы - при сопутствующей патологии гепатоби- лиарной системы;
- биохимические анализы крови (общий билирубин и его фракции, общий белок, альбумин, холестерин, АЛТ, АСТ, глюкоза, амилаза) - при сопутствующей патологии гепатобилиарной системы; Показания к консультации специалистов:

Консультация хирурга при подозрении на осложнение язвенной болезни:

ONTUSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Врач общей практики – 1»	044-61/ Страница 26 из 122
Лекционный комплекс по дисциплине «Основы общей врачебной практики»	

- перфорация,
- проникновение,
- рубцово-язвенный стеноз привратника,
- злокачественная язва.

Язвенное кровотечение наблюдается у 15-20% больных язвой, чаще при локализации язвы в желудке. Факторами риска его возникновения являются:

- прием ацетилсалициловой кислоты и НПВП;
- инфекция *H. pylori*;
- размер язв > 1 см.

Язвенное кровотечение проявляется рвотой таким содержимым, как «кофейная гуща» (гематемезис) или черный дегтеобразный стул (мелена). При массивном кровотечении и пониженной секреции соляной кислоты, а также локализации язвы в сердечной части желудка может отмечаться примесь неизменной крови в рвотных массах. Иногда на первом месте в клинической картине язвенного кровотечения стоят общие жалобы (слабость, потеря сознания, снижение артериального давления, тахикардия).

Прободение язвы происходит у 5-15% больных язвой, чаще у мужчин. К его развитию предрасположен:

- физические нагрузки;
- употребление алкоголя;
- переизбыток.

Иногда перфорация возникает внезапно, на фоне бессимптомного («тихого») течения язвы.

Перфорация язвы клинически проявляется острой («кинжальной») болью в эпигастриальной области, развитием коллаптоидного состояния. При осмотре больного выявлено «дощатое» напряжение мышц передней брюшной стенки и резкая боль при пальпации живота, положительный симптом Щеткина-Блюмберга. Позже, иногда после периода явного улучшения, картина разлитого перитонита прогрессирует.

Пенетрация язвы - проникновение язвы желудка или двенадцатиперстной кишки в окружающие ткани - поджелудочную железу, малый сальник, желчный пузырь и общий желчный проток. При проникновении в язву упорные боли.

ЛЕЧЕНИЕ НА АМБУЛАТОРНОМ УРОВНЕ

Цели лечения:

- быстрое устранение болезненных для пациента симптомов заболевания;
- Заживление язвы;
- устранение возбудителя инфекции *H. pylori* для предотвращения рецидива заболевания и предупреждения его обострений;
- при осложненном течении заболевания - лечение осложнений и устранение опасности для жизни пациента. Лечение язвы комплексное и включает:
- диетическое питание;
- прекращение курения и употребления алкоголя;
- отказ от приема препаратов с ulcerогенным действием;
- нормализация режима труда и отдыха, санаторно-курортное лечение.

Немедикаментозное лечение:

Лечение комплексное и включает:

- диетическое питание,
- отказ от курения и употребления алкоголя,
- отказ от ulcerогенных препаратов (в первую очередь НПВП).

Диетическое питание должно быть частым, дробным, механически и химически щадящим.

Диета: Рекомендуется частое (5-6 раз в день) дробное питание, соответствующее правилу «6 маленьких приемов пищи лучше 3 больших», механическая, термическая и химическая экономия охлаждающей жидкости.

Диета должна быть богата белками, так как лечебный эффект в этом случае наступает быстрее, ускоряется заживление язв и стихает воспалительный процесс.

Медикаментозное лечение

Принципы фармакотерапии:

- одинаковый подход к лечению язвы желудка и двенадцатиперстной кишки;
- обязательная базовая антисекреторная терапия;
- выбор антисекреторного препарата, поддерживающего внутрижелудочный pH > 3 примерно 18 часов в день;
- назначение антисекреторного препарата в строго определенной дозе;
- эндоскопический контроль с 2-недельными интервалами;
- продолжительность антисекреторной терапии в зависимости от сроков заживления язвы;
- эрадикационная терапия против *Helicobacter pylori* у НР-положительных пациентов;
- обязательный контроль эффективности антихеликобактерной терапии через 4-6 недель;
- повторные курсы антихеликобактерной терапии, если она неэффективна;
- поддерживающая противорецидивная терапия антисекреторным препаратом у НР-отрицательных пациентов;

Ингибиторы протонной помпы - это базисная терапия язвы. Их назначают с целью снятия боли и диспепсических расстройств, а также для скорейшего рубцевания язвы.

Антациды способны поддерживать уровень внутрижелудочного pH > 3 в течение 4-6 часов в течение дня, что определяет их недостаточно высокую эффективность при использовании в качестве монотерапии. Тем не менее, пациенты с язвой принимают антациды для облегчения боли и диспепсии, что во многом связано с быстротой их действия и отпуском без рецепта.

Рекомендуемые схемы эрадикации (Маастрихт-V, 2015)

Терапия первой линии (10-14 дней)	Терапия второй линии (10-14 дней)
<ul style="list-style-type: none"> • 3-х компонентная схема: ИПП + амоксициллин + кларитромицин; • квадротерапия без висмута: ИПП + амоксициллин + кларитромицин + нитроимидазол. 	<ul style="list-style-type: none"> • 3-х компонентная схема: ИПП + амоксициллин + фторхинолон • квадротерапия без висмута: ИПП + амоксициллин + кларитромицин + нитроимидазол [8,9,10], (УД А); • квадротерапия с висмутом: ИПП + амоксициллин + кларитромицин + висмута трикалия дигидрат.

Эффективность лечения повышается при назначении дважды в день повышенной дозы ИПП (удвоенной стандартной).


При 14-дневной терапии увеличение частоты эрадикации более значительно, чем при 10-дневной. Эрадикационная терапия *H. pylori* может приводить к развитию антибиотико-ассоциированной диареи. Добавление к стандартной тройной терапии пробиотика *Saccharomyces boulardii* повышает скорость эрадикации *H. pylori*.

Возможные причины неэффективности и ошибки лечения ЯБ

- часто рецидивирующее течение заболевания (частота рецидивов > 2 раз в год); формирование трудно рубцующихся язв, не заживающих в течение 12 недель непрерывного
- лечения.

Ошибки при проведении эрадикационной терапии:

- отсутствие тестирования на наличие инфекции *H. pylori* у больных ЯБ, в результате которого пациенты получают только антисекреторную терапию;
- неправильное лечение *H. pylori*-негативной ЯБ;

ONTUSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Врач общей практики – 1»	044-61/ Страница 28 из 122
Лекционный комплекс по дисциплине «Основы общей врачебной практики»	

- использование в схемах эрадикации лекарственных препаратов, не входящих в утвержденные схемы (например, H₂-блокаторов);
- применение препаратов в недостаточных дозах;
- к снижению эффективности эрадикации приводит назначение 7-дневных курсов эрадикации вместо 10-14 дневные;
- отказ (по разным причинам) от проведения контроля эрадикации в установленные сроки;
- прежде чем вынести заключение о неэффективности консервативного лечения ЯБ у пациента, необходимо убедиться, что лечение и обследование было проведено в строгом соответствии с существующим протоколом.

Дальнейшее ведение:

Динамическое наблюдение за больным, 1 раз в год проводить ФЭГДС, диагностику инфекции H. pylori. При обострении – проводить эрадикационную терапию. При непрерывно рецидивирующем течении – консультация хирурга (особенно при ЯБЖ).

Индикаторы эффективности лечения и безопасности методов:

заживление язвенного дефекта в СО ГДЗ; эффективная эрадикация H. pylori; обеспечение стойкой ремиссии ЯБ; отсутствие осложнений.

ПОКАЗАНИЯ ДЛЯ ГОСПИТАЛИЗАЦИИ С УКАЗАНИЕМ ТИПА ГОСПИТАЛИЗАЦИИ:

Показания для плановой госпитализации: неэффективность амбулаторной медикаментозной терапии.

Показания для экстренной госпитализации:

осложненные формы заболевания; тяжелый болевой синдром; неэффективность амбулаторной медикаментозной терапии; сопутствующие заболевания.

IV. Иллюстративный материал: прилагается

V. Литература: в конце

VI. Контрольные вопросы (обратная связь):

1. Эпидемиология.
2. Классификация.
3. Диагностика.
4. Тактика ведения в амбулаторных условиях.
5. Показания к госпитализации.
6. Динамическое наблюдение.
7. Вопросы врачебно-трудовой экспертизы.
8. Профилактика.

I. Тема № 7: Хронический пиелонефрит в ОВП.

II. Цель: диагностика и лечение хронического пиелонефрита на амбулаторном уровне.

III. Тезисы лекции:

Хронический тубулоинтерстициальный нефрит - это первичное поражение почечных канальцев и интерстиция, связанное с различными заболеваниями или применением определенных лекарств и травяных настоев в течение нескольких лет, и характеризуется прогрессирующим развитием склероза канальцев и почечного интерстиция.

Клиническая классификация:

Формы: обезболивающая нефропатия, нефропатия с литиевой терапией, нефропатия, вызванная тяжелыми металлами и радиацией.

Международная классификация хронической болезни почек, 2002 г.:

- I стадия, СКФ (скорость клубочковой фильтрации) - ≥ 90 мл / мин;
- II стадия, СКФ - 89-60 мл / мин;
- III стадия, СКФ - 59-30 мл / мин;
- IV стадия, СКФ - 29-15 мл / мин;
- V стадия, СКФ - менее 15 мл / мин (терминальная хроническая почечная недостаточность).

Диагностические критерии:

Жалобы и анамнез: длительный прием смешанных анальгетиков или НПВП (около 3000 таблеток в течение 5 лет), колики в поясничной области (при папиллярном некрозе), длительное лечение препаратами лития, полиурия или снижение диуреза, слабость, недомогание.

Объективный осмотр: болезненность при пальпации в области проекции почек, возможно наличие артериальной гипертензии.

Перечень основных диагностических мероприятий:

1. Общий анализ крови
2. Общий анализ мочи.
3. Электрофорез белков мочи (канальцевая протеинурия).
4. УЗИ почек.
5. Определение креатинина, мочевины, мочевой кислоты, калия, натрия, кальция, фосфора, паратиреоидного гормона.
6. Определение метаболитов фенаcetина и тяжелых металлов в моче.

7. Проба Зимницкого.
8. Бактериальный посев мочи.
9. Расчет СКФ
10. КЩС.
11. Выделенная фракция натрия (с мочой)

Перечень дополнительных диагностических мероприятий:

1. ФГДС
2. Сывороточный ферритин.
3. Метгемоглобин, сульфгемоглобин
4. ЭКГ
5. КТ почек без контраста при подозрении на некроз сосочков почек.


Лабораторные исследования: возможна анемия, гематурия, стерильная лейкоцитурия, канальцевая протеинурия, прогрессирующее снижение функции почек (концентрационная и фильтрационная функции), признаки канальцевого ацидоза, гиперкалиемии, несахарный нефрогенный диабет (при лечении препаратами лития) и другие электролитные нарушения.

Инструментальные исследования:

- УЗИ почек: уменьшение размеров почек, отсутствие камней при почечной колике (папиллярный некроз), кисты.
- Биопсия почек: интерстициальный фиброз, тубулярная атрофия, папиллярный некроз.

Дифференциальный диагноз:

Признак	Хронический пиелонефрит	Хронический гломерулонефрит
Начало заболевания	С рождения при наличии врожденной патологии почек	постепенное, чаще после интеркуррентных заболеваний
Отеки	Редко при наличии ХПН	чаще
Возраст	С рождения	Дети разных возрастов, чаще мальчики
Артериальное давление	Не характерно	Зависит от степени нарушений функции почек
Общие симптомы	При присоединении ХПН	Умеренные
Отставание в физическом развитии	Не характерно	Не характерно
Местные симптомы	дизурия, гипертермия, боли в пояснице	Боли в пояснице, в области проекции почек, отеки

ONTUSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SKMA -1979-	SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Врач общей практики – 1»		044-61/
Лекционный комплекс по дисциплине «Основы общей врачебной практики»		Страница 30 из 122

Дизурия	При наличии нейрогенной дис-функции мочевого пузыря	При инфекции мочевых путей
Лейкоцитурия	характерна	Не характерна
Гематурия	Не характерна	характерна
Синдром Пастернацкого	Чаще постоянный	Чаще отрицательный
Снижение концен-трационной функции почек	Характерно при присоединении ХПН	Выраженное с наличием отеков
УЗИ почек	Признаки пиелонефрита, неровность контуров и признаки повышенной эхогенности, неровность контуров, деформация члс	Увеличение размеров за счет отека паренхимы
Внутривенная уро-графия	Признаки пиелонефрита, функ-ция почек снижена в различной степени, наличие врожденной почечной патологии	ки различной степени
цистография	Признаки увеличения размеров мочевого пузыря, неправильность формы	Без патологий
Цистоскопия	Признаки цистита	Без патологий

Лечебная тактика:

Медикаментозное лечение:

Антибактериальная терапия (цефалоспорины, аминогликозиды, уросептики): вначале выбор препарата эмпирический, затем - по чувствительности микрофлоры. Назначение антибиотиков парентерально или парентерально + перорально.

Поддерживающее лечение проводится после полной нормализации анализов мочи в течение 2 месяцев и более.

Другие методы лечения:

при анемии - препараты эритропоэтина (эпоэтин-альфа, бета, тета, дарбэпоэтин), препараты железа для парентерального введения (сахар железа, декстран железа); при минеральных и костных нарушениях - фосфорсвязывающие агенты (севеламера карбонат), активная форма витамина D3 (альфакальцидол);

при наличии осложнений со стороны ЖКТ - противоязвенная терапия (ингибиторы протонной помпы, блокаторы H2-гистаминовых рецепторов, антибиотики, аминокaproновая кислота);


Антибактериальная терапия при прикреплении IMS: -грамотрицательная флора: фторхины, (ципрофлоксацин, офлоксацин, левофлоксацин, моксифлоксацин);

- **Резервные антибиотики: амоксициллин-клавуланат, цефалоспорины, имипенемы.**

Список основных и дополнительных лекарств:

Основные лекарства:

1. Гентамицин, бруламицин, 80 мг
2. Фурагин таб., Нитроксалин таб.
3. Цефалоспорины 2 - 3 - 4 поколений
4. Нистатин, линекс
5. Тиамин, пиридоксин
6. Цианокобальмин
7. Инфузионное устройство

ONTUSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Врач общей практики – 1»	044-61/ Страница 31 из 122
Лекционный комплекс по дисциплине «Основы общей врачебной практики»	

8. Новокаин, лидокаин.

Дополнительные лекарства

1. Актиферрин - таб., Сироп.
2. Гепарин, 25000МЕ, флакон.
3. Мероперан, цефаклор

Профилактические действия:

- профилактика вирусных, бактериальных, грибковых инфекций
- предотвращение электролитного дисбаланса
- замедление прогрессирования ХБП

Дальнейшее управление:

контроль фильтрации, концентрационных функций почек, анализы мочи, артериального давления, УЗИ почек. (Проводится на амбулаторном и стационарном уровнях).

IV. Иллюстративный материал: прилагается

V. Литература: в конце

VI. Контрольные вопросы (обратная связь):

1. Эпидемиология.
2. Классификация.
3. Диагностика.
4. Тактика ведения в амбулаторных условиях.
5. Показания к госпитализации.
6. Динамическое наблюдение.
7. Вопросы врачебно-трудовой экспертизы.
8. Профилактика.

I. Тема № 8: Железодефицитная анемия в ОВП.

II. Цель: диагностика и лечение железодефицитной анемии на амбулаторном уровне.

III. Тезисы лекции:

Железодефицитная анемия – клинко- гематологический синдром, характеризующийся анемией (снижение уровня гемоглобина менее 130 г/л у мужчин 120г/л у женщин) и дефицитом железа (снижение TSat < 16% и концентрации ферритина менее 30 мкг/л или нг/мл). Поскольку TSat – расчетный показатель, зависящий от уровня сывороточного железа, критерием ЖДА также является низкий уровень сывороточного железа.

Классификация:

Классификация ЖДА по степени тяжести: I. Легкая (содержание Hb 90-120 г/л) II. Средняя (содержание Hb 70-89г/л) III. Тяжелая (содержание Hb ниже 70г/л)

Диагностические критерии: Жалобы и физикальное обследование:

№ п/п	Лабораторный показатель	Референсный интервал (может меняться в зависимости от лаборатории)	Изменения при ЖДА
1	Морфологические изменения эритроцитов	нормоциты – 68% микроциты – 15,2% макроциты – 16,8%	Микроцитоз сочетается с анизоцитозом, пойкилоцитозом, в наличии анулоциты, плантоциты
2	Цветовой показатель	0,86 -1,05	Гипохромия показатель менее 0,86

3	Содержание гемоглобина	Женщины – не менее 120 г/л Мужчины – не менее 130 г/л	Уменьшено
4	MCH	27-31 пг	Менее 27 пг
5	MCHC	33-37%	Менее 33 %
6	MCV	80-100 фл	Снижен
9	Количество ретикулоцитов	2-10:1000	Неизменено
11	Железосыворотки	Женщины – 12-25 мкмоль/л Мужчины – 13-30 мкмоль/л	Снижено
12	Общая железосвязывающая способность сыворотки крови	30-85 мкмоль/л	Повышена
13	Латентная железосвязывающая способность сыворотки	Менее 47 мкмоль/л	Выше 47 мкмоль/л
14	Коэффициент насыщения трансферрина железом (TSat)	≥16%	Уменьшено
15	Уровень ферритина *	15-150 мкг/л	Уменьшение

Diagnostic criteria:

General anemic syndrome: weakness, increased fatigue, dizziness, headaches (more often in the evening), shortness of breath on exertion, palpitations, syncope, flashing "flies" before the eyes with a low level of blood pressure, there is often a moderate increase in temperature, often daytime sleepiness and poor sleep at night, irritability, nervousness, conflict, tearfulness, loss of memory and attention, loss of appetite. The severity of complaints depends on adaptation to anemia. The best adaptation is facilitated by a slow rate of anemia.

Sideropenic syndrome:

changes in the skin and its derivatives (dryness, peeling, easy formation of cracks, pallor). Hair is dull, brittle, "splits", turns gray early, intense fall out, nail changes: thinning, brittleness, transverse striation, sometimes spoon-shaped concavity (koilonychia).

Changes in mucous membranes (glossitis with papillary atrophy, cracks in the corners of the mouth, angular stomatitis).


Changes in the gastrointestinal tract (atrophic gastritis, atrophy of the esophageal mucosa, dysphagia). Difficulty swallowing dry and hard food.

Muscular system. Myasthenia gravis (due to weakening of the sphincters appear imperative urge to urinate, inability to hold urine when laughing, coughing, sometimes bedwetting in girls). The consequence of myasthenia gravis there may be miscarriage, complications during pregnancy and childbirth (decreased contractility of the myometrium).

- addiction to unusual smells.
- perversion of taste. It is expressed in the desire to eat something slightly edible.
- tendency to tachycardia, hypotension.

Laboratory research:

Laboratory tests for suspected IDA may include, in addition to general blood analysis with reticulocytes and indicators of iron metabolism is also a study of the level of vitamin B12, folic acid, biochemical parameters (total protein, creatinine, urea, blood glucose, total bilirubin, direct bilirubin, transaminases) and other studies depending on the characteristics of the clinical pictures and breadth of differential diagnostic search. Laboratory research can also be expanded to clarify the causes of iron deficiency and exclusion of latent blood loss and cancer search.

ОҢТҮСТІК-ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Врач общей практики – 1»	044-61/ Страница 33 из 122
Лекционный комплекс по дисциплине «Основы общей врачебной практики»	

Instrumental research:

In order to identify sources of blood loss, pathology of other organs and systems, including solid tumors:

fibrogastroduodenoscopy according to indications;

X-ray examination of the gastrointestinal tract according to indications;

X-ray examination of the chest organs according to indications;

fibrocolonoscopy according to indications;

sigmoidoscopy according to indications;

Ultrasound of the pelvic organs according to indications;

ultrasound of the abdominal organs according to indications;

Indications for specialist consultation:

- consultation with a surgeon - to exclude bleeding from the gastrointestinal tract;
- consultation with a gastroenterologist - in case of suspicion of malabsorption or chronic blood loss in pathology of the gastrointestinal tract;
- dentist consultation - dental problems leading to anemia;
- consultation with an otorhinolaryngologist - nosebleeds;
- consultation with an oncologist - a malignant lesion that causes bleeding;
- consultation of a nephrologist - exclusion of kidney diseases in the differential diagnosis of chronic diseases with anemia;
- consultation with a phthisiatrician - bleeding or secondary anemia against the background of tuberculosis;
- consultation with a pulmonologist - blood loss or secondary anemia against the background of diseases of the bronchopulmonary system;
- consultation with a gynecologist - bleeding from the genital tract (juvenile bleeding, dysmenorrhea, etc.);
- consultation of an endocrinologist - decreased thyroid function, the presence of diabetic nephropathy;
- consultation with a hematologist - to exclude diseases of the blood system and in case of ineffectiveness of ferrotherapy in patients with verified iron deficiency;
- consultation with a proctologist - rectal bleeding;
- consultation with an infectious disease specialist - if there are signs of helminthiasis or other parasitosis leading to anemia.

Treatment

The treatment program for IDA includes:

- elimination of etiological factors (treatment of the underlying disease);
- medical nutrition (diet number 11);
- treatment with iron-containing drugs;
- replenishment of iron stores (satiety therapy).

Non-drug treatment:

Diet. With iron deficiency anemia, the patient is shown a diet rich in iron. Iron from animal products is absorbed in the intestines in much greater amounts than from plant foods.

Drug treatment:


IDA cannot be successfully cured if its cause is not eliminated.

Iron supplements are the basis of pathogenetic therapy for IDA. Transfusions are not a substitute for ferrotherapy.

Ferrotherapy can be performed with iron preparations for **oral** administration and **parenteral** drugs.

Of the parenteral drugs, the use of intravenous drugs is preferable, because intramuscular administration is painful, has variable absorption and can lead to the formation of infiltrates.

The end result of therapy with iron preparations, regardless of the route of administration, is the same - an increase in the level of hemoglobin. Differences between various drugs with different routes of administration are in the tolerability of treatment and the rate of increase in the level of hemoglobin.

ОҢТҮСТІК-ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Врач общей практики – 1»	044-61/ Страница 34 из 122
Лекционный комплекс по дисциплине «Основы общей врачебной практики»	

Iron preparations for oral administration.

The main principles of treatment of the Iron preparations for oral administration are as follows:

- appointment of Iron preparations with a sufficient content of elemental iron;
- inexpediency of the simultaneous administration of B vitamins (including B12), folic acid without special indications due to the lack of evidence of advantages in efficacy and safety over monocomponent drugs,
- inability to track pharmacokinetics the drug in the presence of 3 or more components in 1 tablet;
- avoiding the appointment of iron preparations by mouth in the presence of signs of impaired absorption in the intestine;
- sufficient duration of the saturating course of therapy (at least 3 months, may increase up to 5-6 months);
- the need for maintenance therapy of the pancreas after the normalization of hemoglobin parameters in appropriate situations.

Recommended daily intake of elemental iron for most adults is 150-200 mg. The use of higher doses does not make sense, since iron absorption does not increase. For example, a 325 mg iron sulfate tablet contains 65 elemental iron, three tablets - 195 mg of iron of which only 25 mg can be adsorbed and utilized.

Therapy with iron preparations for oral administration should be carried out within 3 months to replenish the reserves in the depot.

With oral ferrotherapy, gastrointestinal side effects are most common. These include metallic taste, nausea, diarrhea, constipation, darkening of the stool.

To reduce the severity of side effects, it is possible to reduce the dose (transfer to a single dose, for example) or increase the interval of administration, switching to another iron preparation with a lower content of elemental iron, switching from tablets to liquid dosage forms that make it easier to select the tolerated dose, discontinuation of oral medications and administration of intravenous medications.

Reasons for the ineffectiveness of Iron preparations therapy for oral administration:

- absence of iron deficiency (incorrect interpretation of the nature of hypochromic anemia and erroneous prescription of Iron preparations);
- insufficient dosage of Iron preparations (underestimation of the amount of ferric iron in the preparation);
- insufficient duration of Iron preparations treatment;
- impaired absorption of Iron preparations, administered orally to patients with the corresponding pathology;
- simultaneous administration of drugs that interfere with iron absorption;
- the presence of chronic (occult) blood loss, most often from the digestive tract;
- combination of IDA with other anemic syndromes (B12-deficiency, folic acid deficiency).

Parenteral iron preparations.

Indications for prescribing parenteral iron preparations:

Malabsorption in intestinal pathology (enteritis, syndrome insufficiency of absorption, resection of the small intestine, resection of the stomach according to the Billroth II method with switching off the duodenum);

- pronounced gastrointestinal side effects of oral therapy, which cannot be eliminated by other means;
- Persistent blood loss, in which the need for iron exceeds the physiological capacity for iron absorption (for example, severe uterine bleeding, hereditary hemorrhagic telangiectasia with damage to the mucous membranes);
- the patient's wish for a quick (within 1-2 visits) replenishment of iron deficiency and refusal from long-term ferrotherapy for many months.


Combined therapy with parenteral iron preparations and oral iron preparations.

There is no evidence that combination ferrotherapy is more effective. At the same time, when the two drugs are combined, side effects of each of the drugs may develop.

List of essential medicines:

Monocomponent iron medicines:

Ferrous gluconate * 300 mg - Oral administration 2 tab. x 2-3 times/day

ОҢТҮСТІК-ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Врач общей практики – 1»	044-61/ Страница 35 из 122
Лекционный комплекс по дисциплине «Основы общей врачебной практики»	

Ferrous sulfate 256.3 mg (80 mg iron), Ferrous sulfate 325 mg (105 mg iron (II) ion - Oral administration 1 tab. X 2 times

Iron fumarate suspension 3 g) for children, Iron fumarate 200 - tab. 200 mg (65 mg of iron), Iron fumarate - caps. 300 mg (100 mg of iron el.) - Oral administration: iron fumarate by 1tab. x 3 times a day, 1 caps. x 2-4 times a day

Combined drugs:

Ferrous sulfate tab. 320 mg + ascorbic acid 60 mg - Oral intake, 1 tab. x 1-2 times a day

Iron fumarate 163.56 mg (50 mg iron) and folic acid 540 mcg - Orally 1 caps. x 2 times a day

Iron preparations III – valence:

Iron (III) hydroxide polymaltose 400 mg (100 mg elemental iron) Tab. 375 mg (100 mg e iron) - Oral administration, 1 chewable. tab. x 2-3 r per day

Iron carboxymaltose 156-208 mg (50 mg iron) - intravenous stream, in a maximum single dose of up to 4 ml (200 mg iron) per day, but not more than 3 times a week. intravenous (intravenous) drip (infusion) 1000 mg of iron once a week.

Further management:

For patients receiving oral ferrotherapy, control studies of the GBA should be performed 1-2 weeks after the start of treatment.

- When treating with parenteral drugs, especially with a single dose, control studies of the CBC can be performed 4-8 weeks after drug administration.
- Patients with ongoing bleeding (eg, hereditary hemorrhagic telangiectasia) need more frequent monitoring.

NB! The reasons for the recurrence of IDA may be insufficient duration of oral medications, ongoing blood loss, incorrect diagnosis IDA, the presence of additional reasons for the development of anemia.

INDICATIONS FOR HOSPITALIZATION:

Hospitalization in a 24-hour hospital can be carried out only in exceptional cases if there are signs of hemodynamic instability due only to confirmed IDA with the exclusion of all other causes of hemodynamic instability.

Indications for planned hospitalization: absent.

Indications for emergency hospitalization:

Emergency hospitalization of a patient with IDA is indicated only if there are signs of hemodynamic instability with the exclusion of other causes of hemodynamic instability:

- if the source of bleeding is identified, depending on the source of blood loss, to the department of the surgical profile (surgery, gynecology, proctology, etc.);
- in the absence of established bleeding - admission to the therapeutic department.

IV. Visual material: are in the appendix

V. Bibliography: at the end

VI. Post-lecture feedback:

Epidemiology.

Classification.

Diagnostics.


Outpatient management tactics.

Indications for hospitalization.

Dynamic observation.

Issues of medical and labor expertise.

Prevention

ОҢТҮСТІК-ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SKMA -1979-	SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Врач общей практики – 1»	044-61/ Страница 36 из 122	
Лекционный комплекс по дисциплине «Основы общей врачебной практики»		

I. Тема № 9: Сахарный диабет в практике ОВП.

II. Цель: диагностика и лечение сахарного диабета в практике ОВП на амбулаторном уровне.

III. Тезис лекции:

Сахарный диабет (СД) – это группа метаболических (обменных) заболеваний, характеризующихся хронической гипергликемией, которая является результатом нарушения секреции инсулина, действия инсулина или обоих этих факторов. Хроническая гипергликемия при СД сопровождается повреждением, дисфункцией и недостаточностью различных органов, особенно глаз, почек, нервов, сердца и кровеносных сосудов.

Классификация:

Клиническая классификация СД

СД 1 типа	Деструкция β -клеток поджелудочной железы, обычно приводящая к абсолютной инсулиновой недостаточности
СД 2 типа	Прогрессирующее нарушение секреции и действия инсулина на фоне инсулинорезистентности
Другие специфические типы СД	<ul style="list-style-type: none"> – генетические дефекты функции β-клеток; – генетические дефекты действия инсулина; – заболевания экзокринной части поджелудочной железы; – индуцированный лекарственными препаратами или химическими веществами (при лечении ВИЧ/СПИД или после трансплантации органов); – эндокринопатии; – инфекции; – другие генетические синдромы, сочетающиеся с СД
Гестационный СД	Возникает во время беременности

Диагностические критерии:

Жалобы

- слабость;
- недомогание;
- снижение работоспособности;
- апатия;
- кожный и влажный зуд.
- полиурия;
- полидипсия;
- жалобы на периодическую нечеткость зрения;
- ощущение жара в стопах;
- судороги в нижних конечностях и парестезии в ночное время;
- дистрофические изменения кожи и ногтей на стопах.

Анамнез:

Заболевание обычно манифестирует в возрасте старше 40 лет, ему предшествует наличие компонентов метаболического синдрома (ожирение, артериальная гипертензия и т.д.).

Физикальное обследование:

Пациенты с СД 2 типа имеют:

признаки ИР: висцеральное ожирение, АГ, черный акантоз; увеличение размеров печени; признаки дегидратации (сухость слизистых, кожи, снижение тургора кожи, гипотония); признаки гипокалиемии (экстрасистолии, мышечная слабость, атония кишечника); признаки нейропатии (парестезии, дистрофические изменения кожи и ногтей, язвенные дефекты стоп).

Лабораторные исследования:

- **Определение глюкозы крови;**
- **Определение HbA1c.**
-

Диагностические критерии сахарного диабета и других нарушений гликемии

Время определения	Концентрация глюкозы, ммоль/л*	
	Цельная капиллярная кровь	Венозная плазма
НОРМА		
Натощак	< 5,6	< 6,1
через 2 часа после ПГТТ	< 7,8	< 7,8
Сахарный диабет		
Натощак	≥ 6,1	≥ 7,0
или через 2 часа после ПГТТ	≥ 11,1	≥ 11,1
или случайное определение	≥ 11,1	≥ 11,1

HbA1c (гликозилированный гемоглобин) как диагностический критерий СД:


В качестве диагностического критерия СД выбран уровень HbA1c ≥ 6,5% (48 ммоль/моль).

Нормальным считается уровень HbA1c до 5,7%, при условии, что его определение произведено методом National Glicohemoglobin Standardization Program (NGSP), по стандартизованному Diabetes Control and Complications Trial (DCCT).

В случае отсутствия симптомов острой метаболической декомпенсации диагноз должен быть поставлен на основании двух цифр, находящихся в диабетическом диапазоне, например, дважды определенный HbA1c или однократное определение HbA1c + как минимум однократное определение уровня глюкозы.

Диагностические критерии СД

HbA1c ≥ 6,5%	Гликемия натощак ≥ 7,0
Гликемия через 2 часа после ПГТТ ≥ 11,1	У больного с классическими симптомами гипергликемии гликемия в любое время ≥ 11,1 ммоль/л

ONTUSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Врач общей практики – 1»	044-61/ Страница 38 из 122
Лекционный комплекс по дисциплине «Основы общей врачебной практики»	

Инструментальные исследования(по показаниям):

- ЭКГ– для выявления нарушений ритма, ишемии миокарда, признаков гипертрофии миокарда левогожелудочка, систолической перегрузки;
- ЭхоКГ– для выявления признаков дистрофии отдельных участков миокарда, зон ишемии, снижения показателей фракции изгнания, дилатации полостей сердца, гипертрофии миокарда;
- УЗИ органовбрюшной полости– для выявления сопутствующей патологии;
- УЗДГсосудов нижних конечностей – для выявления изменений скоростных показателей тока крови в магистральных артериях и артерияхстоп;
- Холтеровское мониторирование– для выявления скрытых подъемов АД, аритмии;
- Система СМГ–метод суточного непрерывногомониторирования гликемии с целью подбора и коррекции сахароснижающей терапии, обучения пациентов и вовлечения их в процесс лечения;
- Рентгенография стоп– дляоценки степени тяжестии глубины повреждения тканей при синдроме диабетической стопы;
- Микробиологическое исследование раневого отделяемого при трофических пораженияхстоп – для рациональной антибиотикотерапии;
- электромиография нижних конечностей – для ранней диагностики диабетической полинейропатии.

Показания для консультаций специалистов

Специалист	Цели консультации
Консультация офтальмолога	Для диагностики и лечения диабетического поражения глаз–попоказаниям
Консультация невролога	Для диагностики и лечения осложнений диабета– по показаниям
Консультация нефролога	Для диагностики илечения осложненийдиабета– попоказа- ниям
Консультация кардиолога	Для диагностики илечения осложненийдиабета– попоказа- ниям
Консультация ангиохирурга	Для диагностики илечения осложненийдиабета– попоказа- ниям

Алгоритмскрининга идиагностики сахарного диабета 2 типа.


Методы скрининга СД2 типа

Для выявленияпациентов,возможно,имеющихдиабет2типа,проводится скри- нинг. Скрининг СД2 типа начинается с определения гликемии на тощак. В случаеобнаружениянормог- ликемииилинарушениягликемииинатошак(НГН)– боль- ше5,5ммоль/л,номеньше6,1ммоль/лпокапиллярнойкровиибольше6,1 ммоль/л,номеньше7,0ммоль/лповенознойплазменазначаетсяпроведениепероральногоглюкозото- лерантнотеста (ПГТТ).

ПГТТ не проводится:

- на фонеострогозаболевания;
- нафонекратковременногоприемапрепаратов,повышающихуровеньгликемии (глюкокортикои- ды,тиреоидные гормоны, тиазиды, бета-адреноблокаторыидр.)

ПГТТследуетпроводитьутромнафонеменемнее3-дневногонеограниченногопита-

ONTUSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SKMA -1979-	SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Врач общей практики – 1»	044-61/ Страница 39 из 122	
Лекционный комплекс по дисциплине «Основы общей врачебной практики»		

ния (более 150 г углеводов в сутки). Тест должен предшествовать ночному голоданию в течение минимум 8-14 часов (можно пить воду). После забор крови натощак испытуемый должен не более чем за 5 мин выпить 75 г безводной глюкозы или 82,5 г моногидрата глюкозы, растворенных в 250-300 мл воды. Для детей нагрузка составляет 1,75 г безводной глюкозы на кг массы тела, не более 75 г. Через 2 часа осуществляется повторный забор крови.

Показания к проведению скрининга на бессимптомный диабет

- **Скрининг подлежат все лица, имеющие ИМТ ≥ 25 кг/м² и ниже перечисленные факторы риска:** малоподвижный образ жизни;
- родственники 1-й линии родства, страдающие сахарным диабетом;
- этнические популяции с высоким риском сахарного диабета;
- женщины, имеющие в анамнезе роды крупным плодом или установленный гестационный диабет; гипертензия ($\geq 140/90$ мм рт.ст. или на антигипертензивной терапии);
- уровень ЛПВП 0,9 ммоль/л (или 35 мг/дл) и/или уровень триглицеридов 2,82 ммоль/л (250 мг/дл); наличие HbA1c $\geq 5,7\%$, предшествующих нарушенной толерантности к глюкозе или нарушенной гликемии натощак;
- сердечно-сосудистые заболевания в анамнезе; другие клинические состояния, ассоциированные с инсулинорезистентностью (в том числе ожирение тяжелой степени, черный акантоз);

синдром поликистозных яичников. Если тест нормальный, необходимо повторять его каждые 3 года. В случае отсутствия факторов риска, скрининг проводится всем лицам старше 45 лет. Если тест нормальный, необходимо повторять его каждые 3 года.

Дифференциальный диагноз

Критерии дифференциальной диагностики СД 1 типа и СД 2 типа

СД 1 типа	СД 2 типа
Молодой возраст, остро начало (жажда, полиурия, похудание, наличие ацетона в моче)	Ожирение, АГ, малоподвижный образ жизни, наличие СД у ближайших родственников
Аутоиммунная деструкция β -клеток островков поджелудочной железы	Инсулинорезистентность в сочетании с секреторной дисфункцией β -клеток
Низкий уровень ИРИ, С-пептида, высокий титр специфических антител: GAD, IA-2, к островковым клеткам	Повышенный уровень ИРИ, С-пептида в крови, отсутствие специфических антител: GAD, IA-2, к островковым клеткам

ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ НА АМБУЛАТОРНОМ УРОВНЕ:

Амбулаторному лечению подлежат пациенты с СД 2 типа без острых осложнений.

Цели лечения:

достижение индивидуальных целевых уровней гликемии и HbA1c; нормализация АД;

- нормализация липидного обмена;
- профилактика осложнений СД.

Данным целевым уровням HbA1c будут соответствовать следующие целевые значения пре/постпрандиального уровня глюкозы плазмы

НbA1c	Глюкозаплазмы натощак/ передедой, ммоль/л	Глюкоза плазмы через 2 часа послееды, ммоль/л
< 6,5	< 6,5	< 8,0
< 7,0	< 7,0	< 9,0
< 7,5	< 7,5	<10,0
< 8,0	< 8,0	< 11,0

Целевые показатели липидногообменабольныхСД

Группы риска	Целевые значения ХСЛНП, ммоль/л
Сумеренным сердечно-сосудистым риском	<2,6
Свысоким сердечно-сосудистым риском	<1,8
Сочень высокимсердечно-сосудистым риском	<1,4илиснижениена 50%

Целевые показатели АДубольныхСД

Возраст	Систолическое АД, ммрт. ст. *	Диастолическое АД мм рт.ст. *
18-65лет	≥ 120и<130	≥ 70и <80
> 65лет	≥ 130и<140	

Тактикалечения СД 2 типа: Диетотерапия; Физическаяактивность; Обучение и самоконтроль; Сахароснижающиепрепараты.

Немедикаментозное лечение:

Диета№ 9

Физическаяактивность –с учетомсостояния сердечно-сосудистойсистемы Обучение в Школедиабета

Самоконтроль иСМГ (суточный непрерывный мониторинг глюкозы)

Медикаментозное лечение:

Общиепринципы начала иинтенсификациисахароснижающей терапии(ССТ):

стратификациялечебнойтактикиивзависимостиотисходногоуровняНbA1c, выявленногоприпостановкедиагноза СД 2типаисостояния пациента;

мониторингэффективностиССТпоуровнюНbA1cосуществляетсякаждые3 мес;

изменение(интенсификация)ССТприееэффективности(т.е.приотсутствии достиженияиндивидуальныхцелейНbA1c)выполняетсянепозднеечемчерез3-6 мес.

Переченьосновныхлекарственныхсредств(имеющих100%вероятность применения):

Фармакологическая группа	Международное непатентованное наименование ЛС
Препараты СМ	Гликлазид
	Глимепирид



	Глибенкламид
Глиниды	Репаглинид
Бигуаниды	Метформин
ТЗД (глитазоны)	Пиоглитазон
Ингибиторы α-глюкозидазы	Акарбоза
арГПП-1	Дулаглутид
	Лираглутид
	Ликсисенатид
	Эксенатид
иДПП-4	Ситаглиптин
	Алоглиптин
	Вилдаглиптин
	Линаглиптин
иНГЛТ-2	Эмпаглифлозин
	Дапаглифлозин
	Канаглифлозин
Комбинированные	Ситаглиптин+Метформин
препараты	Алоглиптин+Метформин
	Вилдаглиптин+Метформин
	Линаглиптин+Метформин
	Дапаглифлозин+Метформин
	Эмпаглифлозин+Метформин
	Канаглифлозин+Метформин
	Линаглиптин+Эмпаглифлозин
Инсулиныультракороткого	Инсулинлизпро
действия(аналогиинсулина	Инсулинаспарт
	Инсулинглулизин
Инсулины короткого	Инсулинрастворимый человеческий генно-инженерный
действия	
Инсулины сред-нейпродолжительности дей-ствия	Изофан-инсулин человеческий генно-инженерный
Инсулины длительного	Инсулингларгин 100 ЕД/мл
действия(аналогиинсулина	

человека)	Инсулиндетемир 100 ЕД/мл
-----------	--------------------------

Инсулины сверхдлительного действия	Инсулиндеглудек
(аналоги инсулина человека)	Инсулингларгин 300 ЕД/мл
Готовые смеси инсулинов короткого действия и НПХ-инсулинов	Инсулин двухфазный человеческий генно-инженерный
Готовые смеси аналогов инсулина ультракороткого действия	Инсулинлизпрод двухфазный 25/75
протаминированных аналогов короткого действия	Инсулинлизпрод двухфазный 50/50
Готовые комбинации Аналогов инсулина сверхдлительного действия и аналогов инсулина ультракороткого действия	Инсулиндеглудек + Инсулинаспарт в соотношении 70/30
Комбинированные инъекционные препараты	Инсулингларгин + ликсисенатид
длительного и сверхдлительного инсулина и аргПП-1	Инсулиндеглудек + лираглутид

			– нет информации подолго-срочной эффективности и безопасности	
Средства, блокирующие всасывание глюкозы				
Ингибитор альфа-глюкозидаз	0,5 – 0,8	– не влияет на массу тела – низкий риск гипогликемии – снижает риск развития СД 2 типа	– желудочно-кишечный дискомфорт – низкая эффективность –	Противопоказан при заболеваниях ЖКТ; почечной и печеночной недостаточности; кетоацидозе; беременности и лактации.




– акарбоза				
Ингибиторы НГЛТ-2				
– дапаглифлозин				
– эмпаглифлозин				
– канаглифлозин				
Инсулины				
Средства, ингибирующие реабсорбцию глюкозы в почках				

Дальнейшее ведение:

Перечень лабораторных показателей, требующих динамического контроля у пациентов СД 2 типа:

Лабораторный показатель	Частота обследования
-------------------------	----------------------

ОҢТҮСТІК-ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Врач общей практики – 1»	044-61/ Страница 44 из 122
Лекционный комплекс по дисциплине «Основы общей врачебной практики»	


Самоконтроль гликемии	В дебюте заболевания и при декомпенсации – ежедневно несколько раз в день. В дальнейшем, в зависимости от вида ССТ: - на интенсифицированной инсулинотерапии: не менее 4 раз
	ежедневно; - на ПССТ и/или ГПП-1 и/или базальном инсулине: не менее 1 раза в сутки в разное время суток + 1 гликемический профиль (не менее 4 раз в сутки) в неделю; - на готовых смесях инсулина: не менее 2 раз в сутки в разное время + 1 гликемический профиль (не менее 4 раз в сутки) в неделю;
HbA1c	1 раз в 3 месяца
Биохимический анализ крови (общий белок, холестерин, ХС ЛПНП, ХС ЛПВП, триглицериды, билирубин, АСТ, АЛТ, креатинин, расчет СКФ, К, Na,)	1 раз в год (при отсутствии изменений)
ОАК	1 раз в год
ОАМ	1 раз в год
Определение в моче соотношения альбумина и креатинина	1 раз в год
Определение кетоновых тел в моче и крови	По показаниям
Определение ИРИ	По показаниям

Индикаторы эффективности лечения: достижение индивидуальных целей HbA1c и гликемии; достижение целевых показателей липидного обмена; достижение целевых уровней АД; развитие мотивации к самоконтролю.

ПОКАЗАНИЯ ДЛЯ ГОСПИТАЛИЗАЦИИ СУКАЗАНИЕМ ТИПА ГОСПИТАЛИЗАЦИИ:

Показания для плановой госпитализации:

состояние декомпенсации углеводного обмена, некорректируемое в амбулаторных условиях; частоповторяющиеся гипогликемии в течение месяца и более; прогрессирование неврологических и сосудистых (ретинопатия, нефропатия) осложнений СД 2

ОҢТҮСТІК-ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Врач общей практики – 1»	044-61/ Страница 45 из 122
Лекционный комплекс по дисциплине «Основы общей врачебной практики»	

типа, синдром диабетической стопы;
 беременные с СД2 типа, выявленным вовремя беременности.

Показания для экстренной госпитализации:

комы – гиперосмолярная, гипогликемическая, кетоацидотическая, молочнокислая.

IV. Иллюстративный материал: прилагается

V. Литература: в конце

VI. Контрольные вопросы (обратная связь):

1. Эпидемиология.
2. Классификация.
3. Диагностика.
4. Тактика ведения в амбулаторных условиях.
5. Показания к госпитализации.
6. Динамическое наблюдение.
7. Вопросы врачебно-трудовой экспертизы.
8. Профилактика.