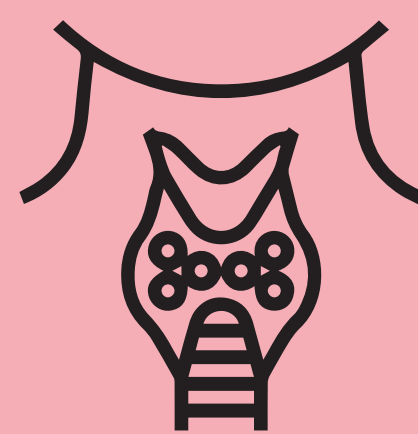


Гипертиреоз



— клинический синдром, характеризующийся повышенной секрецией гормонов щитовидной железы и уменьшением ТТГ, с характерной клинической симптоматикой тиреотоксикоза.

СОЦИАЛЬНОЕ ЗНАЧЕНИЕ





Частота тиреотоксикоза в России составляет 1,2%. Но проблема тиреотоксикоза определяется не столько его распространённостью, сколько тяжестью последствий: влияя на обменные процессы, он ведёт к развитию тяжёлых изменений во многих системах организма (сердечно-сосудистой, нервной, пищеварительной, репродуктивной и др.).

ЗАБОЛЕВАНИЕ У ЖЕНЩИН
ВСТРЕЧАЕТСЯ

в 7 раз чаще

Пик заболеваемости — 20-40 лет

КРАСНЫЕ ФЛАГИ

-   аритмии сердца (фибрилляция предсердий)
-  развитие тиреотоксического психоза (агрессия, эмоциональная лабильность)
-  сердечная недостаточность

ПРИЧИНЫ И ФАКТОРЫ РИСКА

- ◆ Аутоиммунный тиреоидит
- ◆ Послеродовой тиреоидит
- ◆ Лекарства (амиодарон, L-тироксин, интерферон)
- ◆ Токсическая аденома ЩЖ (болезнь Пламмера)
- ◆ ДТЗ (болезнь Грейвса-Базедова)
- ◆ Опухоли вне щитовидной железы (struma ovarii)
- ◆ Аденома гипофиза



КЛАССИФИКАЦИЯ

- ◆ **СУБКЛИНИЧЕСКИЙ ТИРЕОТОКСИКОЗ**
(ТТГ снижен, Т4св. и Т3св. в норме)
- ◆ **МАНИФЕСТНЫЙ ТИРЕОТОКСИКОЗ**
(ТТГ снижен, Т4св. и/или Т3св. повышены)
- ◆ **ОСЛОЖНЁННЫЙ ТИРЕОТОКСИКОЗ**
(имеются тяжёлые осложнения, такие как фибрилляция предсердий, тромбоэмболия, психоз)



КЛИНИКА

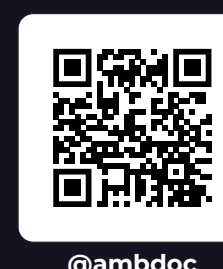
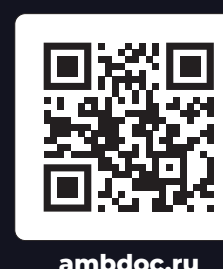
- ◆ ССС: перебои в работе сердца, тахикардия, одышка, артериальная гипертензия
- ◆ ЖКТ: повышение аппетита, снижение массы тела
- ◆ ЦНС: чувство беспокойства, нарушение сна, плаксивость, эмоциональная лабильность, тревога
- ◆ Эндокринная офтальмопатия (экзофтальм, боль при движении глазами, отёк и припухлость век, гиперемия конъюнктивы, ограничения подвижности глазодвигательных мышц)
- ◆ Выраженное увеличение области щитовидной железы

ДИАГНОСТИКА

- 1 Лабораторная
 - ◆ ТТГ (ниже 4 мкМЕ/мл)
 - ◆ Т4св. (выше референса)
 - ◆ Т3св. (выше референса)
 - ◆ антитела к рецепторам ТТГ (повышены при ДТЗ)
- 2 Инструментальная
 - ◆ УЗИ щитовидной железы
 - ◆ КТ, МРТ шеи
 - ◆ Сцинтиграфия щитовидной железы (равномерное усиление захвата препарата при ДТЗ и снижение захвата при аутоиммунном тиреоидите)

ЛЕЧЕНИЕ

- 1 Немедикаментозное
 - ◆ ограничение потребления йода с пищей
- 2 Медикаментозное лечение
 - ◆ Тиреостатики — тиамазол, пропилтиоурацил
 - ◆ Лучевая терапия (терапия радиоактивным йодом)
 - ◆ Хирургическое лечение (струмэктомия) — при неэффективности медикаментозной терапии с последующим приёмом левотироксина натрия



Гипотиреоз








— состояние, обусловленное стойким дефицитом гормонов щитовидной железы в крови или снижением их эффекта.



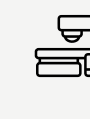




СОЦИАЛЬНОЕ ЗНАЧЕНИЕ

Гипотиреоз в России встречается с частотой 21 на 1000 у женщин и 19 на 1000 у мужчин. Несмотря на распространённость, гипотиреоз очень часто выявляется с опозданием.

КРАСНЫЕ ФЛАГИ

-  Отёчный синдром
-  Декомпенсация ХСН
-  Гидроперикард, гидроторакс, асцит
-  Тяжёлая депрессия
-  Дислипидемия

ФАКТОРЫ РИСКА

- 40+ Женщины старше 40 лет
-  Женщины в послеродовом периоде (через 6 месяцев)
-  Любое заболевание щитовидной железы в анамнезе
-  Лучевая терапия на область головы и/или шеи
-  Приём препаратов лития карбонат и амиодарон
-  Сопутствующие аутоиммунные заболевания
-  Отягощённый семейный анамнез по гипотиреозу
-  Увеличение размеров щитовидной железы



КЛАССИФИКАЦИЯ

По уровню поражения

- ◆ Первичный (поражение на уровне щитовидной железы)
- ◆ Вторичный и третичный (гипоталамо-гипофизарный уровень)

По степени тяжести

- ◆ Манifestный (явный) — высокий ТТГ, низкий Т4св
- ◆ Субклинический — высокий ТТГ, нормальный Т4св



КЛИНИКА

КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА НЕСПЕЦИФИЧНА

- ◆ Сухость кожи
- ◆ Одутловатость лица
- ◆ Отёчность конечностей
- ◆ Грубый голос
- ◆ Ломкость ногтей
- ◆ Выпадение волос
- ◆ Увеличение массы тела, ощущение зябкости
- ◆ Снижение температуры тела
- ◆ Артериальная гипертензия (преимущественно диастолическая)
- ◆ Брадикардия

МАСКИ ГИПОТИРЕОЗА

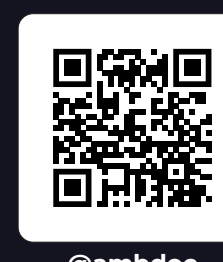
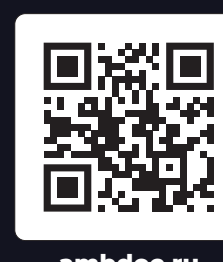
- ◆ Гастроэнтерологические маски: обстипация, дискинезия желчных путей, желчнокаменная болезнь, желтуха
- ◆ Кардиологические маски: гипотензия или гипертензия, дислипидемия, перикардит
- ◆ Респираторные маски: синдром ночного апноэ, плевральный выпот неясного генеза, хронический ларингит
- ◆ Неврологические маски: туннельные синдромы, снижение памяти и когнитивных функций
- ◆ Ревматологические маски: полиартрит, полисиновит, прогрессирующий остеоартроз
- ◆ Гинекологические маски: нарушения менструального цикла, бесплодие
- ◆ Гематологические маски: железодефицитная или В12- дефицитная анемия
- ◆ Психиатрические маски: депрессия, деменция

ДИАГНОСТИКА

- 1 Лабораторная
 - ◆ ТТГ (выше 4 мкМЕ/мл)
 - ◆ Т4св. (ниже референсного интервала)
- 2 Инструментальная
 - ◆ УЗИ щитовидной железы
 - ◆ ЭКГ

ЛЕЧЕНИЕ

- 1 Медикаментозное лечение
 - ◆ Заместительная терапия: левотироксин натрия (L-тироксин, Эутирокс)



— боль в области головы, мучительное и лишающее возможностей нормально функционировать состояние.

ОСНОВНЫЕ ПРИЧИНЫ И ВОПРОСЫ, ТРЕБУЮЩИЕ ОТВЕТА

1. Сопровождается ли приступ головной боли тошнотой (или даже рвотой), непереносимостью света и звуков, запахов?
2. Возникает ли желание лечь в тёмной и тихой комнате?
3. Головная боль односторонняя (иррадиация в область глаза и виска), пульсирующая и усиливается от физической нагрузки?
4. Боль ощущается вокруг головы? Она сжимающая и напоминает ощущение каски, туго надетой на голову?
5. Головная боль возникает после эмоциональных переживаний (стресса) или после длительной работы в напряжённой позе?
6. Были ли похожие головные боли у родственников?

Приём обезболивающих не должен быть бесконтрольным и чрезмерным. Избыточное использование любых обезболивающих препаратов (более 10-12 дней в месяц даже по одной таблетке/уколу в сутки) может привести к развитию абзусной (лекарственной) головной боли.

КРАСНЫЕ ФЛАГИ

- ◆ Впервые возникла после 50 лет или изменила свой паттерн
- ◆ «Громоподобная головная боль»
- ◆ Строго односторонняя
- ◆ Прогрессивно нарастающая без ремиссий
- ◆ Фокальные неврологические знаки
- ◆ Признаки внутричерепной гипертензии или системного заболевания
- ◆ Онкология, ВИЧ-инфекция, иммунодефицитное состояние, эндокринные заболевания в анамнезе
- ◆ Неэффективность адекватного лечения

КЛАССИФИКАЦИЯ

◆ ПЕРВИЧНАЯ 95-98% (не связана с другими заболеваниями)

- ◆ Мигрень
- ◆ Головная боль напряжения
- ◆ Пучковая (кластерная) головная боль и другие тригеминальные вегетативные цефалгии
- ◆ Другие первичные головные боли

◆ ВТОРИЧНАЯ 2-5% (симптоматическая, связана с другими заболеваниями)

- ◆ Вследствие соматических заболеваний (например, артериальная гипертензия), травм, метаболических расстройств, интоксикации или приёма лекарственных средств

NB! Только в 2-4% головная боль является симптомом тяжёлого и угрожающего жизни заболевания

ДИАГНОСТИКА

1 Клиническая

Головная боль напряжения

1. От 30 мин до 7 дней
2. Как минимум 2 из следующих признаков:
 - ◆ двухсторонняя локализация
 - ◆ давящий/сжимающий/непульсирующий характер
 - ◆ нарастающая интенсивность
 - ◆ не усиливается при обычной физической активности (ходьба, подъём по лестнице)
3. Оба из следующих признаков:
 - ◆ отсутствует тошнота или рвота
 - ◆ только один из симптомов: фото- или фонофобия
4. Не связана с другими расстройствами

Абзусная головная боль

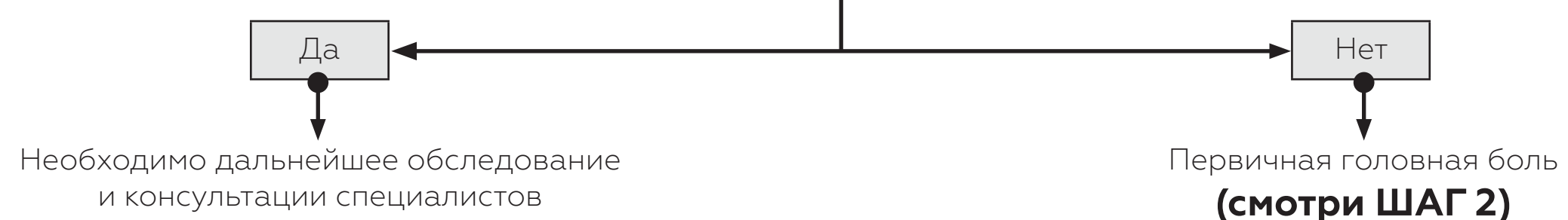
- ◆ Возникает > 15 дней в месяц у пациента, исходно имеющего головную боль
- ◆ Регулярное, на протяжении более чем 3-х месяцев, злоупотребление одним или более препаратами для купирования острого приступа и/или симптоматического лечения головной боли
- ◆ Не соответствует в большей степени другому диагнозу

2 Алгоритм диагностики

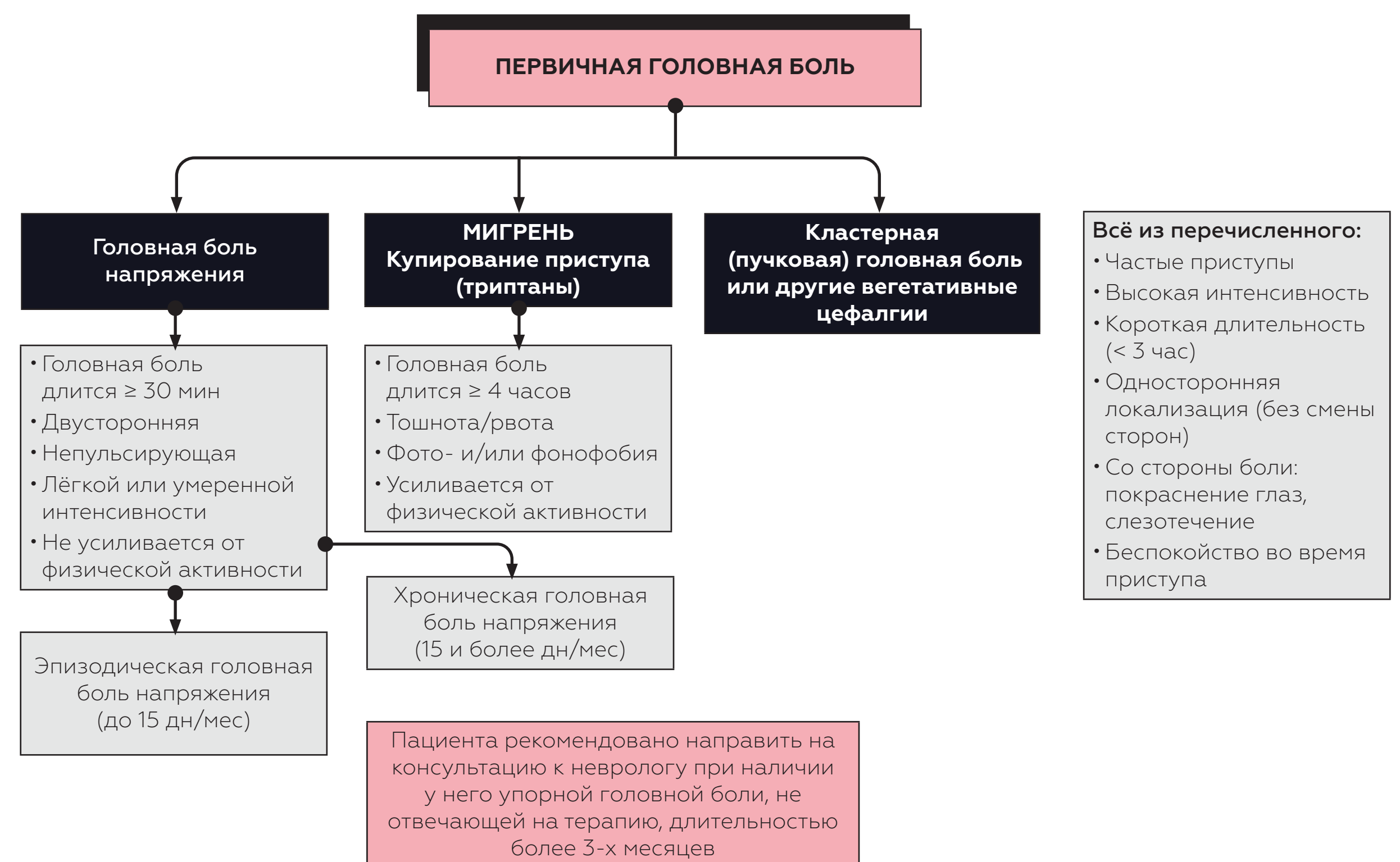
1. Острое и/или внезапное начало/впервые возникшая головная боль
2. Начало головной боли у пациента старше 50 лет
3. Нарастание интенсивности и/или частоты головной боли
4. Головная боль сопровождается зрительными и/или чувствительными и/или двигательными нарушениями
5. Ночная головная боль
6. Усиление головной боли при кашле, натуживании, чихании, в вертикальном положении
7. Лихорадка, сыпь, миалгия/артралгия, увеличенное СОЭ (признаки системного заболевания)
8. Головная боль при иммунодефицитных состояниях, онкологических заболеваниях, беременности

ШАГ 1

Один и более положительных ответов (имеется высокая вероятность симптоматической головной боли)



ШАГ 2



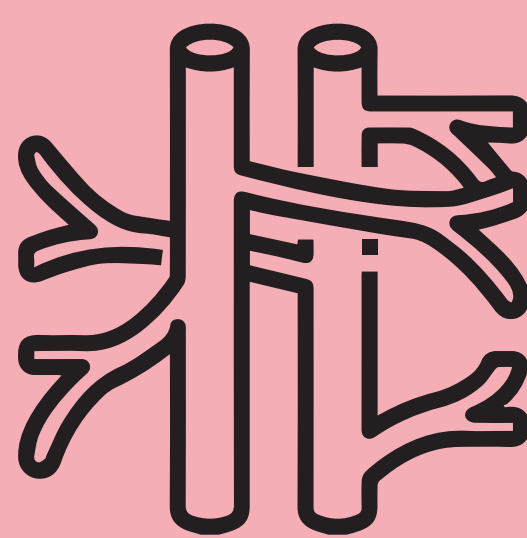
★ Два «золотых правила» диагностики первичной головной боли

- 1 Диагностика первичных ГБ является исключительно клинической, т.е. базируется на жалобах, данных анамнеза и объективного осмотра и не требует дополнительных исследований
- 2 Дополнительные обследования проводятся только при наличии показаний

ЛЕЧЕНИЕ

- 1 Немедикаментозное
 - ◆ Психотерапия
 - ◆ Массаж
 - ◆ Релаксационные техники
- 2 Медикаментозное
 - ◆ Антидепрессанты (например, Амитриптилин, Флуоксетин)
 - ◆ Миорелаксанты (например, Тизанидин, Толперизон)
 - ◆ НПВП

Хроническая венозная недостаточность



— комплекс клинических признаков и симптомов, обусловленных венозной гипертензией вследствие нарушения оттока крови из вен нижних конечностей.

СОЦИАЛЬНОЕ ЗНАЧЕНИЕ

Хронической венозной недостаточностью страдают:

- От 15 до 50% трудоспособного населения
- До 80% лиц пожилого возраста
- Трофические язвы отмечаются у 1% населения

Распространённость заболевания среди женщин в 2 раза выше, чем у мужчин: 2,6% женщин и 1,9% мужчин ежегодно.

КРАСНЫЕ ФЛАГИ



Боль по ходу вены, ограничивающая движения, сопровождающаяся внезапно нарастающим отёком



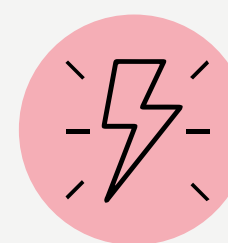
Повышение температуры тела до 38°C, озноб



Нарастающий отёк нижней конечности при отсутствии признаков варикозного расширения поверхностных вен и трофических изменений кожи

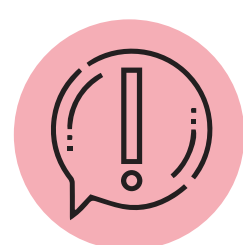
ПРИЧИНЫ И ФАКТОРЫ РИСКА

- ◆ Наследственность
- ◆ Избыточная масса тела и ожирение
- ◆ Профессиональный фактор: длительное пребывание в положении стоя (стюардессы, учителя, врачи, продавцы)
- ◆ Гормональные изменения (беременность, роды, приём КОК)
- ◆ Ношение тесного белья
- ◆ Женский пол



КЛАССИФИКАЦИЯ

- ◆ **Варикозная болезнь нижних конечностей**
первичная варикозная трансформация поверхностных вен.
- ◆ **Посттромботическая болезнь**
органическое поражение глубоких вен вследствие перенесённого тромбоза
- ◆ **Телеангиоэктазии и ретикулярный варикоз**
расширение внутрикожных вен и мелких подкожных вен (ретикулярные вены)



КЛИНИКА

Субъективные симптомы:

- ◆ Боль
- ◆ Чувство тяжести и распираания
- ◆ Покалывание
- ◆ Жжение
- ◆ Зуд
- ◆ Мышечные судороги
- ◆ Усталость и утомляемость в ногах
- ◆ Синдром беспокойных ног
- ◆ Регресс симптомов после отдыха в горизонтальном положении

Объективные симптомы:

- ◆ Расширенные вены
- ◆ Отёк голени
- ◆ Изменения кожи и подкожной клетчатки, трофические язвы



ДИАГНОСТИКА

1 Лабораторная

- ◆ ОАК
- ◆ коагулограмма

2 Инструментальная

- ◆ Ультразвуковое дуплексное сканирование сосудов ног



ЛЕЧЕНИЕ

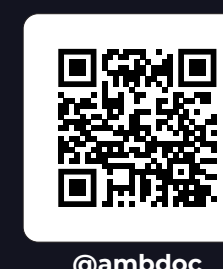
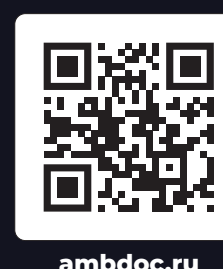
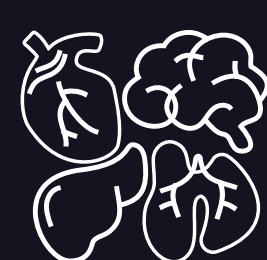
1 Немедикаментозное

- ◆ Компрессионный трикотаж
- ◆ Двигательная активность, ЛФК

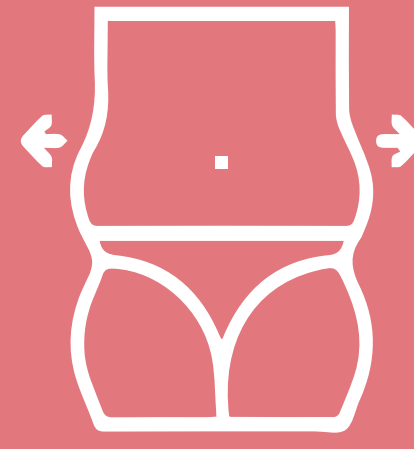
2 Медикаментозное

- ◆ Венотоники
- ◆ Склеротерапия

3 Хирургическое



Ожирение



— хроническое мультифакторное гетерогенное заболевание, проявляющееся избыточным образованием жировой ткани, прогрессирующее при естественном течении, имеющее высокий кардиометаболический риск и специфические осложнения.

СОЦИАЛЬНОЕ ЗНАЧЕНИЕ

6 место

занимает Российская Федерация по распространённости ожирения среди всех стран мира

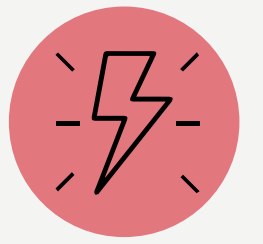
Распространенность избыточной массы тела и ожирения в Российской Федерации составляет около 60% и 30% соответственно.

КРАСНЫЕ ФЛАГИ

- Повышение АД
- Дислипидемия
- Гипергликемия
- Олигоменорея / аменорея

ПРИЧИНЫ

- Психологические и поведенческие (высококалорийное питание, низкая физическая активность, нарушение суточного ритма приёма пищи, алкоголь)
- Наследственная предрасположенность



КЛАССИФИКАЦИЯ

Индекс массы тела используется для диагностики избыточной массы тела и ожирения, а также для оценки его степени (масса тела в килограммах, делённая на квадрат роста в метрах, кг/м²)

Нормальная масса тела	Избыточная масса тела	Ожирение I степени	Ожирение II степени	Ожирение III степени
ИМТ 18,5- 24,9	ИМТ 25,0-29,9	ИМТ 30,0-34,9	ИМТ 35,0-39,9	ИМТ ≥40



КЛИНИКА

Клиническая картина при ожирении определяется увеличенной массой тела и наличием коморбидных заболеваний, течение которых пропорционально усугубляется в зависимости от степени ожирения. Такие симптомы и жалобы, как повышение АД, головные боли, повышенное потоотделение, одышка при физической нагрузке и в покое, храп во сне, нарушение менструального цикла у женщин, снижение потенции у мужчин и т.д. обусловлены ассоциированными с ожирением заболеваниями.

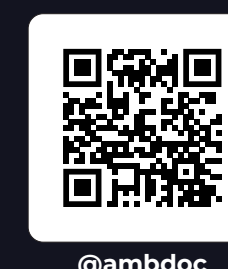
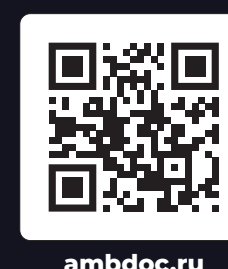


ДИАГНОСТИКА

- 1 Лабораторная
 - ◆ Липидный спектр крови (ХС, ЛПНП, ЛПВП, ТГ)
 - ◆ Глюкоза крови, оральный глюкозотолерантный тест или гликированный гемоглобин (HbA1c)
 - ◆ АЛТ, АСТ, ГГТП
 - ◆ Мочевая кислота
 - ◆ Креатинин, мочевины
 - ◆ ТТГ
- 2 Инструментальная
 - ◆ ЭКГ
 - ◆ Холтеровское мониторирование ЭКГ
 - ◆ Дуплексное сканирование вен нижних конечностей
 - ◆ УЗИ печени и желчевыводящих путей

ЛЕЧЕНИЕ

- 1 Немедикаментозное
 - ◆ Гипокалорийная диета: дефицит 500-700 ккал от физиологической потребности с учётом массы тела, возраста и пола
 - ◆ Школы по ожирению: обучение пациентов, направленное на изменение образа жизни
 - ◆ Физическая активность: регулярные аэробные физические упражнения (150 минут в неделю)
- 2 Медикаментозное лечение
 - ◆ Ингибитор желудочно-кишечной липазы (эффект в пределах ЖКТ и не обладает системными эффектами): Орлистат
 - ◆ Ингибитор обратного захвата серотонина, норадреналина и дофамина в синапсах ЦНС: Сибутрамин
 - ◆ Аналог человеческого глюкагоноподобного пептида-1 (ГПП-1): Лираглутид, Эксенатид, Дулаглутид
 - ◆ У пациента с ожирением и инсулинорезистентностью (нарушенная гликемия натощак, нарушенная толерантность к глюкозе) с целью снижения риска развития СД 2 типа: Метформин
- 3 Хирургическое
 - ◆ Бариатрическая хирургия



Сахарный диабет

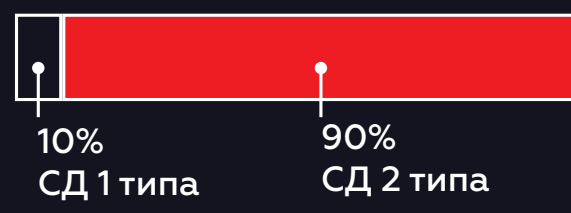
2 типа



— эндокринное заболевание, характеризующееся нарушением (снижением) выработки инсулина и / или снижением чувствительности периферических тканей (жировой и мышечной) к действию инсулина и их способности к утилизации глюкозы (т.е. попадания глюкозы из крови в клетки), в результате чего развивается гипергликемия (повышенный уровень глюкозы в крови).

СОЦИАЛЬНОЕ ЗНАЧЕНИЕ

9 млн
пациентов с СД



Реальная численность пациентов с СД в РФ не менее 9 млн человек (около 6% населения). За 2022 год их количество увеличилось на 345 тыс. человек — рост по сравнению с прошлым годом составил 15%. На долю СД 2 типа приходится около 90% диабета.

КРАСНЫЕ ФЛАГИ

- Нарушение сознания: сопор, кома
- Боли в животе и мышцах
- Артериальная гипотония
- Гипогликемия
- Кетоацидоз

ФАКТОРЫ РИСКА

- Возраст старше 45 лет
- Избыточная масса тела или ожирение (ИМТ > 25 кг/м²)
- Семейный анамнез СД
- Сердечно-сосудистые заболевания в анамнезе
- Артериальная гипертензия ($\geq 140/90$ мм рт. ст. или медикаментозная антигипертензивная терапия)
- Холестерин ЛВП $\leq 0,9$ ммоль/л и/или уровень триглицеридов $\geq 2,82$ ммоль/л
- Синдром поликистозных яичников
- Привычно низкая физическая активность
- Нарушенная гликемия натощак или нарушенная толерантность к глюкозе в анамнезе
- Гестационный СД или рождение крупного плода в анамнезе

КЛАССИФИКАЦИЯ

1. Манифестный сахарный диабет
2. Предиабет (включает нарушение толерантности к глюкозе и повышенную гликемию натощак)

КЛИНИКА

1. Слабость
2. Быстрая утомляемость
3. Снижение памяти
4. Жажда (до 3-5 л/сут)
5. Кожный зуд
6. Полиурия
7. Никтурия
8. Снижение массы тела
9. Фурункулез, грибковые инфекции
10. Плохое заживление ран

ДИАГНОСТИКА

1 Лабораторная

- ◆ Глюкоза крови натощак (СД больше 7,0 ммоль/л, повышенная гликемия натощак от 6,1 до 6,99 ммоль/л)
- ◆ Случайное определение уровня глюкозы плазмы (СД больше 11,1 ммоль/л)
- ◆ Гликированный гемоглобин (СД выше 6,5%)
- ◆ Глюкозотолерантный тест (ПГТТ) с 75 г глюкозы (СД больше 11,1 ммоль/л, от 7,8 до 11,09 ммоль/л нарушенная толерантность к глюкозе)
- ◆ ОАК
- ◆ Креатинин с расчётом скорости клубочковой фильтрации (СКФ)
- ◆ Мочевина, мочевая кислота, холестерин общий, ХЛНП, ХЛВП, триглицериды, калий, натрий
- ◆ ОАМ
- ◆ Определение альбумина или соотношения альбумин / креатинин в утренней порции мочи
- ◆ Уровень С-пептида в крови лицам с СД 2 типа для дифференциальной диагностики с СД 1 типа

2 Инструментальная

- ◆ ЭКГ
- ◆ Осмотр глазного дна

СКРИНИНГ

- ◆ Скрининг осложнений и уточнений сопутствующей патологии сразу при установлении диагноза всем пациентам СД 2 с целью своевременного назначения необходимого лечения

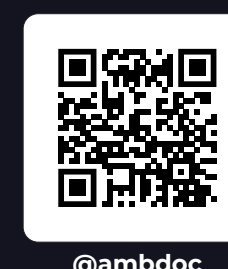
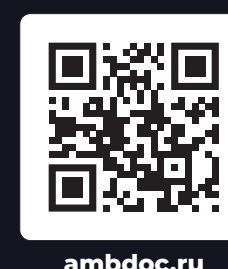
ЛЕЧЕНИЕ

1 Немедикаментозное

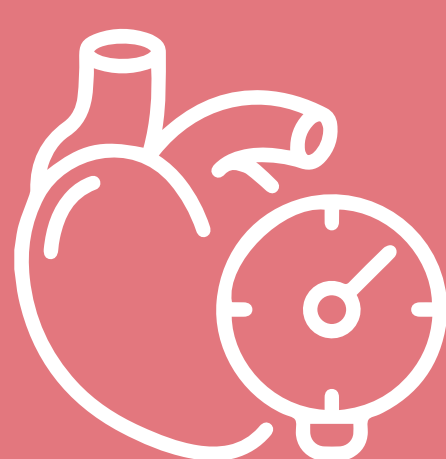
- ◆ Рациональное питание с ограничением простых углеводов
- ◆ Поддержание нормальной массы тела
- ◆ Аэробные нагрузки, плавание, езда на велосипеде, ходьба
- ◆ Школа диабета

2 Медикаментозное лечение

- ◆ Производные сульфонилмочевины (Глибенкламид, Гликлазид)
- ◆ Меглитиниды (Репаглинид)
- ◆ Бигуаниды (Метформин)
- ◆ Тиазолидиндионы (Пиоглитазон, Росиглитазон)
- ◆ Агонисты рецепторов ГПП-1 (Лираглутид, Дулаглутид)
- ◆ Ингибиторы ДПП-4 (Вилдаглиптин, Ситаглиптин, Саксаглиптин)
- ◆ Ингибиторы натрий-глюкозного котранспортера 2 типа (Эмпаглифлозин, Дапаглифлозин, Ипраглифлозин)
- ◆ Инсулинотерапия (на поздних стадиях или кратковременно при декомпенсации)



Артериальная гипертензия



— хронически протекающее заболевание, основным проявлением которого является повышение АД, не связанное с выявлением причин, приводящих к развитию вторичных форм АГ (симптоматические АГ).

СОЦИАЛЬНОЕ ЗНАЧЕНИЕ

Распространённость АГ среди населения России

30-45% у взрослого населения

47% у мужчин **40%** у женщин

>60% у лиц старше 60 лет

Повышение АД является основным фактором развития преждевременной смерти и случаев инвалидизации.

КРАСНЫЕ ФЛАГИ

- Острая боль в груди
- Внезапная одышка
- Обморок
- Острая потеря зрения
- Острое нарушение функции почек (олигоанурия)
- Резистентная АГ (АД выше 140/90 на тройной антигипертензивной терапии)

ФАКТОРЫ РИСКА

- 1 Немодифицируемые
 - ◆ Мужской пол
 - ◆ Возраст (мужчины >55 лет, женщины >65 лет)
 - ◆ Наследственность
- 2 Модифицируемые
 - ◆ Низкая физическая активность
 - ◆ Курение, алкоголь
 - ◆ Избыточная масса тела или ожирение
 - ◆ Гиперхолестеринемия (дислипидемия)
 - ◆ Сахарный диабет
 - ◆ Употребление соли (> 5 г/сут)
 - ◆ Стресс



КЛАССИФИКАЦИЯ

- 1 По течению
 - ◆ Рефрактерная АГ — форма АГ, при лечении которой отмечается отсутствие достижения целевых значений АД (<140/90) при применении 3 и более
 - ◆ Злокачественная АГ — протекает с развитием острого повреждения органов-мишеней (острое почечное повреждение, декомпенсированная ХСН, отёк соска зрительного нерва и кровоизлияния на сетчатке)



2 По стадиям

СТАДИЯ I — отсутствие поражений органов мишеней (ПОМ) и ассоциированных клинических состояний (АКС) с возможным наличием факторов риска

Факторы сердечно-сосудистого риска у пациентов с АГ:

- ◆ Возраст ≥55 лет у мужчин, ≥65 лет у женщин;
- ◆ Курение
- ◆ Дислипидемия
- ◆ Гиперурикемия
- ◆ Гликемия натощак
- ◆ Нарушение толерантности к глюкозе
- ◆ Избыточная масса тела
- ◆ Семейный анамнез развития ССЗ в молодом возрасте
- ◆ Ранняя менопауза
- ◆ Малоактивный образ жизни

СТАДИЯ II подразумевает наличие бессимптомного ПОМ, связанного с АГ и/или ХБП СЗ (СКФ 30–59 мл/мин), и/или СД без поражения органов-мишеней и предполагает отсутствие АКС.

К бессимптомным ПОМ относится:

- ◆ Артериальная жёсткость
- ◆ Пульсовое давление
- ◆ ЭКГ и ЭХОКГ признаки ГЛЖ
- ◆ Альбуминурия
- ◆ Выраженная ретинопатия

СТАДИЯ III определяется наличием

- ◆ АКС (ИБС, ХСН 2А-3 стадии, ФП, стентирование или АКШ, ПИКС, ОНМК или транзиторная ишемическая атака, аневризма аорты, периферический атеросклероз)

3 По степени

ВЫСОКОЕ НОРМАЛЬНОЕ	СТЕПЕНЬ 1	СТЕПЕНЬ 2	СТЕПЕНЬ 3
САД 130-139 ДАД 85-89	САД 140-159 ДАД 90-99	САД 160-179 ДАД 100-109	САД ≥180 ДАД ≥110



КЛИНИКА СИМПТОМЫ НЕСПЕЦИФИЧНЫ

- ◆ Головные боли (особенно в височно-затылочной области) при внезапном повышении АД
- ◆ Головокружение
- ◆ Сердцебиение
- ◆ Кровотечение из носа
- ◆ Расстройство зрения (мелькание «мушек» перед глазами)
- ◆ Ощущение жара, потливость, приливы



ДИАГНОСТИКА

1 Лабораторная

- ◆ Общий анализ крови
- ◆ Биохимический анализ крови: глюкоза, ЛПНП, калий, натрий, мочевая кислота, креатинин с расчётом СКФ
- ◆ Анализ мочи

2 Инструментальная

- ◆ ЭКГ в 12 отведениях,
- ◆ ЭХОКГ,
- ◆ Исследование сосудов глазного дна,
- ◆ Дуплексное сканирование сонных артерий у мужчин > 40 лет и женщин > 50 лет при ИМТ > 30 кг/м² и общем ХС ≥ 5,0 ммоль/л,
- ◆ УЗИ почек
- ◆ Лодыжечно-плечевой индекс



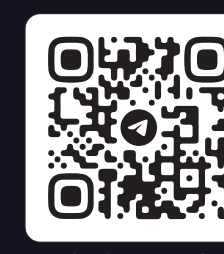
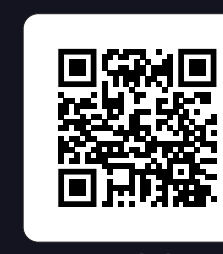
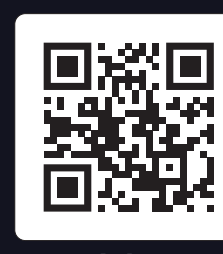
ЛЕЧЕНИЕ

1 Немедикаментозное

- ◆ Физическая активность
- ◆ Отказ от курения
- ◆ Нормализация массы тела

2 Медикаментозное лечение

- ◆ Рациональные комбинации гипотензивных препаратов
- ◆ иАПФ (АРА) + АК
- ◆ иАПФ (АРА) + диуретик
- ◆ БАБ + диуретик
- ◆ АК + диуретик
- ◆ БАБ + дигидропиридиновый АК



Хронические формы ишемической болезни сердца (ИБС)



— поражение миокарда, вызванное нарушением кровотока по коронарным артериям, возникающее в результате органических (атеросклероз) и функциональных (преходящих) причин (спазм и внутрикоронарный тромбоз).

СОЦИАЛЬНОЕ ЗНАЧЕНИЕ

ИБС — это заболевание, приводящее к тяжёлым сердечно-сосудистым осложнениям: острый коронарный синдром (острый инфаркт миокарда), нарушения ритма с высоким риском тромбозов и эмболий, прогрессирующая ХСН.

КРАСНЫЕ ФЛАГИ



- Острая боль в груди, внезапная одышка и кровохарканье
- Обморок
- Острое нарушение функции почек (олиго- и анурия)
- Нарушение ритма сердца (фибрилляция предсердий, желудочковая тахикардия)

ПРИЧИНЫ И ФАКТОРЫ РИСКА

- Атеросклероз (в подавляющем большинстве), реже — врождённые аномалии развития коронарных артерий
- Синдром Марфана, коронарные васкулиты при системных заболеваниях соединительной ткани
- Инфекционный эндокардит



КЛАССИФИКАЦИЯ



- | |
|---|
| 1. Ишемическая кардиомиопатия |
| 2. Постинфарктный кардиосклероз |
| 3. Хроническая аневризма сердца |
| 4. Безболевая или болевая (стабильная стенокардия или хронический коронарный синдром) ишемия миокарда |
| 5. Вазоспастическая стенокардия |



КЛИНИКА

1. Свистящие хрипы, в том числе дистанционные, на выдохе
2. Одышка
3. Чувство «заложенности» в грудной клетке
4. Кашель, чаще непродуктивный
5. В конце приступа — отделение белёсой «стекловидной» мокроты
6. Начало в молодом возрасте
7. Волнообразность и яркость клинических проявлений, их обратимость (либо спонтанно, либо под влиянием терапии)



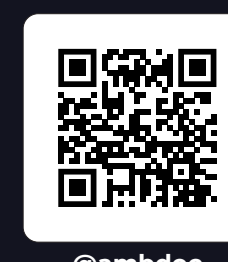
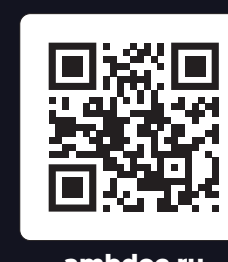
ДИАГНОСТИКА

1. Лабораторная
 - ◆ Анализ крови
 - ◆ Глюкоза, гликированный гемоглобин, креатинин с подсчётом СКФ, калий и натрий, ЩФ и ГГТП, АЛТ и АСТ
 - ◆ ЛПНП, ЛПВП, ТГ и ОХС
 - ◆ ТТГ, Т4 своб. и Т3, NTproBNP
 - ◆ Анализ мочи
2. Инструментальная
 - ◆ ЭКГ, суточное мониторирование ЭКГ, нагрузочная ЭКГ, ЭХОКГ
 - ◆ УЗДГ сонных артерий
 - ◆ рентгенография ОГК
 - ◆ Коронароангиография



ЛЕЧЕНИЕ

1. Немедикаментозное
 - ◆ Физическая активность
 - ◆ Отказ от курения и употребления алкоголя
 - ◆ Нормализация массы тела
 - ◆ Диета № 10
2. Медикаментозное лечение
 - ◆ иАПФ (АРА) + БАБ (или БКК) + антиагрегант + гиполипидемический препарат
 - ◆ «По требованию» (купирование приступа) — нитраты (нитроглицерин)
3. Хирургическое



— избыточное накопление жидкости в тканях организма и серозных полостях.

ОСНОВНЫЕ ПРИЧИНЫ

1. Генерализованные отёки

- ◆ Заболевания сердца, почек и печени
- ◆ Гипопротеинемия
- ◆ Гипотиреоз

2. Локальные отёки

- ◆ Венозные отёки: острый тромбоз глубоких вен; хроническая венозная недостаточность (варикозная болезнь, посттромбофлебитический синдром)
- ◆ Лимфатические отёки (первичная и вторичная лимфедема)
- ◆ Отёки, обусловленные приёмом лекарственных средств: половые гормоны (эстрогены, прогестерон, тестостерон), НПВП, блокаторы кальциевых каналов (Амлодипин)


ЛЕКАРСТВЕННЫЕ ПРЕПАРАТЫ, ВЫЗЫВАЮЩИЕ ОТЁКИ

- ◆ Гипотензивные
- ◆ Антидепрессанты
- ◆ НПВП
- ◆ Химиотерапевтические
- ◆ Противовирусные
- ◆ Цитокины
- ◆ Гормоны

КЛИНИЧЕСКАЯ ЗНАЧИМОСТЬ ОТЁКОВ


- ◆ Внезапно возникший односторонний отёк голени требует исключения тромбоза глубоких вен. Быстрое возникновение и нарастание симметричных отёков ног может быть следствием сердечной недостаточности; отёки лица могут быстро нарастать у лиц молодого возраста при остром гломерулонефрите
- ◆ При сердечной недостаточности отёки распространяются под действием гравитации: последовательно и симметрично вовлекаются стопы, лодыжки, голени, бедра, а также живот, поясница; у лежачих больных — спина, крестец; отёк лица не характерен
- ◆ При почечной недостаточности вначале отекают лицо, веки (места с наиболее рыхлой клетчаткой), затем туловище, голени, лодыжки
- ◆ При заболеваниях печени отёки ног обычно выражены умеренно по сравнению со значительным, бросающимся в глаза асцитом
- ◆ При гипотиреозе отекают лицо, плечи и голени
- ◆ При синдроме сдавления верхней полой вены развивается отёк лица, затылка, шеи («воронник Стокса»), рук, грудной клетки

КРАСНЫЕ ФЛАГИ

 Внезапное появление или быстрое нарастание отёков

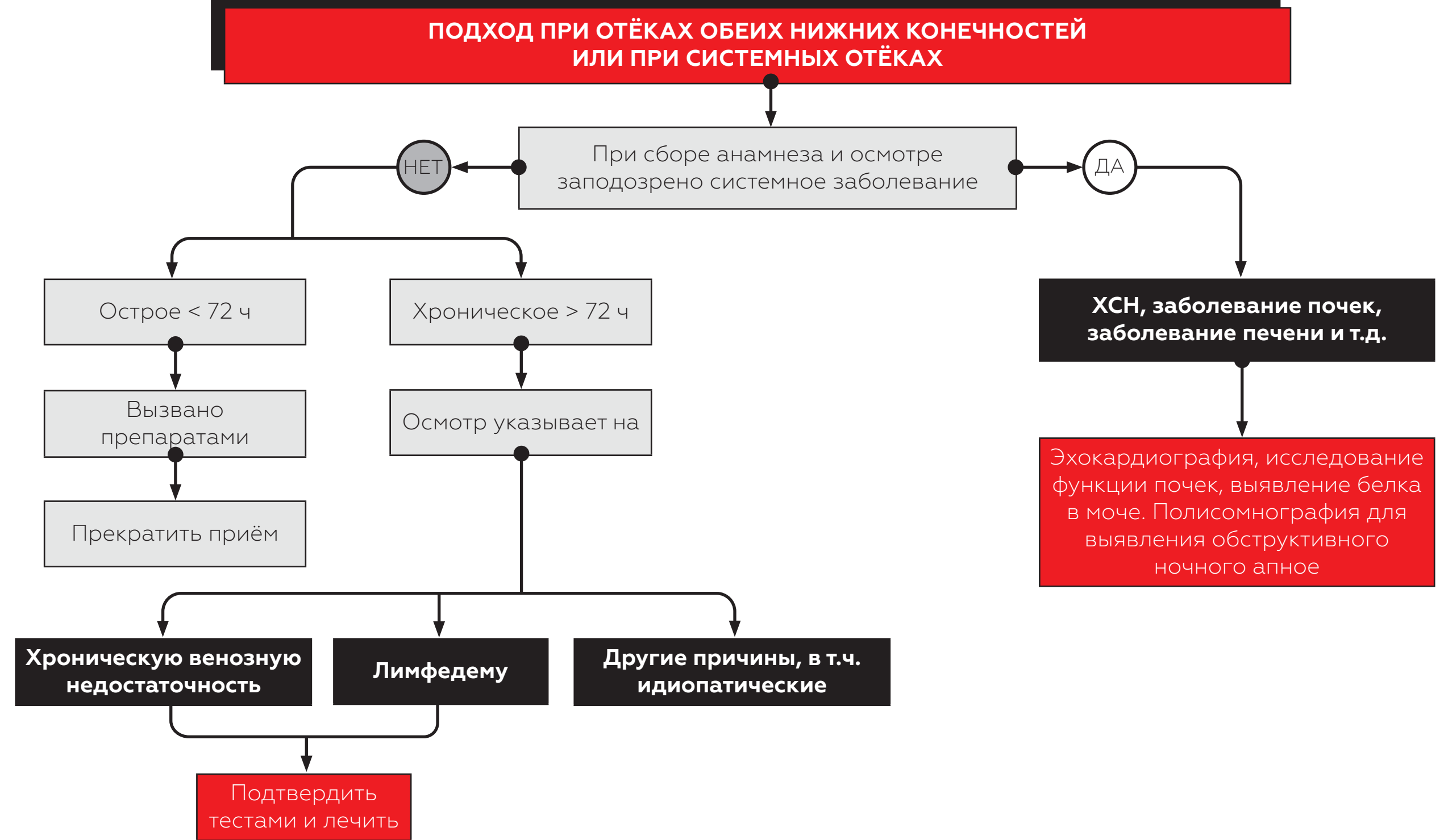
 Односторонний отёк ноги или асимметричные отёки ног

 Сочетание отёков с нарастающей одышкой

 Появление удушья в горизонтальном положении

ДИАГНОСТИКА

1 Клиническая



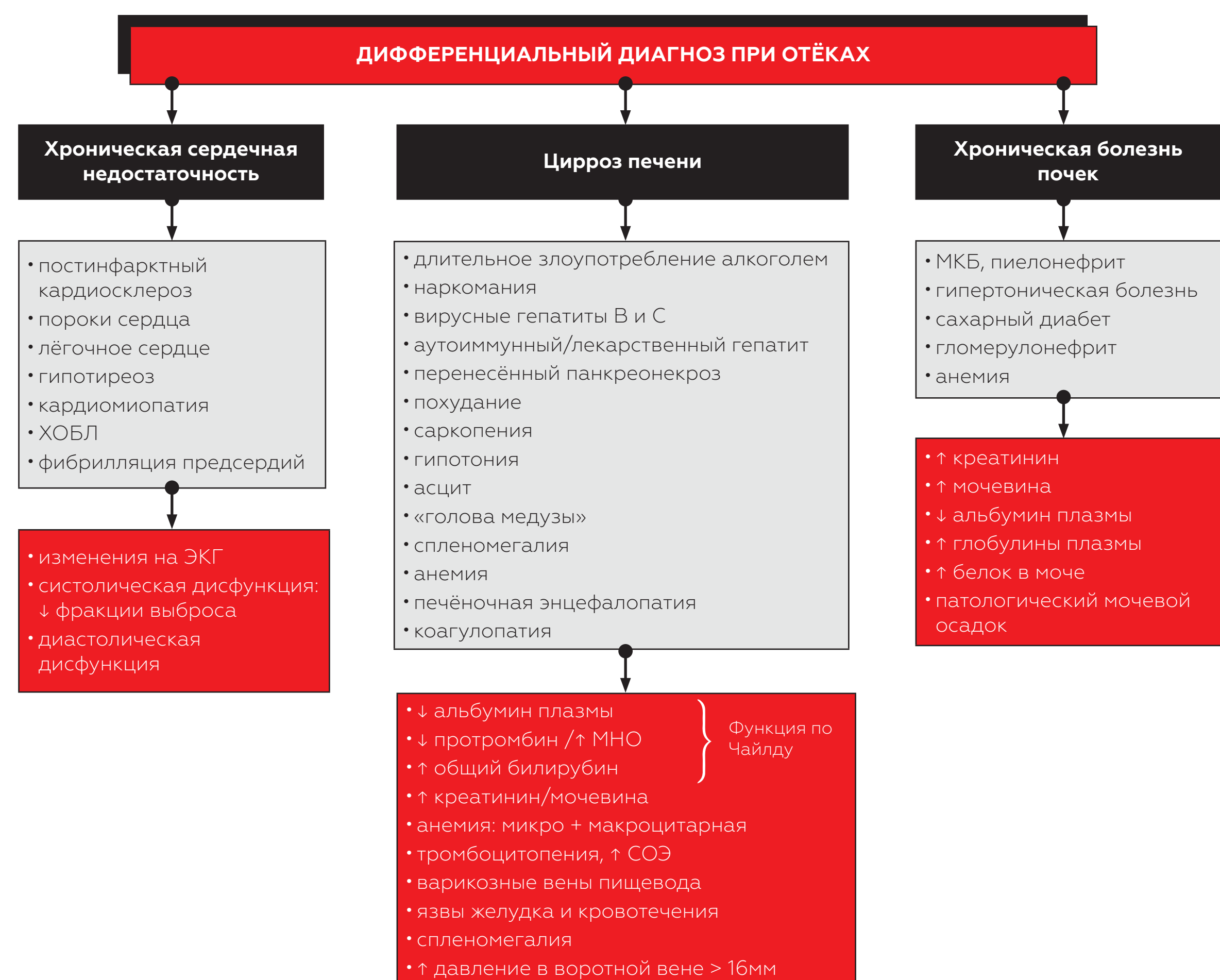
2 Лабораторная

- ◆ Общий анализ крови: анемия, тромбоцитопения и лейкопения иногда наблюдается у пациентов с циррозом печени и гиперспленизмом, СОЭ
- ◆ Общий анализ мочи: выраженная протеинурия (> 3,5 г/сут) при нефротическом синдроме
- ◆ Общий билирубин, общий белок, АСТ, АЛТ, ЛДГ, ЩФ
- ◆ Креатинин, СКФ
- ◆ Мозговой натрийуретический пептид (BNP) и его N-терминальный фрагмент (NT-proBNP)
- ◆ ТТГ
- ◆ Определение HBSAg, HCV-RНК

3 Инструментальная

- ◆ **Электрокардиография:** признаки перегрузки желудочков, рубцовые изменения миокарда левого желудочка, нарушения сердечного ритма
- ◆ **Эхокардиография:** снижение фракции выброса, признаки гипертрофии желудочков, локальные нарушения сократимости левого желудочка, порока сердца
- ◆ **Рентгенография** органов грудной клетки: кардиомегалия (увеличение поперечного размера сердца более 15,5 см у мужчин и более 14,5 см у женщин), признаки застоя в малом круге кровообращения
- ◆ **Ультразвуковое исследование** органов брюшной полости: гепатомегалия, признаки фиброза печени, спленомегалия, асцит
- ◆ **ФГДС:** варикозное расширение вен пищевода
- ◆ **Ультразвуковая доплерография** сосудов нижних конечностей: тромбоз глубоких и поверхностных вен, признаки венозной недостаточности, лимфостаз
- ◆ **Биопсия** печени

4 Алгоритм диагностики



ЛЕЧЕНИЕ

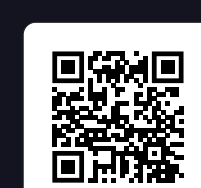
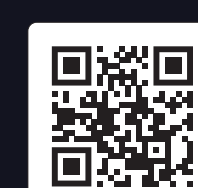
1 Немедикаментозное

- ◆ Отмена лекарственных препаратов, вызывающих отёчный синдром
- ◆ Лапароцентез, торакоцентез
- ◆ Диета Кареля при ХСН

2 Медикаментозное

1. Лечение основного заболевания
2. Диуретики:

- ◆ Петлевые (например, Фуросемид, Торасемид)
- ◆ Тиазидные
- ◆ Калий-сберегающие



Одышка

НОРМА ЧАСТОТЫ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ДВИЖЕНИЙ

8-12 в мин

ОСНОВНЫЕ ПРИЧИНЫ



Внезапная

- Острая левожелудочковая недостаточность
- ТЭЛА
- Аспирация
- Анафилаксия
- Приступ бронхиальной астмы
- Травма грудной клетки
- ◆ Пневмоторакс
- Паническая атака



Острая

- ◆ Бронхиальная астма
- ◆ Пневмония
- ◆ Опухоль лёгкого
- ◆ Плеврит
- ◆ Метаболический ацидоз



Хроническая

- ◆ ХОБЛ
- ◆ ХСН
- ◆ Хроническая анемия
- ◆ Кифосколиоз
- ◆ Нейромышечные заболевания
- ◆ Фиброз
- ◆ Перенесённый COVID-19
- ◆ Первичная лёгочная гипертензия

ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ ОДЫШКИ



- Курение
- Ожирение
- Кахексия
- Гиподинамия
- Приём лекарственных препаратов, провоцирующих развитие бронхообструкции
- Наследственность
- Коагулопатия

старше 70 лет

Одышка — субъективное нарушение или затруднение дыхания, вызывающее у больного беспокойство. Ортопноэ — одышка в положении лёжа и улучшение состояния в положении сидя. Пароксизмальное ночное диспноэ — ночные приступы одышки, затруднённого дыхания.

КЛАССИФИКАЦИЯ



ВНЕЗАПНАЯ

развивается в течение секунд, минут



ОСТРАЯ

развивается в течение часов, дней



ХРОНИЧЕСКАЯ

развивается в течение месяцев, лет

ДИАГНОСТИКА

1 Клиническая

Признаки	Сердечная недостаточность	Дыхательная недостаточность
Анамнез	Заболевания сердца (ИБС, АГ, пороки, кардиомиопатия и др.), СД, дислипидемия, которые предшествовали появлению одышки	Кашель с мокротой, приступы удушья, предшествующие появлению одышки
Факторы, провоцирующие появление одышки	Физическая и эмоциональная нагрузка, прекращение приёма диуретиков, задержка жидкости	Запахи, другие аллергены, обострение бронхолегочной инфекции
Характер одышки	Инспираторная, ортопноэ, пароксизмальная ночная одышка	Экспираторная с дистанционными свистящими хрипами
Цианоз	Периферический, холодный	Центральный, тёплый
Грудная клетка	Без изменений	Часто эмфизематозная
Перкуссия лёгких	Перкуторный звук не изменён или укорочен в нижних отделах лёгких справа или с двух сторон	Часто коробочный звук, диафрагма опущена
Аускультация лёгких	Без изменений или ослабление дыхания и мелкопузырчатые влажные незвонкие хрипы в нижних отделах лёгких	Часто жёсткое дыхание с удлинённым выдохом, звучные свистящие и жужжащие хрипы, часто дистанционные или очаг (очаги) влажных звонких хрипов
Смещение верхушечного толчка влево и вниз	Характерно	Отсутствует
Аускультация сердца	Ритм галопа, акцент 11 тона над лёгочной артерией, часто шумы	Акцент 11 тона над лёгочной артерией
Признаки правожелудочковой недостаточности	Встречаются часто, выражены в различной степени	При декомпенсированном лёгочном сердце

2 Лабораторная

- ◆ Общий анализ крови: анемия, СОЭ
- ◆ Мозговой натрийуретический пептид (BNP) и его N-терминальный фрагмент (NT-proBNP)
- ◆ Д-димер
- ◆ Сатурация кислорода по данным пульсоксиметрии
- ◆ PO₂ и НbO₂ артериальной крови при дыхании воздухом и при дыхании 100% кислородом

3 Инструментальная

- ◆ ЭКГ
- ◆ Спирометрия
- ◆ Рентгенография/КТ грудной клетки
- ◆ Эхокардиография

4 Алгоритм диагностики

Лёгочная

- ◆ Жалобы: кашель, мокрота, температура
- ◆ Анамнез: стаж курения, вредные производства, злоупотребление алкоголем
- ◆ Лекарства: бронхолитики, кортикостероиды, антибиотики
- ◆ Осмотр: эмфизема, сухие хрипы, лёгочное сердце эритроцитоз
- ◆ ЭКГ: правограмма
- ◆ Рентгенография: эмфизема, пневмония

Сердечная

- Жалобы: одышка, слабость, повышенная утомляемость, сердцебиение, ортопноэ, отёки
- Анамнез: инфаркт миокарда, коронарная реваскуляризация, сахарный диабет, проявления атеросклероза
- Лекарства: гипотензивные, мочегонные, дигоксин, статины
- Осмотр: набухание шейных вен, смещение верхушечного толчка влево, застойные хрипы, правосторонний выпот, увеличение печени, отёчный синдром
- ЭКГ: левограмма, фибрилляция предсердий, рубцовые изменения
- Рентген: признаки застоя, расширение границ сердца влево, плевральный выпот справа
- Анемия
- ХБП

ЛЕЧЕНИЕ

1 Немедикаментозное

- ◆ Прекращение курения
- ◆ Коррекция массы тела
- ◆ Физические реабилитационные программы
- ◆ Диета Кареля при ХСН

2 Медикаментозное

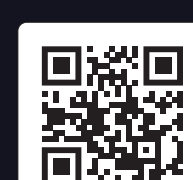
Основные группы лекарственных препаратов, применяемых при:

1. ХСН:

- ◆ Ингибиторы АПФ/БРА
- ◆ Бета-адреноблокаторы
- ◆ АМКР
- ◆ иНГЛТ2
- ◆ АРНИ
- ◆ Диуретики
- ◆ Ивабрадин
- ◆ Статины
- ◆ Антитромботические препараты

2. ХОБЛ

- ◆ Бронходилататоры
- ◆ Комбинации ИГКС и ДДБД
- ◆ Ингибиторы фосфодиэстеразы 4 типа



Остеопороз



— метаболическое заболевание скелета, характеризующееся снижением костной массы, нарушением микроархитектоники костной ткани и, как следствие, переломами при минимальной травме.

СОЦИАЛЬНОЕ ЗНАЧЕНИЕ

14 млн человек
страдают остеопорозом

В России среди лиц в возрасте 50 лет и старше остеопороз выявляется у 34% женщин и 27% мужчин, а частота остеопении составляет 43% и 44%, соответственно. Остеопорозом страдают около 14 млн. человек и еще 20 млн. людей имеют остеопению. Социальная значимость остеопороза определяется его последствиями — переломами тел позвонков и костей скелета.

КРАСНЫЕ ФЛАГИ

➤50 Возраст моложе 50 лет

🏳️ Наличие онкологии в анамнезе

🏠 Лихорадка

⚡ Неврологические симптомы

ФАКТОРЫ РИСКА

Немодифицируемые

- ◆ Женский пол
- ◆ Возраст старше 65/70 лет
- ◆ Семейный анамнез остеопороза и / или переломов при низком уровне травмы у родственников I линии
- ◆ Предшествующие переломы
- ◆ Гипогонадизм у мужчин и женщин
- ◆ Ранняя (в том числе хирургическая) менопауза у женщин
- ◆ Низкий индекс массы тела <20кг/м² и / или низкий вес
- ◆ Длительная иммобилизация

Модифицируемые

- ◆ Низкая физическая активность
- ◆ Курение
- ◆ Низкое потребление кальция
- ◆ Дефицит витамина D
- ◆ Склонность к падениям
- ◆ Злоупотребление алкоголем



КЛАССИФИКАЦИЯ

1. Первичный остеопороз	<p>95% в структуре остеопороза у женщин и 80% в структуре остеопороза у мужчин старше 50 лет)</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ Постменопаузальный (в течение 15-20 лет после наступления менопаузы) ◆ Ювенильный (у детей до 18 лет) ◆ Идиопатический (у женщин — до менопаузы, у мужчин — до 50 лет)
2. Вторичный остеопороз	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Сахарный диабет ◆ Тиреотоксикоз ◆ Первичный билиарный цирроз ◆ Ревматоидный артрит ◆ Алкоголь



КЛИНИКА

Остеопороз до развития патологического перелома не имеет клинических проявлений. Компрессионные переломы тел позвонков сопровождаются:

- ◆ Болью
- ◆ Чувством усталости в спине
- ◆ Снижением роста: при снижении роста на 2 см и более за 1-3 года или на 4 см и более за жизнь необходимо заподозрить компрессионный перелом тел позвонков
- ◆ Кифотическая деформация грудной клетки, относительное увеличение живота в объеме («выпячивание» передней брюшной стенки)
- ◆ Относительное удлинение конечностей и укорочение грудной клетки
- ◆ Наличие складок кожи на спине и боках (симптом «лишней кожи»), уменьшение расстояния между ребёрными дугами и гребнями подвздошных костей меньше ширины 2 пальцев
- ◆ Невозможность полностью распрямиться, появление расстояния от стены до затылка



ДИАГНОСТИКА

1 Лабораторная

НЕТ ЛАБОРАТОРНЫХ ТЕСТОВ, ПОДТВЕРЖДАЮЩИХ НАЛИЧИЕ ОСТЕОПОРОЗА

2 Инструментальная

- ◆ МРТ, КТ
- ◆ Ультразвуковые исследования
- ◆ Компьютерно-оптическая диагностика
- ◆ Денситометрия (измерение плотности костной ткани)
- ◆ Центральная рентгеновская денситометрия (dxa) — золотой стандарт диагностики остеопороза.



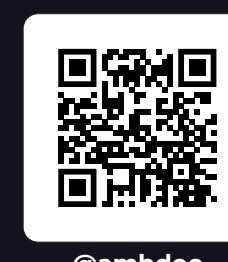
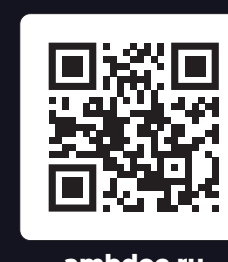
ЛЕЧЕНИЕ

1 Немедикаментозное лечение

1. Снижение риска переломов, профилактика падений:
2. Лечение соматической патологии
 - ◆ Ходьба, опираясь на дополнительную опору («ходунки»)
 - ◆ Коррекция сниженной остроты зрения
 - ◆ Уменьшение потребления лекарственных препаратов, которые снижают концентрацию внимания и негативно влияют на равновесие
 - ◆ Повышение безопасности домашней обстановки (устранение скользких полов, препятствий, недостаточного освещения, отсутствующих поручней)
3. Физические упражнения с осевыми нагрузками (ходьба, бег, танцы, подвижные игры)
4. Ношение ортезов для уменьшения болевого синдрома
5. Контроль уровня Витамина Д и Са

2 Медикаментозное лечение

- ◆ Антирезорбтивная терапия, подавляющая костную резорбцию: бифосфонаты (Золедроновая кислота), деносумаб
- ◆ Анаболическая терапия, усиливающая костеобразование: терипаратид
- ◆ Витамин Д и препараты Са при лабораторно доказанном дефиците.



Головокружение

ПРИЧИНЫ СИСТЕМНОГО ГОЛОВОКРУЖЕНИЯ

1. Центральное

- Травмы головы и шеи («хлыстовая» травма шеи)
- Инсульт ствола и мозжечка
- Вертебро-базиллярная недостаточность (дисциркуляторная энцефалопатия, синдром позвоночной артерии, транзиторная ишемическая атака, инсульт)
- Опухоли ствола
- Вестибулярные шванномы
- Базиллярная мигрень
- Эпилепсия
- Рассеянный склероз

2. Периферическое

- Доброкачественное пароксизмальное позиционное головокружение
- Болезнь Меньера
- Вестибулярный нейронит (неврит)
- Лабиринтит
- Перилимфатическая фистула
- Невринома VIII черепного нерва
- Травмы головы и шеи
- Ототоксическое поражение (побочные действия лекарственных средств, интоксикация)

ПРИЧИНЫ НЕСИСТЕМНОГО ГОЛОВОКРУЖЕНИЯ

1. Липотимия, обмороки

- Кардиогенные причины (стеноз устья аорты, кардиомиопатии, аритмии, васкулиты)
- Метаболические (сахарный диабет, гипотиреоз)
- Гормональные изменения (беременность, менопауза)
- Болезни крови (анемия, полицитемия)
- Инфекционные процессы (гиповолемия)
- Онкопатология

2. Нарушение равновесия

- Органическое поражение ЦНС (мозжечковая патология, сенсорно-проприоцептивная недостаточность, экстрапирамидная патология, поражения височной и лобно-теменной зон коры)
- Заболевания органов зрения (миопия, парез мышц глазного яблока)
- Психогенные причины
- Тревожно-фобические расстройства
- Панические атаки
- Гипервентиляционный синдром
- Истерический синдром
- Ипохондрический синдром

КРАСНЫЕ ФЛАГИ

- Потеря (или спутанность) сознания
- Очаговая неврологическая симптоматика (паралич лицевых мышц, нарушения речи, мышечная слабость в конечностях с одной стороны, исчезновение чувствительности в конечностях, нарушения глотания, двоение перед глазами)
- Множественная рвота, не приносящая облегчения
- Повторяющиеся и сильные головокружения в сочетании с головной болью
- Повышение температуры > 38,5°С
- Ригидность затылочных мышц
- Нарушение слуха или зрения, особенно одностороннее
- Возникновение сильного головокружения у больного сахарным диабетом
- Аритмия

— ощущение мнимого вращения или поступательного движения пациента в различных плоскостях или иллюзорное смещение неподвижной окружающей среды в любой плоскости.

КЛАССИФИКАЦИЯ

1. Физиологическое

2. Патологическое:

СИСТЕМНОЕ (вестибулярное, истинное)

- центральное
- периферическое

НЕСИСТЕМНОЕ (невестибулярное, псевдоголовозкружение)

- предобморочные состояния
- головозкружения смешанной природы (нарушения равновесия)
- психогенные головокружения

ДИАГНОСТИКА

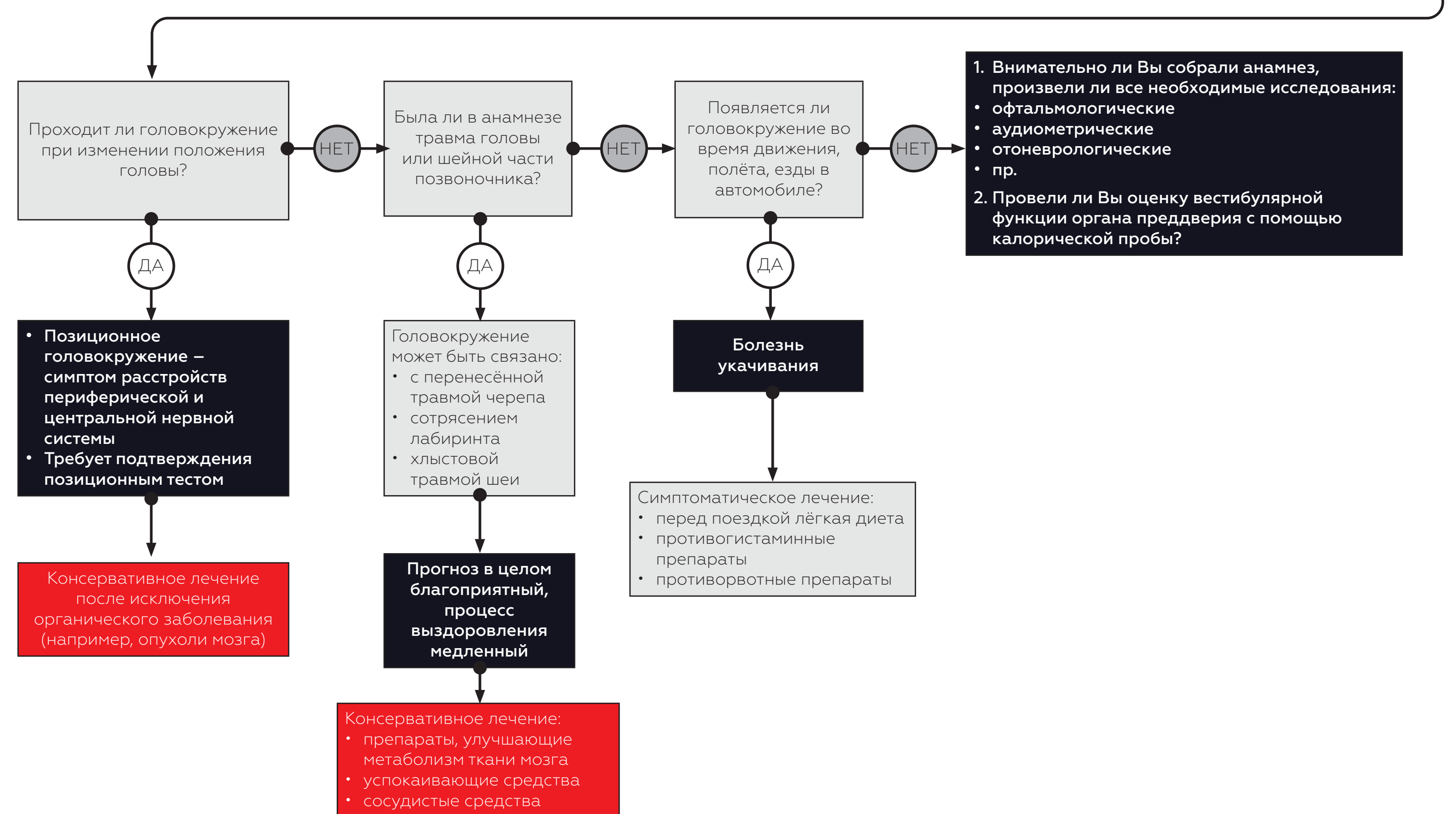
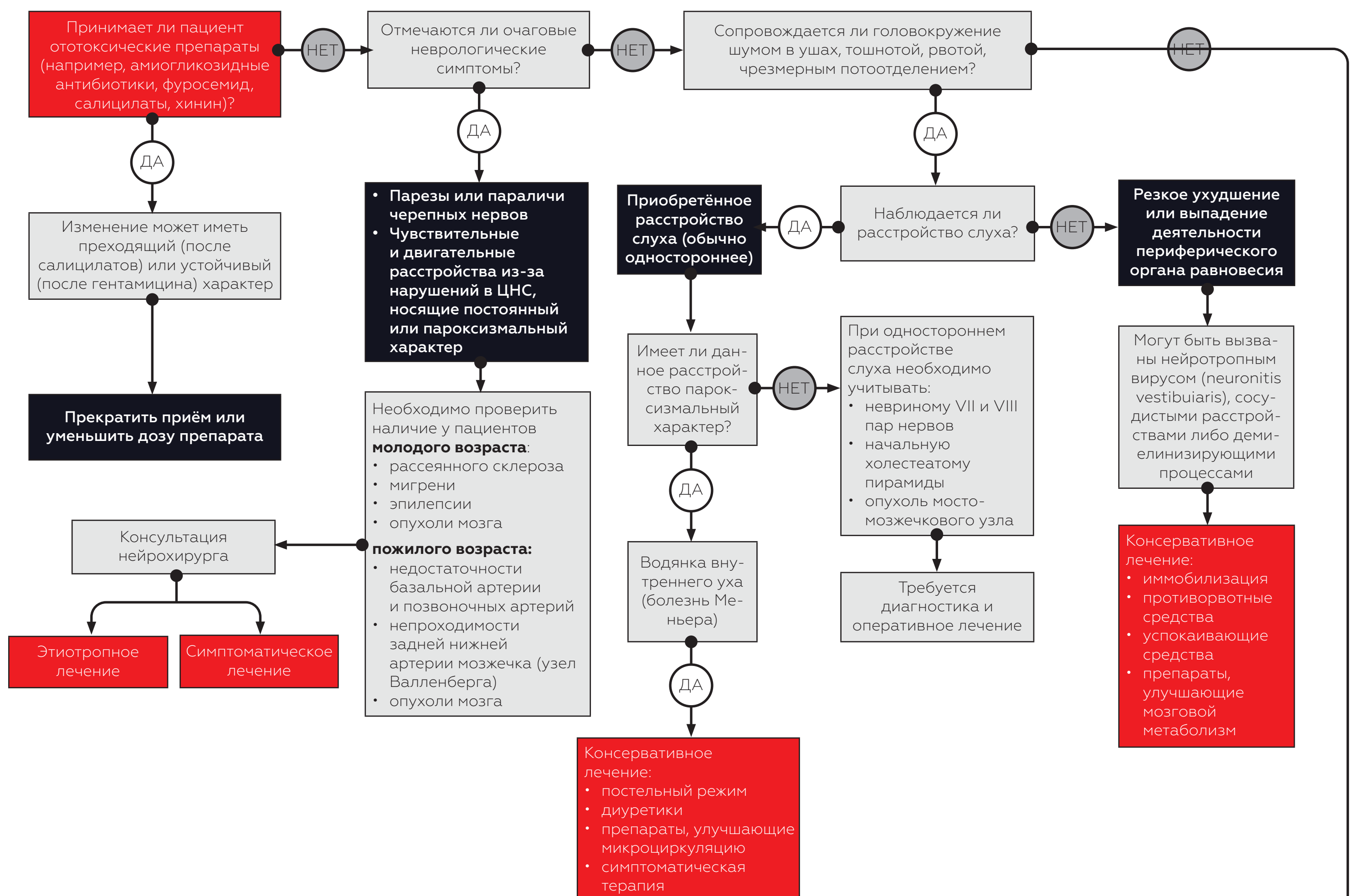
1. Лабораторная

- общий анализ крови
- глюкоза крови
- липидный спектр

2. Инструментальная

- ЭКГ
- суточное мониторирование АД
- холтеровское мониторирование
- эхокардиография

3. Алгоритм диагностики



ЛЕЧЕНИЕ

1. Немедикаментозное

- Вестибулярная гимнастика
- Дыхательная гимнастика
- Психотерапия

2. Медикаментозное

- Вестибулярные супрессанты (например, Меклозин, Дименгидринат, Диазепам)
- Бета-адреноблокаторы при вестибулярной мигрени
- Селективные ингибиторы обратного захвата серотонина
- Противоэпилептические средства
- Препараты, ускоряющие вестибулярную компенсацию
- Вертиголитики (например, Бетагистин)
- Препараты для коррекции сосудистой мозговой недостаточности
- Противорвотные (например, Метоклопрамид, Домперидон)
- Антиагреганты или антикоагулянты, гипотензивные средства, статины

Обморок

ОСНОВНЫЕ ПРИЧИНЫ



Рефлекторные (нейрогенные)

- ◆ Эмоциональный стресс: страх, боль, боязнь крови, медицинских манипуляций и инструментария
- ◆ Ортостатическая нагрузка
- ◆ Чихание, кашель
- ◆ Стимуляция желудочно-кишечного тракта (глотание, дефекация, боль в животе)
- ◆ После физической нагрузки
- ◆ Постпрандиальные (после приёма пищи)
- ◆ Тугий воротничок или галстук



Обмороки вследствие ортостатической гипотензии

- ◆ Сахарный диабет
- ◆ Амилоидоз
- ◆ Хроническая болезнь почек
- ◆ Лекарства: вазодилататоры, диуретики, антидепрессанты и др.
- ◆ Алкоголь
- ◆ Кровотечение, диарея, рвота



Кардиогенные

- ◆ Бради- и/или тахикардия
- ◆ Сердечно-сосудистые заболевания
- ◆ Тромбоэмболия лёгочной артерии
- ◆ Расслоение аневризмы аорты

КРАСНЫЕ ФЛАГИ

- Боль в грудной клетке
- Одышка, удушье
- Следы крови вокруг рта
- Употребление наркотиков в анамнезе
- Укусы животных
- Положительный тест на беременность
- Интенсивная головная боль
- Очаговая неврологическая симптоматика
- Рвота
- Обмороки во время физической нагрузки
- Обмороки в положении лёжа
- Обмороки, которые возникают и проходят внезапно и спонтанно
- Повторные эпизоды в течение короткого периода времени
- Признаки структурной патологии сердца, нарушения ритма/проводимости, симптомы ишемии миокарда, факторы риска тромбоэмболических осложнений
- Неврологические симптомы
- Пожилой возраст
- Травмы во время обморочного состояния
- В семейном анамнезе случаи внезапной смерти, обмороки при физической нагрузке, необъяснимые обморочные состояния или судороги

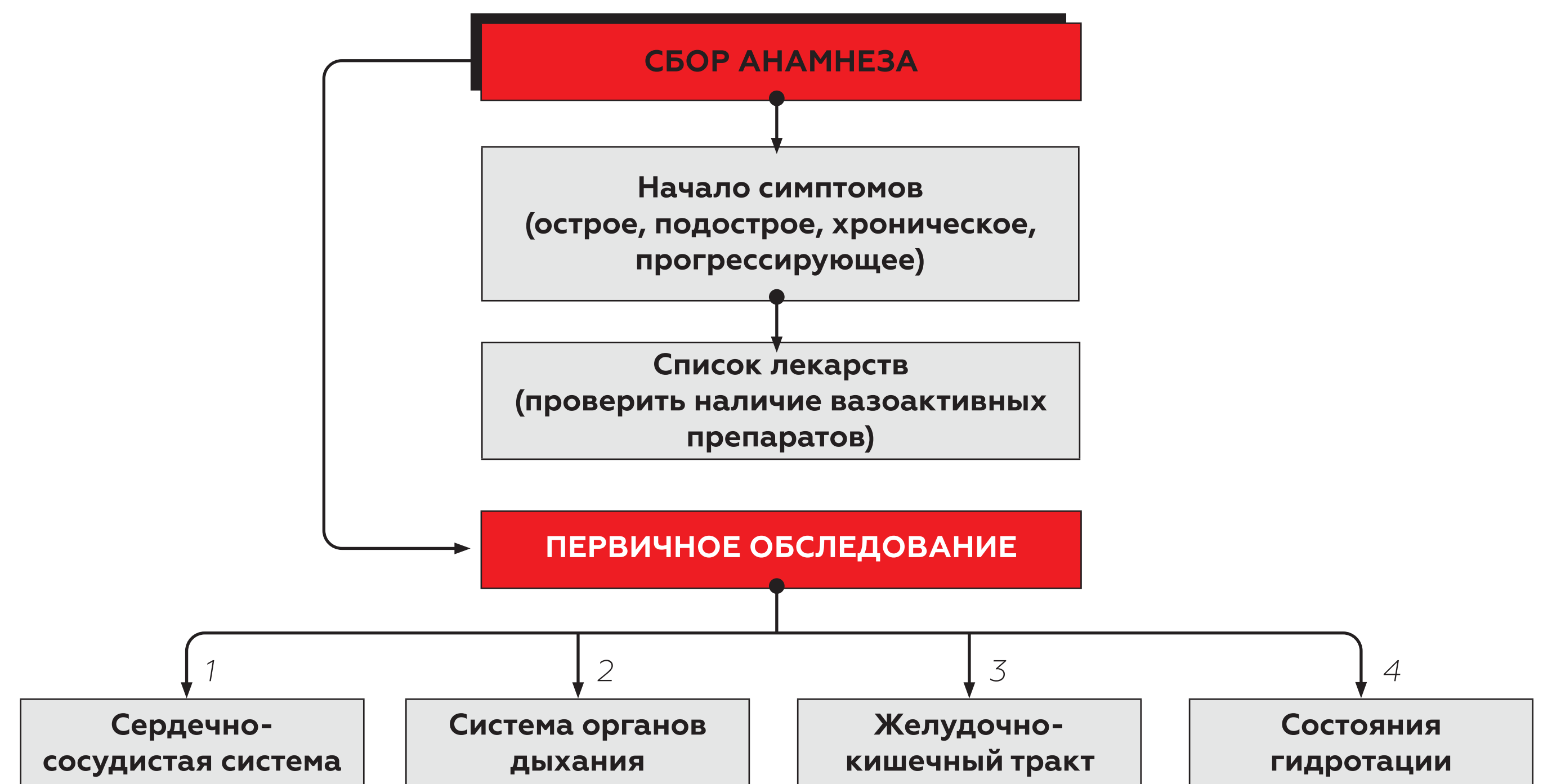
— преходящая потеря сознания, связанная с временной общей гипоперфузией головного мозга, характеризующаяся быстрым развитием, короткой продолжительностью и спонтанным восстановлением сознания.

ДИАГНОСТИКА

1 Клиническая

- ◆ Пациент обычно неподвижен, безволен
- ◆ Часто наблюдаются похолодание конечностей, слабый пульс и поверхностное дыхание
- ◆ Иногда возникают краткие непроизвольные подёргивания мышц, напоминающие эпилептический припадок

2 Алгоритм диагностики



3 Лабораторная

- ◆ Определение Hb — анемия может приводить к преходящей потере сознания
- ◆ Определение уровня глюкозы — гипергликемия свидетельствует о наличии сахарного диабета; зарегистрированные ранее эпизоды гипогликемии могут объяснить преходящую потерю сознания
- ◆ Определение креатинина и скорости клубочковой фильтрации
- По показаниям:**
- ◆ Дополнительные биохимические тесты
- ◆ Тест на беременность
- ◆ УЗИ
- ◆ Консультация невролога, кардиолога, хирурга, гинеколога
- ◆ Рентгенологическое/КТ-исследование
- ◆ Кровь на алкоголь

4 Инструментальная

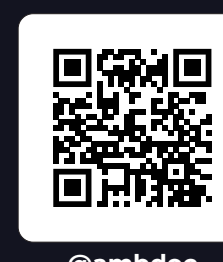
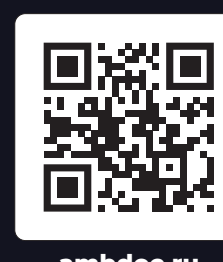
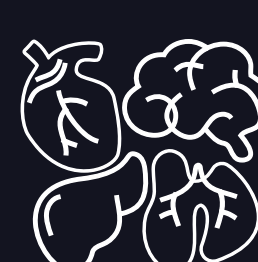
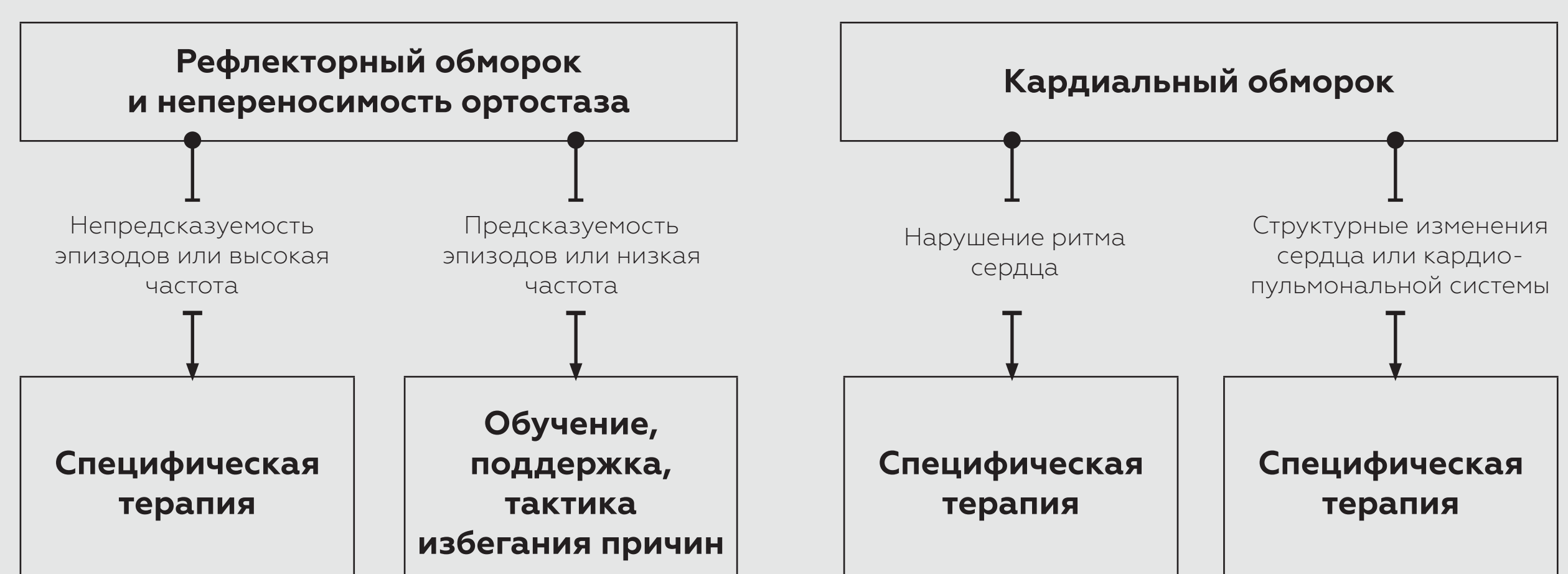
- ◆ ЭКГ, в том числе суточное мониторирование
- ◆ Нагрузочные ЭКГ-пробы
- ◆ Эхокардиография
- ◆ Ультразвуковая доплерография сосудов ног
- ◆ Электроэнцефалография (в том числе, 24-часовая)
- ◆ Пульсоксиметрия
- ◆ Общий анализ крови
- ◆ Глюкоза крови
- ◆ Креатинин крови

Опрос больного

1. В каком положении развился обморок (стоя, лёжа, сидя)
2. Факторы, провоцирующие развитие обморока
3. Были ли обмороки ранее
4. Наличие предвестников
5. Приём лекарственных препаратов
6. Приём алкоголя
7. Длительность обморока и периода «восстановления», самочувствие пациента после восстановления сознания
8. Какими заболеваниями страдает пациент и его родственники
9. Факторы риска тромбоэмболии
10. Факторы риска и признаки кровотечения на догоспитальном этапе
11. Судорожный синдром в анамнезе

ЛЕЧЕНИЕ

1



Мочекаменная болезнь



— хроническое системное заболевание, являющееся следствием метаболических нарушений и/или влияния факторов внешней среды и проявляющееся образованием камней в мочевых путях.

СОЦИАЛЬНОЕ ЗНАЧЕНИЕ

75%

пациентов, страдающих мочекаменной болезнью, трудоспособного возраста

Заболеваемость уролитиазом колеблется от 1 до 20%.

Страдают, в основном, пациенты трудоспособного возраста в соотношении мужчин / женщин: около 3:1. Рецидивирование мочекаменной болезни отмечается в 30% — 50% в течение 5-10 лет после первого эпизода.

У 75% пациентов болезнь развивается в трудоспособном возрасте и приводит к инвалидности каждого пятого заболевшего.

КРАСНЫЕ ФЛАГИ



Олиго- и анурия



Фебрильная лихорадка



Упорный болевой синдром

ПРИЧИНЫ



Семейный анамнез



Нарушение обмена веществ



Приём лекарственных препаратов



Воспалительные заболевания мочевой системы и желудочно-кишечного тракта



КЛАССИФИКАЦИЯ

По этиологии камнеобразования

1. Метаболические

2. Инфекционные

3. Генетически обусловленные

4. Вызванные приёмом лекарственных препаратов

5. Идиопатические



КЛИНИКА

- ◆ Боль в поясничной области на стороне локализации камня (почечная колика)
- ◆ Микро- и макрогематурия
- ◆ Периодическая лихорадка с ознобом (при атаках обструктивного пиелонефрита)
- ◆ Учащённое мочеиспускание при локализации камня в нижней трети мочеточника

ДИАГНОСТИКА

1 Лабораторная

- ◆ Общий анализ крови (уровень лейкоцитов, лейкоцитарная формула, СОЭ)
- ◆ Общий анализ мочи (лейкоцитурия, бактериурия, гематурия)
- ◆ Б/х анализ крови (креатинин, мочевая кислота, ионизированный кальций, СКФ)
- ◆ Определение уровня паратиреоидного гормона в крови
- ◆ Анализ суточной мочи (Ca, Na, Mg, оксалаты, цитрат)
- ◆ Микробиологическое исследование мочи на бактериальные патогены с определением чувствительности к антибиотикам

2 Инструментальная

- ◆ КТ нативная (без контрастного усиления) спиральная
- ◆ УЗИ почек и мочевыводящих путей (скрининг или наблюдение)
- ◆ обзорная урография (наблюдение)
- ◆ УЗИ + обзорная урография при почечной колике в случае невозможности выполнения КТ

ЛЕЧЕНИЕ

1 Немедикаментозное

- ◆ Питьевой режим
- ◆ Диетические рекомендации

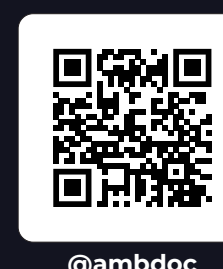
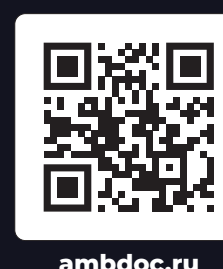
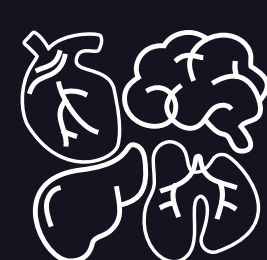
2 Медикаментозное

- ◆ α1-адреноблокаторы, цитратные смеси, тиазидные диуретики, Ингибиторы ксантинооксидазы.

3 Хирургическое

ПОКАЗАНИЯ К ОПЕРАТИВНОМУ ВМЕШАТЕЛЬСТВУ ПРИ МКБ

- ◆ Рост камня
- ◆ При обструкции ВМП камнем
- ◆ Инфекционные осложнения, обусловленные камнем
- ◆ Симптоматические камни (боль, гематурия)
- ◆ Камни размером >1,5 см



Изжога

— за грудиное жжение или ощущение жара, которое может распространяться к шее, горлу и лицу.











ОСНОВНЫЕ ПРИЧИНЫ

- ◆ Замедленная желудочная эвакуация
- ◆ Желудочная и дуоденальная гиперчувствительность к растяжению, кислоте и другим внутриполостным стимулам
- ◆ Нарушенная проницаемость слизистой оболочки ЖКТ
- ◆ *H. pylori*
- ◆ Психосоциальные факторы

Приём медикаментов:

- ◆ НПВП, глюкокортикостероиды
- ◆ Антимикробные средства (макролиды, сульфаниламиды, метронидазол)
- ◆ Сердечные гликозиды
- ◆ Нитраты
- ◆ Петлевые диуретики
- ◆ иАПФ
- ◆ Блокаторы кальциевых каналов
- ◆ Препараты железа
- ◆ Бифосфонаты
- ◆ Антихолинергические препараты, альфа-адренергические антагонисты, барбитураты
- ◆ β 2-адренергические агонисты, бензодиазепины, допамин
- ◆ Эстрогены, наркотические анальгетики, прогестерон
- ◆ Трициклические антидепрессанты (ТЦА), химиотерапия

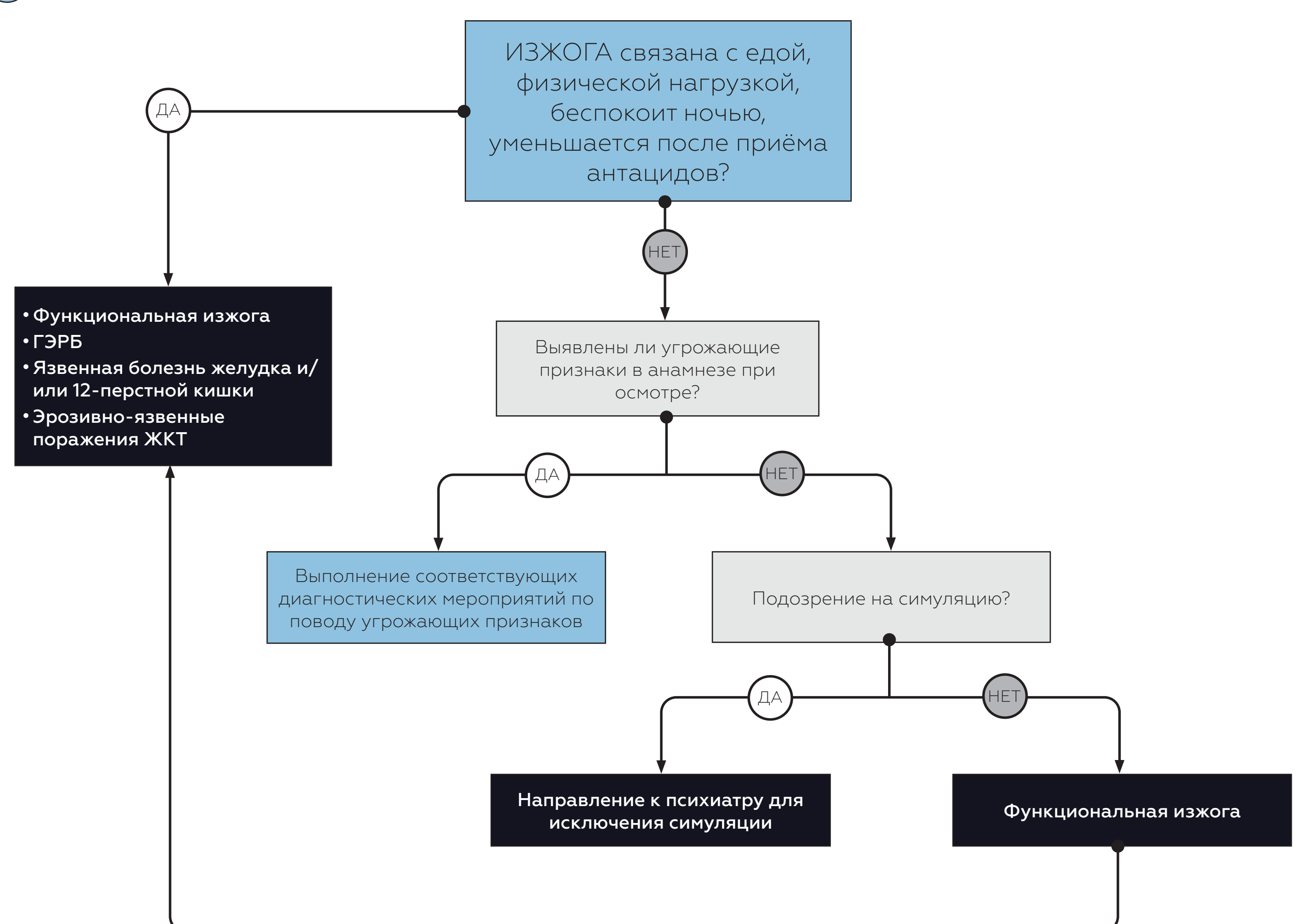
КРАСНЫЕ ФЛАГИ

-  Трудность при глотании (дисфагия)
-  Болезненное глотание (одинофагия)
-  Дисфония, рецидивирующий кашель
-  Желудочно-кишечное кровотечение
-  Микроцитарная анемия
-  Прогрессирующая непланируемая потеря веса
-  Лимфаденопатия
-  Образование в эпигастрии
-  Появление изжоги в возрасте > 50–55 лет
-  Семейный анамнез — рака пищевода

ДИАГНОСТИКА

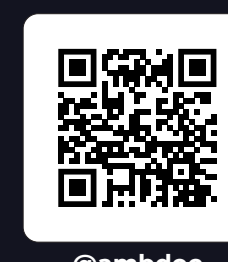
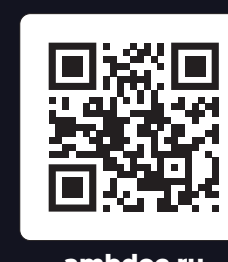
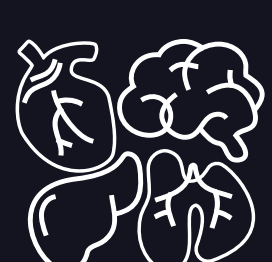
- 1 Клиническая
 - ◆ Симптомы, длительность, частота, средства, приносящие облегчение
 - ◆ Анамнез пациента
 - ◆ Принимаемые лекарства
 - ◆ Настораживающие признаки
- 2 Диагностические критерии (Римский IV консенсус):
 - ◆ Отсутствие улучшения при оптимальной антисекреторной терапии
 - ◆ Отсутствие доказательств, что гастроэзофагеальный рефлюкс или эозинофильный эзофагит являются причинами симптомов
 - ◆ Отсутствие выраженной эзофагеальной обструкции
 - ◆ Наличие симптомов в течение 3 месяцев с момента их появления (по крайней мере за 6 месяцев до установления диагноза)
- 3 Инструментальная
 - ◆ Суточный pH-мониторинг
 - ◆ ЭГДС + биопсия
 - ◆ Манометрия пищевода
 - ◆ Рентгеновское исследование пищевода и желудка
 - ◆ УЗИ органов брюшной полости

2 Алгоритм диагностики



ЛЕЧЕНИЕ

- 1 Немедикаментозное
 - ◆ Исключить потребление никотина, кофе, алкоголя, газированных напитков, шоколада, мяты, жареной или жирной пищи, цитрусов или их соков, томатных продуктов, чеснока или лука, острой пищи
 - ◆ Снижение массы тела (при ожирении)
 - ◆ Есть часто и маленькими порциями
 - ◆ Приподнять изголовье кровати на 20–25 см
 - ◆ Избегать приём еды и напитков за 3 часа до сна
- 2 Медикаментозное
 1. Самопомощь при изжоге:
 - ◆ Антациды для кратковременного или периодического облегчения
 - ◆ Альгинатсодержащие препараты
 2. Лечение:
 - ◆ ИПП
 - ◆ Прокинетики (например, Домперидон, Итоприда гидрохлорид)
 - ◆ Хирургическое лечение



Кашель

ОСНОВНЫЕ ПРИЧИНЫ

Воспаление и инфильтрация слизистой оболочки дыхательных путей, их сдавление и бронхоспазм:

- ♦ бронхиальная астма
- ♦ острый и хронический бронхит

Паренхиматозные заболевания лёгких:

- ♦ пневмония
- ♦ абсцесс лёгкого

Перибронхиальный и интерстициальный отёк:

- ♦ сердечная недостаточность

Аспирация инородного тела, отделяемого верхних дыхательных путей или содержимого желудка:

- ♦ гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь

Химическое, термическое раздражение

Медикаментозная терапия

- ♦ ингибиторы АПФ

СПЕЦИФИЧЕСКИЕ СИМПТОМЫ



Звуковые характеристики:

- ♦ лающий
- ♦ звонкий
- ♦ тихий
- ♦ конвульсивный
- ♦ резонирующий

Мокрота



ЕСТЬ



НЕТ

продуктивный (влажный) кашель с мокротой:

- ♦ слизистой
- ♦ гнойной
- ♦ кровянистой
- ♦ пенистой

непродуктивный (сухой) кашель

Соотношение со временем суток:

- ♦ утренний
- ♦ дневной
- ♦ ночной

Сочетание с другими симптомами:

- ♦ лихорадка
- ♦ одышка
- ♦ осиплость голоса
- ♦ похудание
- ♦ ринорея
- ♦ дистанционные хрипы
- ♦ боль в грудной клетке

— рефлекторный акт, играющий большую роль в самоочищении дыхательных путей как от инородных тел, попавших извне, так и от эндогенно образовавшихся продуктов (слизь, кровь, гной, продукты тканевого распада).

КЛАССИФИКАЦИЯ

Острый (до 3 нед)	Хронический (дольше 4 нед)
<ul style="list-style-type: none"> • ОРВИ, COVID-19 и грипп с поражением верхних и нижних дыхательных путей • ТЭЛА • Пневмоторакс • Аспирация инородного тела в дыхательные пути • Острая левожелудочковая недостаточность • Вдыхание токсических веществ 	<ul style="list-style-type: none"> • Постинфекционный кашель (после перенесённых ОРВИ, COVID-19 и гриппа) • Коклюш • Дебют хронических заболеваний лёгких и внелёгочной патологии • Заболевания верхних дыхательных путей, лёгочной паренхимы и плевры (ХОБЛ, бронхоэктазы, абсцесс, рак, туберкулёз и др.) • Синдром постназального затёка • Бронхиальная астма • ГЭРБ • Приём ингибиторов АПФ

ДИАГНОСТИКА

1 Лабораторная

- ♦ Клинический анализ крови
- ♦ Анализ мокроты

По показаниям:

- ♦ СРБ
- ♦ Прокальцитонин

2 Инструментальная

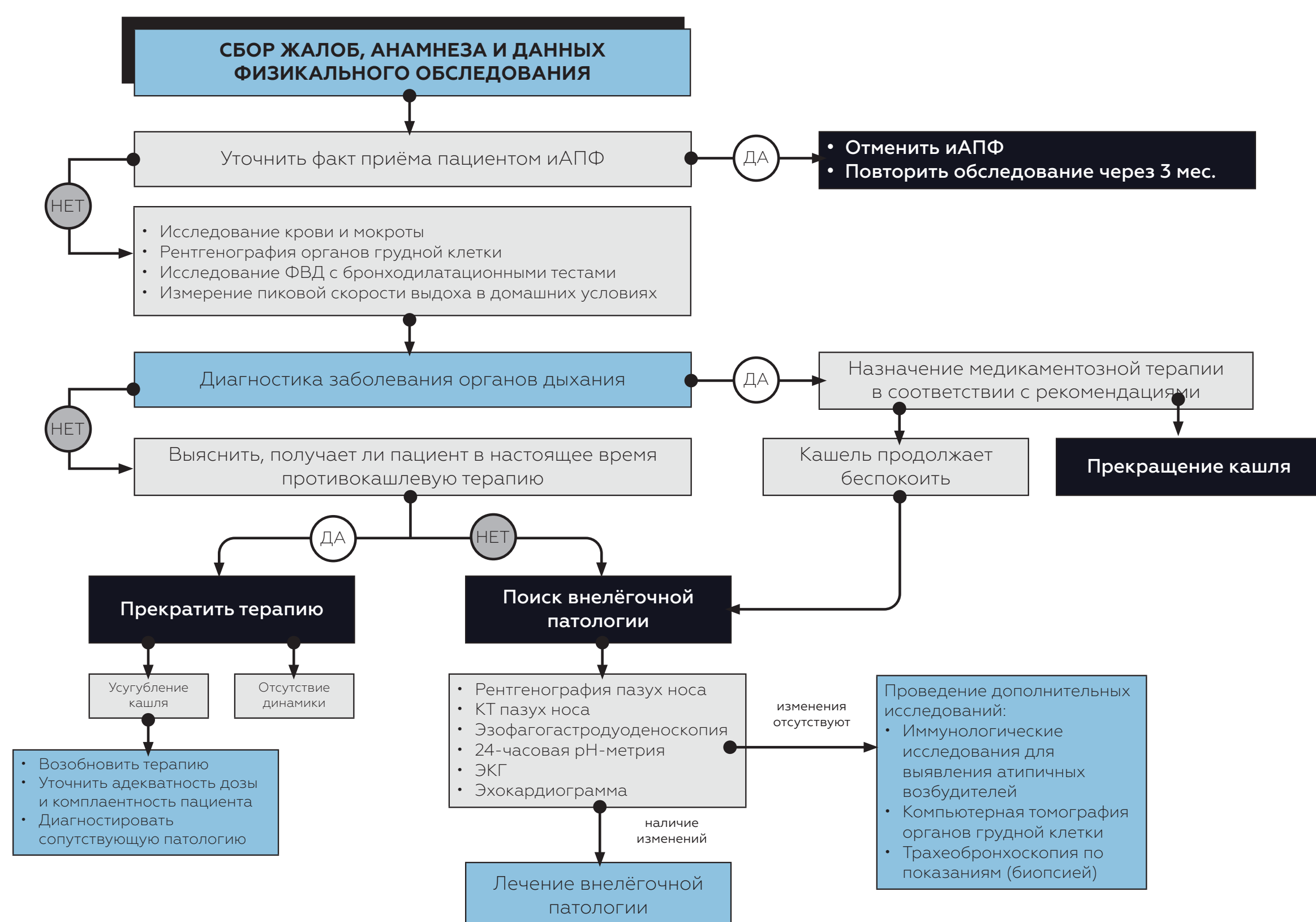
- ♦ Рентгенография органов грудной клетки
- ♦ ЭКГ

По показаниям:

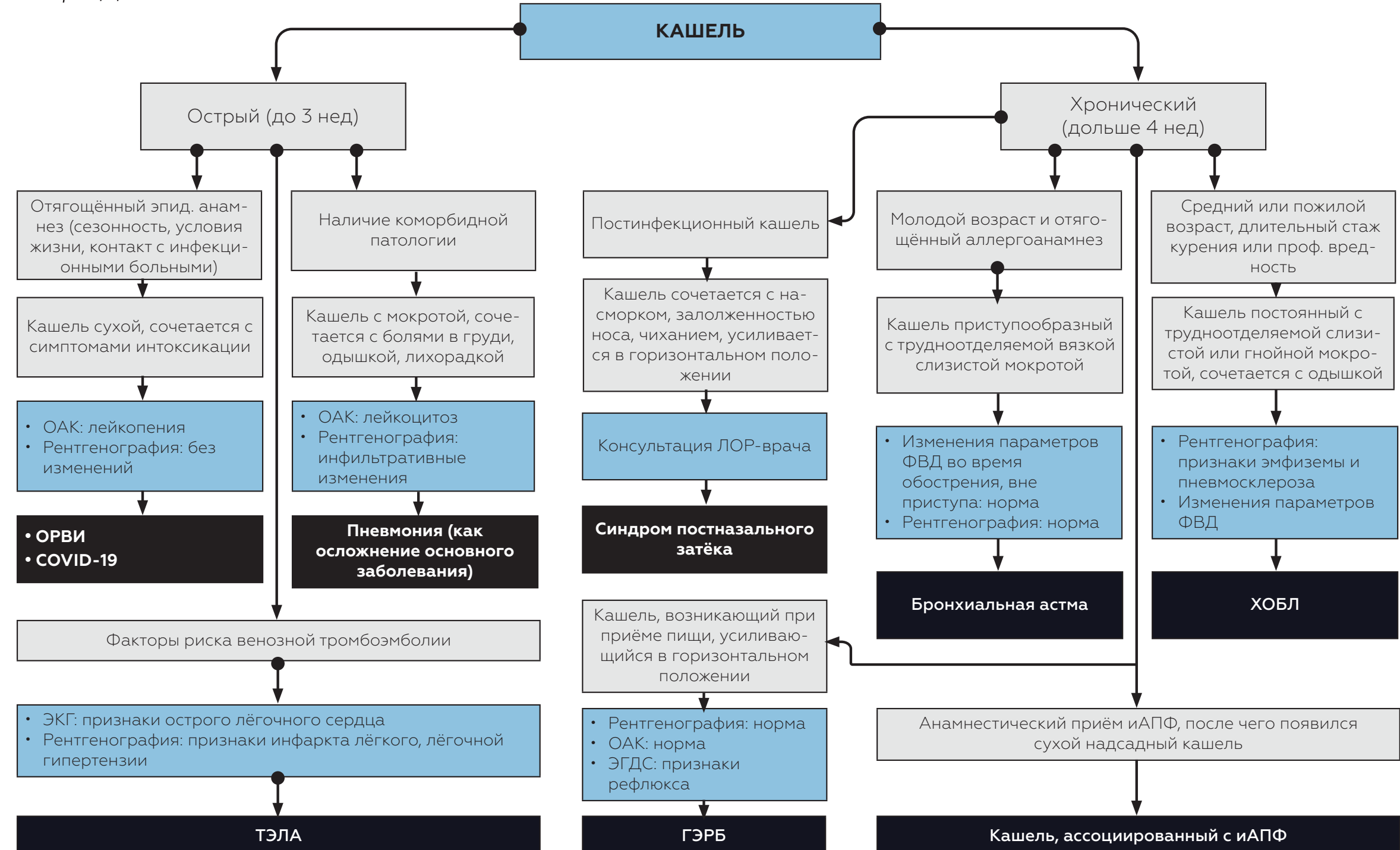
- ♦ Консультация ЛОР-врача
- ♦ КТ придаточных пазух носа
- ♦ Спирометрия
- ♦ ЭГДС
- ♦ Бронхоскопия

3 Алгоритм диагностики

А. по клинике



Б. по продолжительности



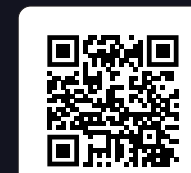
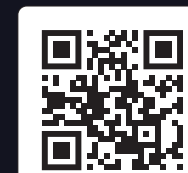
ЛЕЧЕНИЕ

1 Немедикаментозное

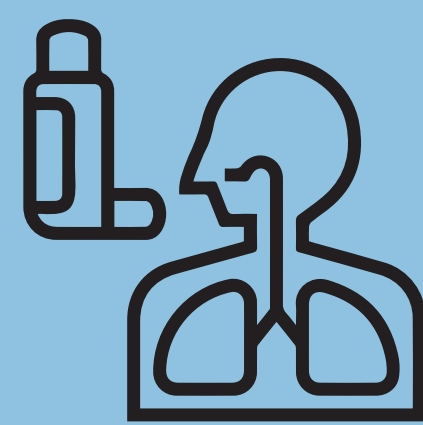
- ♦ Исключение факторов риска и триггеров
- ♦ Исключение курения
- ♦ Дозированные физические нагрузки и лечебная физкультура
- ♦ Хирургическое устранение анатомических предпосылок синдрома постназального затёка:
 1. искривление перегородки носа
 2. гипертрофия носоглоточной миндалины

2 Медикаментозное

- ♦ Противокашлевые препараты (центрального и периферического действия):
 1. при изнуряющем сухом кашле
 2. для подавления кашля при пневмотораксе
 3. перед бронхоскопией
 4. после оперативных вмешательств
- ♦ Мукоактивные препараты: муколитики и мукокинетики (отхаркивающие средства)
- ♦ Бета2-агонисты при бронхообструктивном синдроме
- ♦ Ментолсодержащие, смягчающие и увлажняющие средства



Бронхиальная астма




— гетерогенное заболевание, характеризующееся хроническим воспалением дыхательных путей, наличием респираторных симптомов, таких как свистящие хрипы, одышка, заложенность в груди и кашель, которые варьируют по времени и интенсивности, и проявляются вместе с вариабельной обструкцией дыхательных путей.


СОЦИАЛЬНОЕ ЗНАЧЕНИЕ

в настоящее время в мире насчитывается около 300 миллионов больных бронхиальной астмой. По прогнозам ВОЗ количество больных к 2025 году увеличится как минимум на 100 миллионов. От астмы ежегодно умирает 260 тысяч человек.


КРАСНЫЕ ФЛАГИ



 ПСВ \approx 33–50 % от лучших значений. Частота дыхания \geq 25 мин. Пульс \geq 110 мин. Невозможность произнести фразу на одном выдохе

 Жизнеугрожающая астма: ПСВ < 33 % от лучших значений. SpO₂ < 92 %. «Немое» легкое. Угнетение сознания. Цианоз. Слабые дыхательные усилия. Брадикардия. Гипотензия. Утомление.

 Кровохарканье

 Потребность в бронхолитиках более 6-8 раз в сутки.

ПРИЧИНЫ И ФАКТОРЫ РИСКА



Внутренние

- ◆ Генетическая предрасположенность к атопии
- ◆ Пол (в детском возрасте БА чаще развивается у мальчиков, в подростковом и взрослом — у женщин)
- ◆ Ожирение

Внешние:

- ◆ Аэрополлютаны: диоксиды серы и азота, табачный дым
- ◆ Профессиональные факторы
- ◆ Инфекционные агенты (преимущественно вирусные)
- ◆ Аллергены: клещи домашней пыли, домашних животных, тараканов, грибковые, пальца растений

КЛАССИФИКАЦИЯ



По этиологии:

- ◆ аллергическая
- ◆ неаллергическая
- ◆ смешанная астма

По течению и степени тяжести:

- ◆ интермиттирующая
- ◆ персистирующая (лёгкой, средней, тяжёлой степени)



КЛИНИКА

1. Боль (или дискомфорт) в области грудины с иррадиацией в левую руку, спину или нижнюю челюсть, эпигастральную область, длительностью менее 20 мин. Эквивалентами боли бывают: одышка, ощущение «тяжести», «жжения»
2. Боль возникает во время физической нагрузки или выраженного психоэмоционального стресса
3. Боль быстро исчезает после прекращения физической нагрузки или через 1-3 минуты после приёма нитроглицерина



ДИАГНОСТИКА

1 Лабораторная

- ◆ ОАК
- ◆ IgE

2 Инструментальная

- ◆ Спирометрия (прирост ОФВ₁ после пробы с 400 мкг Сальбутамола на 12% и 200 мл)
- ◆ Пикфлоуметрия:
 - более 320 л/мин — «зелёная зона» — нормальный уровень проходимости дыхательных путей
 - от 200 л/мин до 320 л/мин — «жёлтая зона»
 - ниже 200 л/мин — «красная зона»



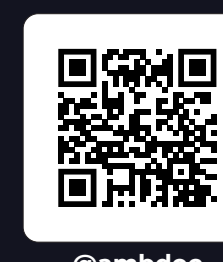
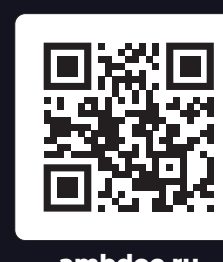
ЛЕЧЕНИЕ

1 Немедикаментозное

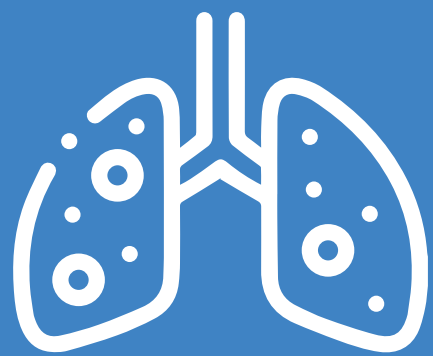
- ◆ Обучение и контроль над правильной техникой ингаляции
- ◆ При наличии показаний — аллергенспецифическая иммунотерапия
- ◆ Минимизация контакта с триггерами
- ◆ Контроль над сопутствующими заболеваниями
- ◆ Отказ от курения
- ◆ Повышение физической активности

2 Медикаментозное лечение

- ◆ Ингаляционные кортикостероиды (бекламетазон, будесонид, флутиказон, бекотид)
- ◆ Ингаляционные β 2- агонисты длительного действия (сальметерол, формотерол, индакатерол)
- ◆ Антилейкотриеновые препараты (монтелукаст, пранлукаст, зафирлукаст)
- ◆ Системные ГКС
- ◆ Антитела к иммуноглобулину E — (омализумаб)



Хроническая обструктивная болезнь лёгких (ХОБЛ)



50-70 лет

— гетерогенное заболевание лёгких, характеризующееся хроническими респираторными симптомами (одышка, кашель, выделение мокроты, обострения) вследствие патологии дыхательных путей (бронхит, бронхиолит) и/или альвеол (эмфизема), вызывающей стойкую, часто прогрессирующую, обструкцию воздушного потока.

СОЦИАЛЬНОЕ ЗНАЧЕНИЕ

Ежегодно от ХОБЛ умирает около

2,8 млн

человек, что составляет **4,8%** всех причин смерти

По данным ВОЗ, сегодня ХОБЛ является 3-й лидирующей причиной смерти в мире.

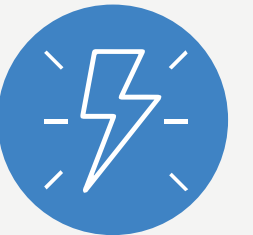
В РФ распространённость ХОБЛ среди лиц с респираторными симптомами составляет 21,8%, а в общей популяции — 15,3%

КРАСНЫЕ ФЛАГИ

- Кровохарканье
- Постоянный кашель
- Одышка в покое
- Увеличение объёма мокроты и усиление её «гнойности»
- Дистанционные хрипы
- Диффузный цианоз
- Участие вспомогательной мускулатуры в дыхании
- Системные проявления (лихорадка, потеря массы тела)

ФАКТОРЫ РИСКА

- Курение (в том числе пассивное)
- Профессиональная пыль, испарения, пары, газы и другие химические вещества
- Генетические факторы, аномалии развития, низкий вес при рождении, недоношенность
- Дым от домашней кухни и топлива для отопления
- Врождённый дефицит альфа-1-антитрипсина



КЛАССИФИКАЦИЯ

Спирометрическая классификация ХОБЛ

СТАДИЯ ХОБЛ	СТЕПЕНЬ ТЯЖЕСТИ	ОФВ1 / ФЖЕЛ	ОФВ1, % от должного
I	лёгкая	<0,7 (70%)	ОФВ1≥80%
II	среднетяжёлая	<0,7 (70%)	50%≤ОФВ1≤80%
III	тяжёлая	<0,7 (70%)	30%≤ОФВ1≤50%
IV	крайне тяжёлая	<0,7 (70%)	ОФВ1≤30%



Классификация обострения ХОБЛ (GOLD ABE, 2023)



КЛИНИКА

- ◆ Возраст пациента > 40 лет
- ◆ Прогрессирующая одышка в покое или при физической нагрузке
- ◆ Хронический кашель чаще днём, редко ночью
- ◆ Отделение мокроты
- ◆ Рецидивирующие лёгочные инфекции
- ◆ Утомляемость
- ◆ Свистящее дыхание
- ◆ Диффузный тёплый цианоз
- ◆ Симптом «часовых стёкол», «барабанных палочек»
- ◆ Бочкообразная грудная клетка
- ◆ Развёрнутый (>90 градусов) эпигастральный угол
- ◆ Выбухание в надключичных областях
- ◆ Расширение межрёберных промежутков



ДИАГНОСТИКА

- Лабораторная
 - ◆ Общий анализ крови
 - ◆ Исследование кислотно-основного состояния и газов крови
 - ◆ α1-антитрипсин в крови пациентам с ХОБЛ моложе 45 лет или с быстрым прогрессированием ХОБЛ
- Инструментальная
 - ◆ Спирометрия (ОФВ1/ФЖЕЛ)
 - ◆ Бронходилатационный тест (ОФВ1/ФЖЕЛ <0,7)
 - ◆ Пульсоксиметрия
 - ◆ Нагрузочный тест с 6-минутной ходьбой или велоэргометрия
 - ◆ Рентгенография органов грудной клетки



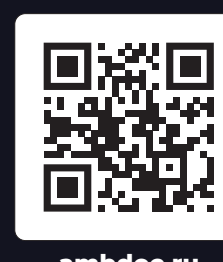
ЛЕЧЕНИЕ

- Немедикаментозное
 - ◆ Отказ от курения
 - ◆ Обучение технике ингаляций и основам самоконтроля
 - ◆ Физическая активность
 - ◆ Вакцинация против:
 - гриппа
 - пневмококковой инфекции
 - инфекции COVID-19
 - ◆ Лёгочная реабилитация
- Хирургическое
- Медикаментозное лечение
 - ◆ Базисная терапия: бронхолитики длительного действия (β2-агонисты или М-холинолитики) в виде монотерапии или в комбинации
 - ◆ Показания к назначению ИГКС:
 - Частые обострения (>2 среднетяжёлых обострений в течение 1 года или >1 тяжёлого обострения, потребовавшего госпитализации)
 - Сочетание ХОБЛ и БА
 - Эозинофильное воспаление
 - ◆ Ингибиторы фосфодиэстеразы-4 (Рофлумиласт)
 - ◆ Бронхолитики короткого действия (по потребности)



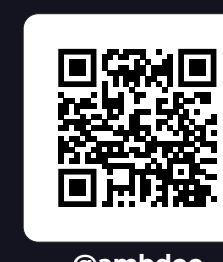
АМБУЛАТОРНЫЙ
ВРАЧ

образовательный портал для медицинских специалистов



ambdoc.ru

YouTube-канал



@ambdoc

специализированный телеграм-канал



@ambulatory_doctor

Желтуха

— синдром, характеризующийся жёлтой окраской кожи, слизистых оболочек и склер, изменением окраски секретов и экскретов вследствие увеличения в крови содержания билирубина, связанного с нарушением пигментного обмена (обмена билирубина)

ОСНОВНЫЕ ПРИЧИНЫ

- Употребление алкоголя
- Приём гепатотоксических препаратов (парацетамол, НПВП, противовирусные)
- Работа на вредном производстве
- Отягощённый семейный и эпидемиологический анамнез

КЛИНИКА

- Желтушное окрашивание кожных покровов
- Зуд кожных покровов
- Бледность кожных покровов
- Пигментация кожи
- «Сосудистые звёздочки»
- «Печёночные ладони»
- Гинекомастия и женский тип оволосения, атрофия яичек
- Выпадение волос
- Малиновый язык
- Ксантомы
- Печёночный запах
- Асцит
- Расширенные вены на передней стенке живота

КРАСНЫЕ ФЛАГИ

- Лихорадка
- Нарушение сознания
- Боли в области правого подреберья
- Быстрое немотивированное снижение веса
- Анемия
- Похудание

КЛАССИФИКАЦИЯ

- Надпечёночная (гемолитическая) — характеризуется повышением непрямого билирубина в крови и возникает за счёт повышенной его продукции, главным образом, в связи с усилением распада эритроцитов и реже при нарушении плазменного транспорта билирубина.
- Печёночная (паренхиматозная, печёночноклеточная) — характеризуются повышением прямого и непрямого билирубина и возникают за счёт нарушения захвата, конъюгации и экскреции билирубина гепатоцитами.
- Подпечёночные (механические) — характеризуются повышением прямого билирубина и возникают за счёт осложнения патологических процессов, нарушающих отток желчи на различных уровнях желчевыводящих протоков.
- Ложная желтуха — вследствие накопления каротинов.
- Каротиновая ксантохромия при сыпном тифе.

ДИАГНОСТИКА

1 Клиническая

Шаг первый: визуально определить наличие желтухи.

Шаг второй: определить, какого вида желтуха, причина желтухи, если желтуха связана с патологией печени, важно выяснить, острое или обострение хронического заболевания печени, есть ли печёночная недостаточность?

Для этого требуется анализ анамнеза, клинических данных, результатов объективного и лабораторного обследования.

Анамнез	Симптомы	Объективно
<ul style="list-style-type: none"> Сведения о профессии и образе жизни Употребление алкоголя Применение большого количества лекарств Семейный анамнез Эпидемиологический анамнез (в/в наркотики, переливание крови и др.) 	<ul style="list-style-type: none"> Диспепсия (плохой аппетит, тошнота, тяжесть в эпигастрии и т.п.) Кожный зуд Похудание Астеновегетативный синдром Психоневрологические нарушения (неадекватное поведение, дезориентация во времени и пространстве) Эндокринные нарушения (снижение либидо и потенции, дисменорея) Чувство тяжести, давления и ноющая боль в правом подреберье Лихорадка 	<ul style="list-style-type: none"> Желтушное окрашивание кожных покровов Тёмная моча, обесцвеченный кал Бледность кожных покровов Пигментация кожи «Сосудистые звёздочки» «Печёночные ладони» Гинекомастия и женский тип оволосения, атрофия яичек Выпадение волос Малиновый язык Ксантомы Печёночный запах Асцит Расширенные вены на передней стенке живота

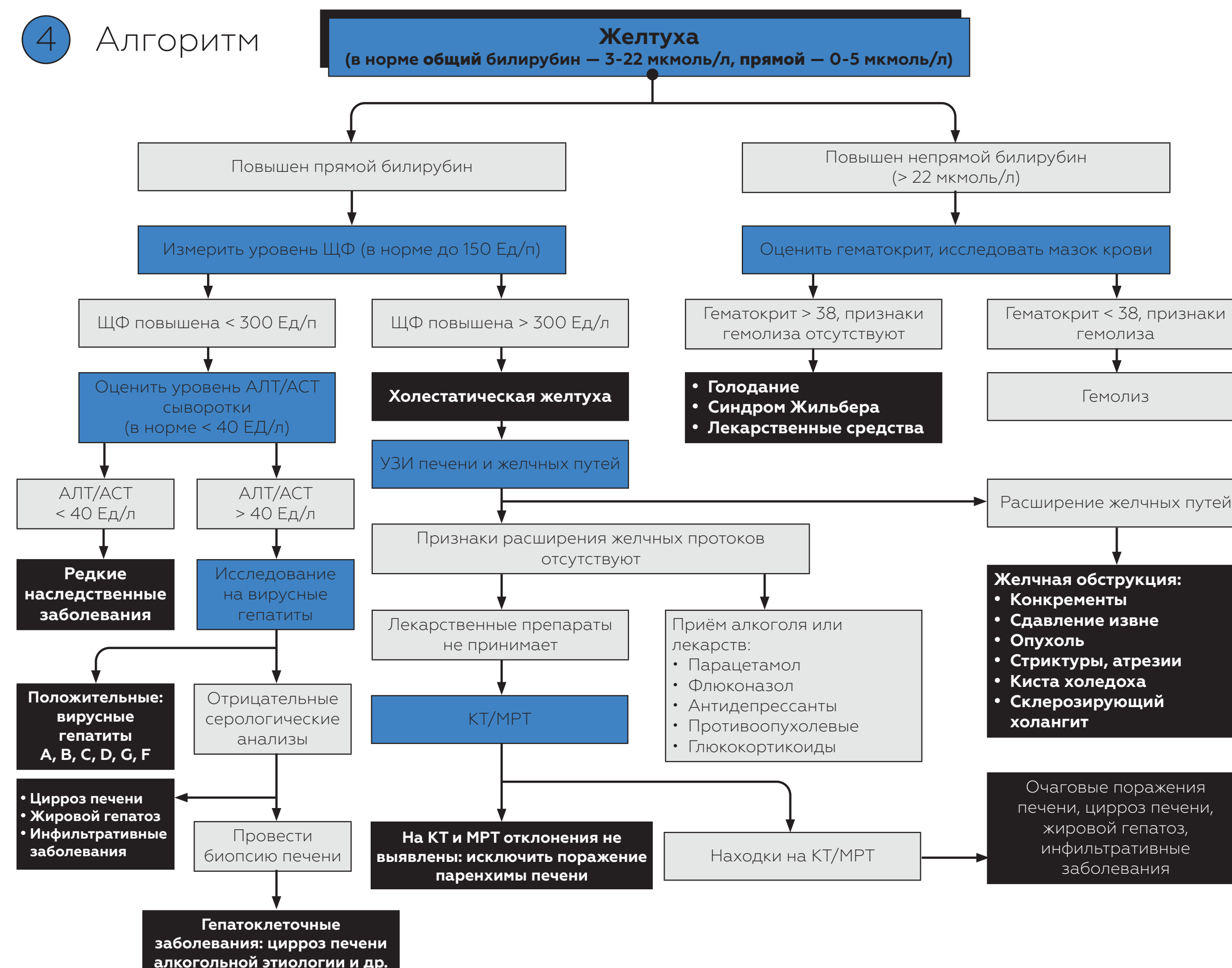
2 Лабораторная

	Гемолитическая	Паренхиматозная	Механическая
Общий билирубин	Норма / ↑	↑	↑
Неконъюгированный билирубин	↑	Норма / ↑	Норма
Конъюгированный билирубин	Норма	↑	↑
Уробилиноген	↑	Норма / ↑	↓
Цвет мочи	Оранжево-жёлтый	Слабо окрашена	Тёмный («цвет пива»)
Цвет стула	Тёмный	Обесцвеченный	Обесцвеченный
Щёлочная фосфатаза	Норма	↑	↑
АЛТ и АСТ	Норма	↑	Норма

3 Инструментальная

- УЗИ органов брюшной полости
- Эзофагогастродуоденоскопия
- МСКТ или КТ органов брюшной полости
- МР холангиография
- Рентгеноконтрастные методики ЭРХПГ и ЧЧХГ
- Гепатосцинтиграфия

4 Алгоритм



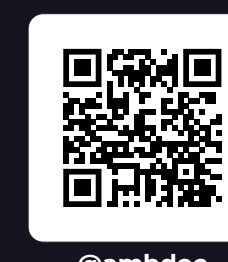
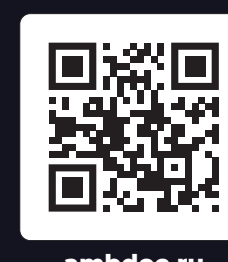
ЛЕЧЕНИЕ

1 Немедикаментозное

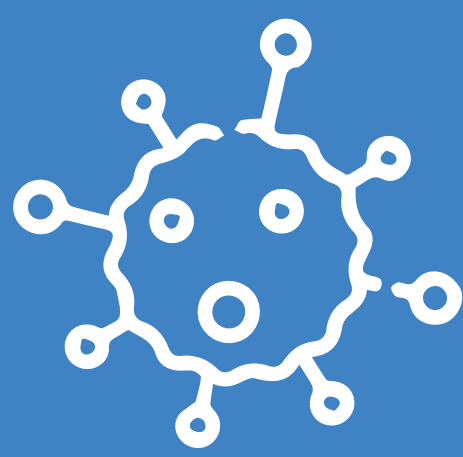
- Профилактика: соблюдение режима и качества питания, регулярная физическая активность, исключение алкоголя, своевременная вакцинация (гепатит В и др.)
- Декомпрессия желчевыводящих путей, хирургическое лечение ЖКБ

2 Медикаментозное

- Урсодезоксихолевая кислота
- Адеметионин
- Орнитин



Острые аллергозы



— клиническое выражение иммунной реакции немедленного типа (опосредованной IgE) на воздействие различных экзогенных или эндогенных аллергенов, при котором повреждаются собственные ткани

СОЦИАЛЬНОЕ ЗНАЧЕНИЕ

По данным Всемирной организации по аллергии (WAO), аллергические заболевания являются глобальной проблемой современного здравоохранения. Повсеместно наблюдается рост распространённости аллергии, которая выявляется у 30-40% населения всего мира. Большую часть пациентов с аллергией составляют дети и подростки. Огромной проблемой является возникновение поливалентной, полиорганной аллергии. По прогнозам WAO, распространённость аллергии будет увеличиваться, что связано со многими факторами, в том числе с экологическими проблемами.

КРАСНЫЕ ФЛАГИ

- ◆ Поражение кожи и/или слизистых в виде генерализованной крапивницы, зуда и/или эритемы, отёка губ, языка, нёбного язычка;
- ◆ Респираторные проявления (затруднение дыхания, одышка, кашель, заложенность носа, чихание, хрипы в груди, стридор, гипоксемия);
- ◆ Внезапное снижение артериального давления (АД) и, как следствие, развитие коллапса, синкопальных состояний, паралича сфинктеров;
- ◆ Персистирующие гастроинтестинальные нарушения в виде спастических болей в животе, рвоты.

ПРИЧИНЫ И ФАКТОРЫ РИСКА



Аллергены жилищ: клещи домашней пыли, пух, перо подушек, пыль книг, шерсть и эпидермис домашних животных, корм аквариумных рыб



Пыльца растений



Пищевые аллергены: мед, орехи, рыба и морепродукты, шоколад, кофе, цитрусовые, яйцо, коровье молоко



Лекарственные средства: любой препарат, чаще — местные анестетики, НПВП, сульфаниламиды, антибиотики, иАПФ, миорелаксанты, вакцины, сыворотки, контрастные вещества



Химические вещества: средства бытовой химии, косметика, краска для волос, дезинфектанты



КЛАССИФИКАЦИЯ



ЛЁГКОЙ степени тяжести

- Острый ринит
- Острый конъюнктивит
- Локализованная крапивница (высыпания на 1 части тела)



ТЯЖЁЛОЙ степени тяжести

- Генерализованная крапивница (высыпания на 2 и более частях тела)
- Отек Квинке
- Анафилактический шок (снижение АД)



КЛИНИКА

АЛЛЕРГИЧЕСКИЙ КОНЪЮНКТИВИТ

гиперемия, отёк, инъектированность конъюнктивы, зуд, слезотечение, светобоязнь, отёчность век, сужение глазной щели, двустороннее поражение глаз, гиперсекреция без патологических примесей

АЛЛЕРГИЧЕСКИЙ РИНИТ

затруднение носового дыхания, заложенность носа, отек слизистой оболочки носа, выделение обильного водянисто-слизистого секрета, зуд в полости носа, особенности ринореи — задняя ринорея, что приводит к развитию синдрома «постназального стекания», чихание, чувство жжения в глотке, при длительном течении заболевания возникает anosmia, часто сочетаются с глазными симптомами

ОТЁК КВИНКЕ

локальный отёк кожи, подкожной клетчатки или слизистых оболочек, чаще развивается в области губ, щёк, век, лба, волосистой части головы, мошонки, кистей, дорсальной поверхности стоп.

АНАФИЛАКТИЧЕСКИЙ ШОК

1 степень тяжести: АД снижено на 30-40 мм рт.ст. от исходных величин. Начало АШ может сопровождаться появлением предвестников (зуд кожи, сыпь, першение в горле, кашель и др.). Пациент в сознании, может быть возбуждение или вялость, беспокойство, страх смерти и пр.

2 степень тяжести: снижение АД ниже 90-60/40 мм рт.ст. Возможна потеря сознания. Тахикардия (ЧСС 150 в мин).

3 степень тяжести: потеря сознания, АД 60-40/0 мм рт.ст. Нередко судороги, холодный липкий пот, цианоз губ, расширение зрачков. Тоны сердца глухие, сердечный, пульс нитевидный.

4 степень тяжести: АД не определяется. Тоны сердца и дыхание не прослушиваются.

ГЕНЕРАЛИЗОВАННАЯ КРАПИВНИЦА

внезапно возникающее поражение всей кожи с образованием резко очерченных округлых волдырей с приподнятыми эритематозными фестончатыми краями и бледным центром, сопровождающееся резким зудом, держатся кратко и исчезают бесследно.



ДИАГНОСТИКА

1 Лабораторная

- ◆ ОАК с определением эозинофилов
- ◆ Ig E

2 Инструментальная

- ◆ Ларингоскопия строго по показаниям



ЛЕЧЕНИЕ

1 Немедикаментозное

- ◆ Элиминация аллергенов
- ◆ Гипоаллергенная диета

2 Медикаментозное лечение

Аллергический конъюнктивит

- ◆ Дексаметазон в виде глазных капель
- ◆ Гидрокортизон в виде глазной мази
- ◆ Антигистаминные препараты 2-3 поколения

Аллергический ринит

- ◆ Интраназальные кортикостероиды (например, беклометазона дипропионат)
- ◆ Антигистаминные препараты 2-3 поколения (например, Эриус)

Тяжёлый аллергоз

- ◆ Преднизолон 90-150 мг в\в струйно
- ◆ Анафилактический шок — адреналин 0,1-0,5 мл в\м.



КОДИРОВАНИЕ ПО МКБ-10

L27.0 — Лекарственная крапивница, генерализованная

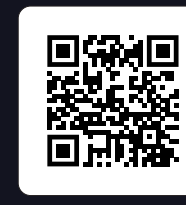
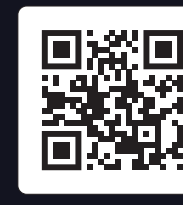
L27.1 — Лекарственная крапивница, локализованная

L50.0 — Аллергическая крапивница

T78.3 — Ангионевротический отёк

T88.5 — Анафилактический шок, связанный с введением сыворотки

T88.6 — Анафилактический шок, обусловленный патологической реакцией на адекватно назначенное и правильно применённое лекарственное средство





— полиэтиологическое заболевание, возникающее вследствие разрастания периуретральной железистой зоны предстательной железы, приводящее к обструкции нижних мочевыводящих путей и снижению качества мочеиспускания

СОЦИАЛЬНОЕ ЗНАЧЕНИЕ

ГИСТОЛОГИЧЕСКАЯ РАСПРОСТРАНЁННОСТЬ ДГПЖ У ВЗРОСЛОГО НАСЕЛЕНИЯ

8% у лиц 40+ лет

50% у лиц 60+ лет

90% у лиц 90+ лет

Только по официальной статистике в России более 6 млн мужчин с ДГПЖ. По данным аутопсии, гистологическая распространённость ДГПЖ составляет 8%, 50% и 80% на 4-м, 6-м и 9-м десятилетиях жизни, соответственно.

КРАСНЫЕ ФЛАГИ

Острая задержка мочи

Лихорадка

Признаки хронической болезни почек

ПРИЧИНЫ

40+ Возраст 40 лет и старше

Хроническая ишемия предстательной железы при атеросклерозе, особенно в сочетании с сахарным диабетом 2 типа

Уровень ПСА >2,5 нг/мл

Объём ПЖ >30 см³

Хроническое воспаление в ПЖ

Симптомы нижних мочевых путей (СНМП) средней и тяжёлой степени

ВАЖНО!

- ◆ Заполнение анкеты IPSS
- ◆ Ведение дневника мочеиспусканий

КЛАССИФИКАЦИЯ

I СТАДИЯ	Расстройства мочеиспускания при полном опорожнении мочевого пузыря
II СТАДИЯ	Значительно нарушается функция мочевого пузыря и появляется остаточная моча
III СТАДИЯ	Полная декомпенсация функции мочевого пузыря и парадоксальная ишурия, осложнения со стороны почек и верхних мочевых путей

ДИАГНОСТИКА

1 Лабораторная

- ◆ Общий анализ мочи
- ◆ Общий анализ крови
- ◆ Креатинин, СКФ
- ◆ ПСА сыворотки крови

2 Инструментальная

- ◆ Трансабдоминальное ультразвуковое исследование ПЖ и мочевого пузыря
- ◆ Трансректальное ультразвуковое исследование ПЖ (ТРУЗИ)
- ◆ Ультразвуковое исследование с определением остаточной мочи
- ◆ Урофлоуметрия (исследование скорости потока мочи)
- ◆ Обзорная и внутривенная (экскреторную) урография
- ◆ КТ и МРТ органов малого таза

ЛЕЧЕНИЕ

1 Немедикаментозное **ПОВЕДЕНЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ**

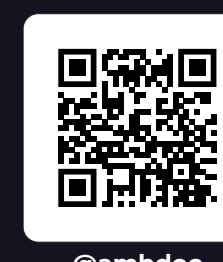
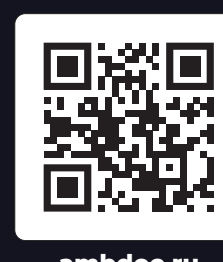
- ◆ Ограничение приёма жидкости в вечерние часы
- ◆ Отказ от приёма продуктов, обладающих мочегонным действием перед сном (фрукты, кофе, чай, алкоголь, молочные продукты)

2 Медикаментозное лечение

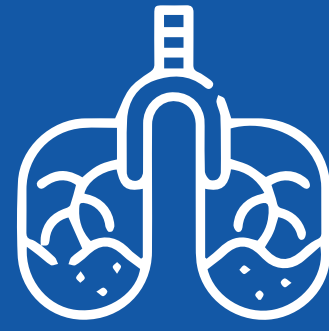
- ◆ Альфа-адреноблокаторы: тамсулозин 0,4мг/сут., силодозин 8 мг/сут
- ◆ Ингибиторы- 5-альфа-редуктазы: дутастерид 0,5 мг/сут.
- ◆ М-холиноблокаторы: солифенацин 5 мг/сут.
- ◆ Агонисты бета-3-адренорецепторов: мирабегрон 25- 50мг/сут
- ◆ Ингибиторы фосфодиэстеразы 5-го типа: тадалафил 5мг/сут

3 Хирургическое лечение

- ◆ Трансуретральная резекция предстательной железы (ТУРПЖ)
- ◆ Лазерная абляция или энуклеация предстательной железы
- ◆ Аденомэктомия



Внебольничная пневмония



— инфекция дистальных отделов респираторного тракта с вовлечением в патологический процесс альвеол, бронхиол, бронхов мелкого калибра. Внебольничной считают пневмонию, развившуюся вне стационара, либо диагностированную в первые 48 ч с момента госпитализации

СОЦИАЛЬНОЕ ЗНАЧЕНИЕ

Заболеваемость ВП в РФ

410 на 100 тыс. населения

Смертность от ВП в РФ:

- 41,9% среди всех болезней органов дыхания
- 17,0% на 100 тыс. населения
- 15 — 58% у стариков, страдающих хроническими заболеваниями

КРАСНЫЕ ФЛАГИ



Деструкция лёгочной ткани

Выраженный болевой синдром, приступ удушья

Влажные двусторонние хрипы в лёгких

ПРИЧИНЫ

Наиболее частые возбудители:

- ◆ *S. pneumoniae*
- ◆ *H. influenzae*
- ◆ *M. pneumoniae*
- ◆ *C. pneumoniae*

Пневмония, как правило, является осложнением:

- ◆ ХОБЛ
- ◆ Злокачественных новообразований
- ◆ Сердечно-сосудистых заболеваний
- ◆ Алкоголизма, наркомании



КЛАССИФИКАЦИЯ

По этиологии:

- ◆ пневмококковая
- ◆ микоплазменная,
- ◆ хламидийная и др.

По состоянию иммунной системы :

- ◆ без нарушений и с выраженной иммуносупрессией



КЛИНИКА

1. Острый кашель
2. Одышка
3. Отделение мокроты
4. Боли в грудной клетке, связанные с дыханием
5. Лихорадка
6. Синдром интоксикации у пожилых
7. Отставание поражённой стороны грудной клетки при дыхании
8. Усиление голосового дрожания
9. Укорочение (притупление) перкуторного звука над поражённым участком
10. Бронхиальное дыхание
11. Усиление бронхофонии
12. Фокус мелкопузырчатых хрипов при крепитации

Критерии диагноза:

2 симптома и признака:

1. Остро возникшая лихорадка в начале заболевания
2. Кашель с мокротой
3. Лейкоцитоз более 10000 и/или палочкоядерный сдвиг более 10%
4. Рентгенологически подтверждённая очаговая инфильтрация лёгочной ткани



ДИАГНОСТИКА

1 Лабораторная

- ◆ Общий анализ крови: высокая вероятность бактериальной инфекции при уровне лейкоцитов более 10000-12000 с ростом нейтрофилов и/или палочкоядерным сдвигом более 10%, нейтрофильно-лимфоцитарном соотношении более 20
- ◆ СРБ — более 100 мг/л специфичность превышает 90%
- ◆ Количественное определение прокальцитонина в крови не имеет преимуществ перед СРБ

2 Инструментальная

- ◆ Пульсоксиметрия
- ◆ Обзорная рентгенография органов грудной клетки в прямой и боковой проекциях
- ◆ КТ



ЛЕЧЕНИЕ

1 Немедикаментозное

- ◆ ограничение чрезмерной физической нагрузки
- ◆ потребление достаточного количества жидкости
- ◆ прекращение курения
- ◆ дыхательная гимнастика

2 Медикаментозное лечение

- ◆ Антимикробная терапия
- ◆ Симптоматическая терапия (по показаниям)
- ◆ Анальгетики/антипиретики — при плевральной боли, повышении температуры выше 38,5 С
- ◆ Муколитики (амброксол, ацетилцистеин) — при трудноотделяемой мокроте
- ◆ Бронхолитики — при бронхообструкции

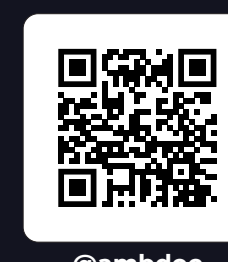
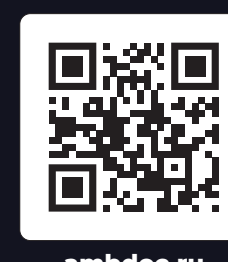
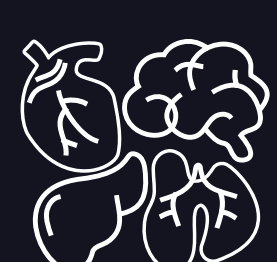
Критерии отмены АБТ

- Стойкая нормализация температуры тела (в течение 3 суток)
- Положительная клиническая динамика
- Данные лабораторных исследований — прокальцитонин, лейкоцитарная формула
- «Микробиологическая» эрадикация
- Инфильтрация лёгочной ткани, СОЭ — не служат основанием для продолжения АБ-терапии

Критерии эффективности АБТ

Первоначальная оценка эффективности терапии проводится через 48-72 часа

- положительная клиническая динамика: снижение температуры тела, уменьшение интоксикации, одышки
- нормализация лейкоцитарной формулы
- уменьшение количества гноя в мокроте
- положительная динамика аускультативных и рентгенологических данных



Подагра



более 70 лет

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

СОЦИАЛЬНОЕ ЗНАЧЕНИЕ

Распространённость гиперурикемии в России





около 16,8%

- 25,3% у мужчин
- 11,3% у женщин

при этом её частота увеличивается с возрастом, достоверно ассоциируется с повышенным АД, абдоминальным ожирением, потреблением алкоголя и приёмом диуретиков.

КРАСНЫЕ ФЛАГИ



-  Ожирение
-  Локализация артрита: наиболее часто поражается 1-й плюснефаланговый сустав
-  Очень быстрое развитие приступа артрита
-  Наличие припухлости, болезненности при пальпации, невозможность терпеть боль при прикосновении, давлении, трудности при ходьбе

ПРИЧИНЫ И ФАКТОРЫ РИСКА

Модифицируемые:

- ◆ питание
- ◆ алкоголь
- ◆ некоторые обменные нарушения
- ◆ приём лекарственных препаратов

Немодифицируемые:

- ◆ генетические
- ◆ пол
- ◆ возраст



КЛАССИФИКАЦИЯ

- ◆ рецидивирующие атаки острого артрита
- ◆ накопление кристаллов уратов в тканях с образованием тофусов
- ◆ нефролитиаз
- ◆ подагрическая нефропатия



КЛИНИКА

Наиболее часто при подагре поражаются: **1-е плюснефаланговые суставы, суставы предплюсны, голеностопные суставы, коленные суставы, бursы (ахилл, локоть)**

- ◆ Очень быстрое развитие приступа (максимальная выраженность боли в течение 24 часов), при этом боль очень сильная
- ◆ Наличие подкожных тофусов (мелообразный узел с наличием отделяемого или под прозрачной кожей с вышележащей васкуляризацией, локализующийся в типичных местах)
- ◆ Длительность приступов, как правило, не превышает 14 дней, в межприступный период какие-либо симптомы заболевания отсутствуют



ДИАГНОСТИКА

1 Лабораторная

- ◆ Мочевая кислота (повышение сывороточного уровня мочевой кислоты более 360 мкмоль/л)

2 Инструментальная

- ◆ Поляризационная микроскопия — «золотой стандарт»
- ◆ УЗИ суставов



ЛЕЧЕНИЕ

1 Немедикаментозное

- ◆ Диета с уменьшением животных жиров, поваренной соли, сниженным количеством белка
- ◆ **Исключить:** жирное, жареное мясо, особенно молодых животных (цыплята, телятина), жирную рыбу, бульоны, субпродукты (печень, почки, язык, мозги), сало, консервы, бобовые, алкоголь
- ◆ **Ограничить:** грибы, томаты, салат, щавель, шпинат, ревень, цветную капусту, брюкву, редис, малину, шоколад, чай, кофе, какао.
- ◆ Употреблять больше жидкости (более 1.5-2 литра/сут.)
- ◆ Не голодать

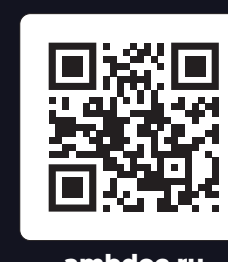
2 Медикаментозное лечение

- ◆ Аллопуринол 50-100 мг ежедневно с последующим увеличением (при необходимости) по 100 мг каждые 2-4 недели
- ◆ НПВП
- ◆ ГКС: Преднизолон 30-35 (28-32) мг 3-5 дней, далее снижать до отмены (1,5-2 нед)
- ◆ Колхицин 1 мг, затем ещё 0,5 мг (через час) в первый день, далее 1 мг в сутки



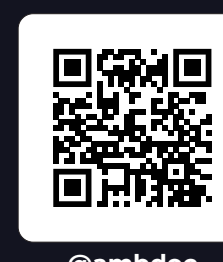
АМБУЛАТОРНЫЙ
ВРАЧ

образовательный
портал для
медицинских
специалистов



ambdoc.ru

YouTube-канал



@ambdoc

специализированный
телеграм-канал



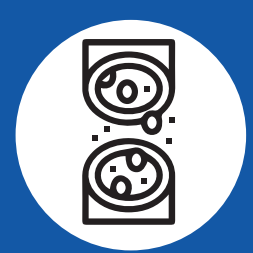
@ambulatory_doctor

Анемия

ОСНОВНЫЕ ПРИЧИНЫ



Повышенное потребление эритроцитов (кровотечение, гемолиз, донорство, диализ, беременность, искусственный клапан сердца)



Сниженная продукция эритроцитов (дефицит железа, В₁₂, фолатов, эритропоэтина, миелодиспластический синдром, инфильтрация костного мозга — лейкозы, нарушения синтеза гема — талассемия)



Секвестрация (гиперспленизм, внутренние гематомы)

ГРУППЫ РИСКА



Пожилые пациенты, принимающие НПВП, антиагреганты и антикоагулянты

Операции на кишечнике

Желудочно-кишечные, маточные кровотечения

Анемия в анамнезе

Анемия у родственников первой линии

Алкогольный анамнез

Заболевания печени и почек

Контакт с токсинами (свинец)

Похудание

ОБЩИЕ СИМПТОМЫ



Слабость

Утомляемость

Снижение работоспособности

Хроническая усталость

Головокружение

Головные боли

Шум в ушах

Мелькание мушек перед глазами

Сердцебиение

Одышка при физической нагрузке

Стенокардия

Переменяющаяся хромота

Извращение вкуса

Дисфагия

Примесь крови в кале

СПЕЦИФИЧЕСКИЕ СИМПТОМЫ



Дефицит железа:



ломкость и слоистость ногтей



ложкообразные ногти



извращение вкуса



выпадение волос

В₁₂ дефицит:



поносы (ахлоргидрические)



глоссит



фуникулярный миелоз

Аплазия:



ангины

— состояние, характеризующееся снижением концентрации гемоглобина и, в большинстве случаев, количества эритроцитов и гематокрита в единице объема крови. Критериями ВОЗ для диагностики анемий считаются:

- у мужчин — число эритроцитов <4,0 млн/мкл, Hb <130 г/л, Ht <39%
- у женщин — число эритроцитов <3,8 млн/мкл, Hb <120 г/л

КЛАССИФИКАЦИЯ

ЛЁГКОЙ
степени тяжести
Hb 119-90 Г/Л

СРЕДНЕЙ
степени тяжести
Hb 89-70 Г/Л

ТЯЖЁЛОЙ
степени тяжести
Hb < 70 Г/Л

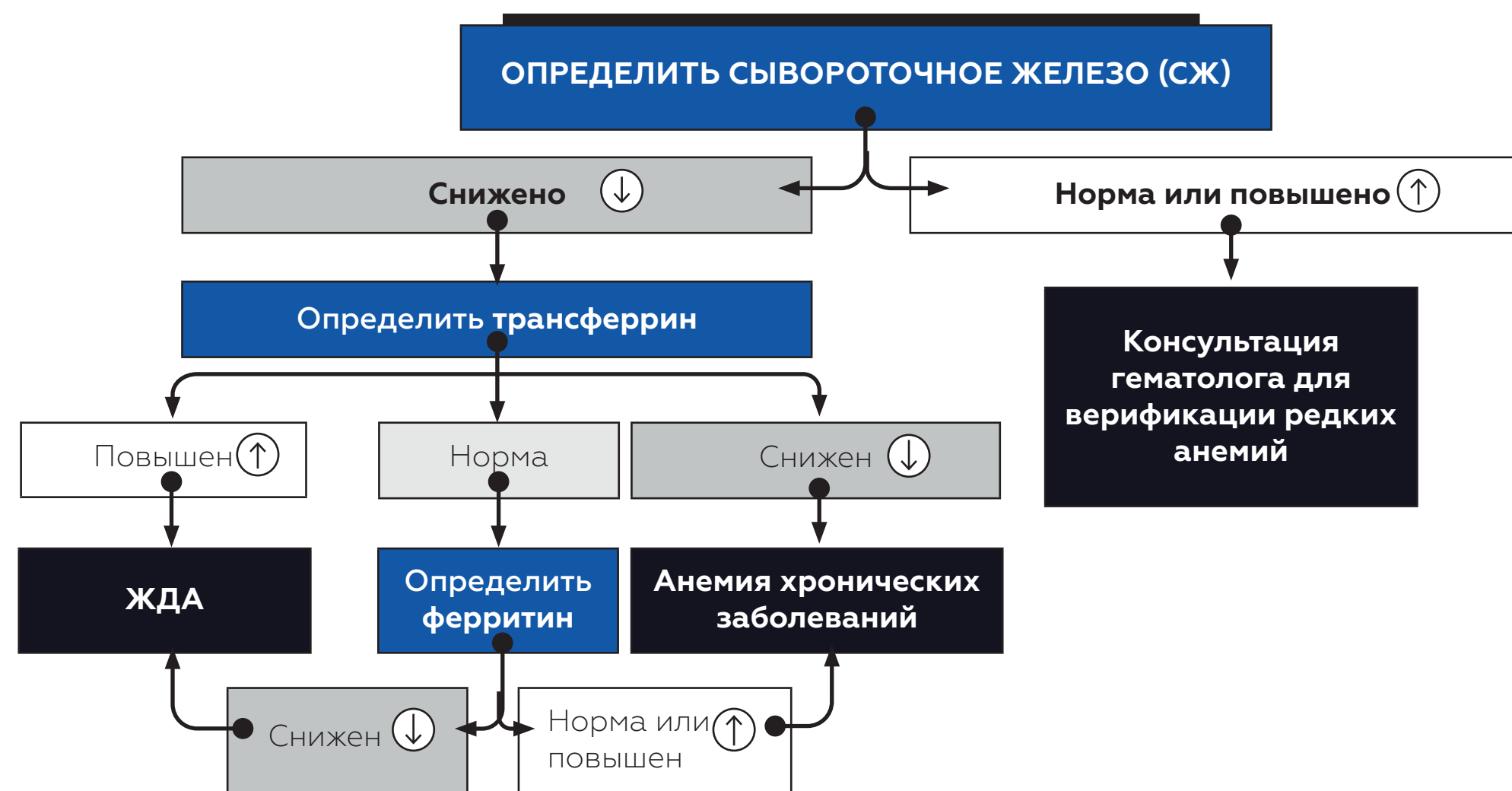
ДИАГНОСТИКА

1 Лабораторная

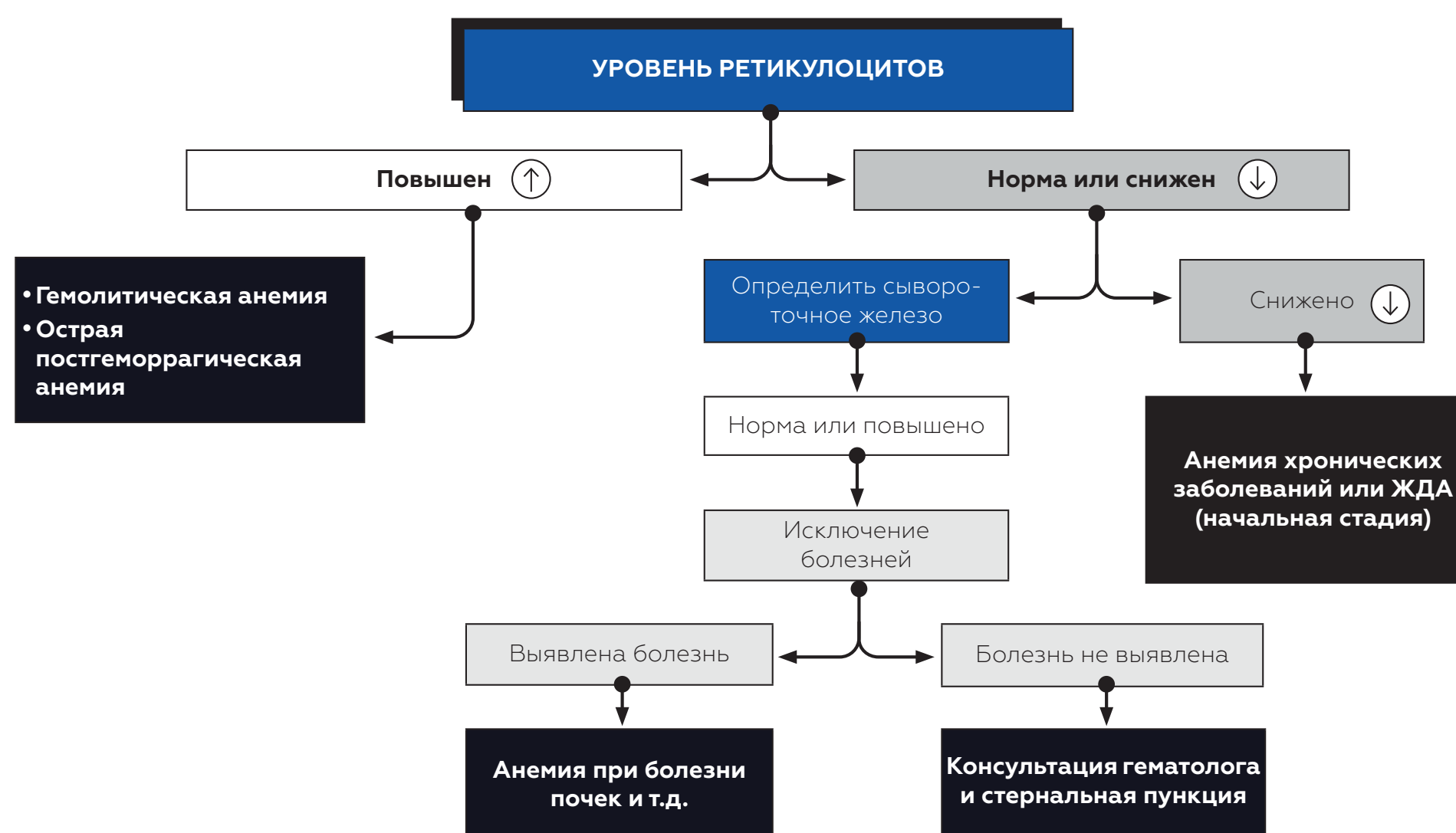
Микроцитарная (MCV < 80)	Нормоцитарная (MCV 80-100)			Макроцитарная (MCV > 100)
В основе — всегда дефицит железа	С увеличением эритропоэза в костном мозге	Со снижением эритропоэза	Нарушения синтеза эритропоэтина	Мегалобластная
<ul style="list-style-type: none"> • Железодефицитная анемия • Анемия хронических заболеваний • Другие редкие анемии (талассемия сидеробластная) 	<ul style="list-style-type: none"> • Гемолиз • Острая кровопотеря 	<ul style="list-style-type: none"> • Лейкоз • Миелома • Апластическая анемия 	<ul style="list-style-type: none"> • Болезни почек • Болезни печени • Хронические заболевания 	<ul style="list-style-type: none"> • В₁₂-дефицитная анемия • Фолиеводефицитная анемия • Лекарства и токсины
				Немегалобластная
				<ul style="list-style-type: none"> • Алкогольная висцеропатия • Заболевания печени • ХОБЛ • Миелодиспластический синдром

2 Алгоритмы диагностики при

а) микроцитарной анемии



б) нормоцитарной анемии



в) макроцитарной анемии



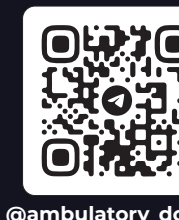
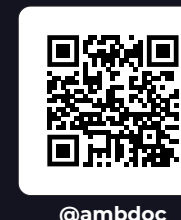
ЛЕЧЕНИЕ

1 Немедикаментозное

- ♦ Диетой восполнить дефицит железа и витамина В₁₂ в организме нельзя

2 Медикаментозное

- ♦ Пероральные препараты 2-валентного железа
- ♦ Парентеральные препараты: Fe (II) гидроксид полимальтозат для в/м введения
- ♦ Цианокобаламин 1 000 гамм ежедневно 4 недели, затем поддерживающая терапия — витамин В₁₂ в той же дозе 1 раз в неделю 2 месяца, затем — витамин В₁₂ 1 000 гамм 1 раз в 6 месяцев.
- ♦ Показания для переливания эритроцитарной массы:
 1. Hb < 70 г/л
 2. Hb < 100 г/л при значительном ухудшении состояния пациента (стенокардия, обморок, нарушения ритма сердца)



Кровохарканье

ОСНОВНЫЕ ПРИЧИНЫ



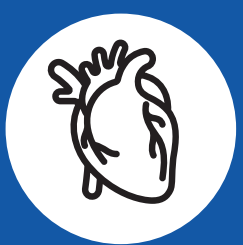
Заболевания респираторной системы:

- ◆ бронхоэктазы
- ◆ туберкулёз
- ◆ пневмония
- ◆ пневмосклероз
- ◆ абсцесс лёгкого
- ◆ первичная лёгочная гипертензия
- ◆ бронхогенный рак
- ◆ аденома бронха
- ◆ паразитарные заболевания
- ◆ травмы



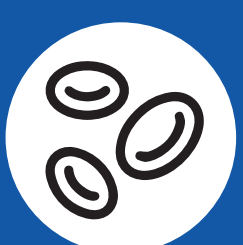
Лёгочная гипертензия:

- ◆ митральный стеноз



Заболевания сердца:

- ◆ ТЭЛА
- ◆ острая (отёк лёгких) и хроническая сердечная недостаточность
- ◆ аневризма аорты
- ◆ лечение антикоагулянтами



Нарушение свёртывания крови:

- ◆ гемофилия
- ◆ лейкоз
- ◆ тромбоцитопения



Системная патология соединительной ткани:

- ◆ АНЦА-ассоциированные васкулиты
- ◆ системная красная волчанка
- ◆ узелковый полиартериит
- ◆ саркоидоз

ОБЩИЕ СИМПТОМЫ

- ◆ Кашель с мокротой и примесью крови
- ◆ Выделяемая кровь при кровотечении из системы бронхиальных артерий имеет, как правило, алый цвет, в то время как кровь из ветвей лёгочной артерии — тёмная
- ◆ Симптомы в зависимости от причины кровохарканья

— выделение крови при кашле в виде прожилок крови в мокроте или отдельных плевков жидкой или свернувшейся крови в объёме, не превышающем 10-15 мл за один раз или 100 мл за 24 часа

КЛАССИФИКАЦИЯ

◆ **МАЛЫЕ**
до 100 мл

◆ **СРЕДНИЕ**
до 500 мл

◆ **БОЛЬШИЕ** или **ПРОФУЗНЫЕ**
свыше 500 мл

ДИАГНОСТИКА

1 Клиническая

Органы дыхания	<ul style="list-style-type: none"> • Болевой синдром в грудной клетке, его характер • Одышка, её характер, кашель • Деформации грудной клетки • Изменения перкуторных данных над зоной поражения • Аускультативная картина (выслушивание хрипов, шума трения плевры, жёсткое, ослабленное дыхание)
Органы кровообращения	<ul style="list-style-type: none"> • Цианоз, румянец • Изменения области сердца • Патологические шумы при аускультации • Нарушения ритма • Отёки • Артериальные гипо- и гипертензия
Прочие проявления	<ul style="list-style-type: none"> • Нарушения терморегуляции (лихорадка, субфебрилитет) • Снижение массы тела • Отсутствие аппетита • Слабость • Потливость • Кожные высыпания • Деформации опорно-двигательного аппарата

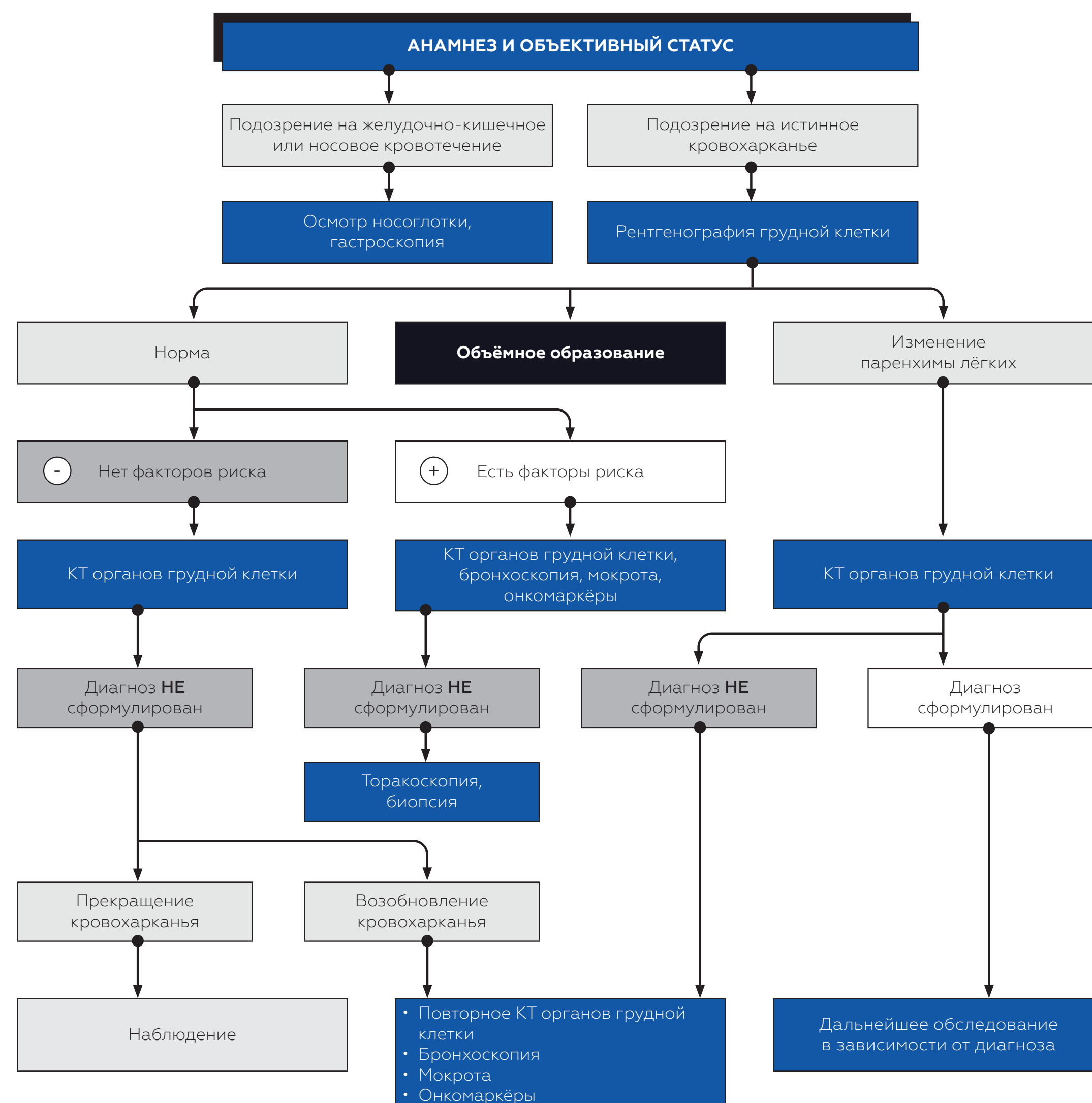
1 Лабораторная

- ◆ Общий анализ крови с подсчётом формулы крови и СОЭ
- ◆ Коагулограмма
- ◆ Биохимическое исследование крови с определением ферментов печени, азотистого обмена, уровня глюкозы
- ◆ Микроскопия, посев, атипичные клетки мокроты, диаскинтест или Т-СПОД
- ◆ Группа крови и Rh-фактор

2 Инструментальная

- ◆ ЭКГ
- ◆ Эхокардиограмма
- ◆ Рентгенография/КТ органов грудной клетки
- ◆ Фибробронхоскопия
- ◆ ЭГДС

3 Алгоритм диагностики



4 Показания для консультации сосудистого хирурга

- ◆ Очаговые образования лёгких, выявленные при рентгенографии и КТ
- ◆ Локальные изменения бронхов, выявленные при эндоскопическом исследовании (в том числе эрозии слизистой оболочки)
- ◆ Бронхоэктазы в случае рецидивирующих эпизодов кровохарканья
- ◆ Продолжающееся кровохарканье при отсутствии инструментальных данных на наличие очагового образования и локальных изменений бронхов не является показанием для консультации торакального хирурга

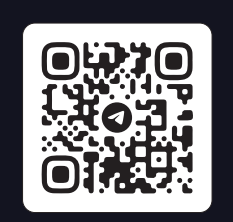
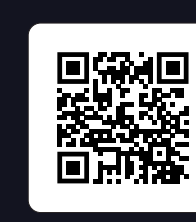
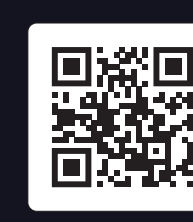
ЛЕЧЕНИЕ

1 Немедикаментозное

- ◆ Профилактика аспирации (возвышенное положение)
- ◆ При подозрении на лёгочное кровотечение (независимо от его степени) — полное ограничение приёма пищи и жидкости

2 Медикаментозное

- ◆ Гемостатическая терапия (например, Транексамовая кислота)
- ◆ Лечение основного заболевания



Мигрень



— первичная форма головной боли (ГБ), которая проявляется приступами пульсирующей, чаще односторонней головной боли продолжительностью от 4 до 72 ч и типичными сопутствующими симптомами

СОЦИАЛЬНОЕ ЗНАЧЕНИЕ

Среди всех цефалгий мигрень является второй по частоте после головной боли напряжения. Распространённость мигрени в мире составляет в среднем 15 %. Регулярно повторяющиеся приступы М приводят к нарушению работоспособности и социальной активности молодых, трудоспособных людей, снижают качество их жизни и приводят к значительным финансовым потерям для общества в целом.

КРАСНЫЕ ФЛАГИ



Мигренозные ГБ могут иметь симптоматический характер, то есть быть проявлением другого заболевания. Вторичную природу Гб можно заподозрить, если у пациента выявляются сигналы опасности или «красные флаги».

- ◆ ГБ, впервые возникшая после 50 лет
- ◆ «Громоподобная ГБ» (ГБ, нарастающая до 10 баллов по ВАШ за 1-2 сек)
- ◆ Строго односторонняя ГБ без смены стороны
- ◆ Изменения в сфере сознания (оглушённость, спутанность, потеря памяти) или психические нарушения
- ◆ Очаговые неврологические знаки
- ◆ Симптомы системного заболевания (повышение температуры тела, кожная сыпь, ригидность шеи, артралгии, миалгии)
- ◆ Признаки внутричерепной гипертензии (усиление ГБ при кашле, натуживании, физическом напряжении)
- ◆ Дебют ГБ во время беременности или в послеродовом периоде
- ◆ Неэффективность адекватного лечения

ТРИГГЕРЫ МИГРЕНИ

- Стресс и расслабление после стресса
- Изменения погоды
- Менструация, овуляция, приём КОК или МГТ
- Голод, употребление ряда пищевых продуктов (сыр, шоколад, орехи, копчёности, авокадо, цитрусовые или кофеинсодержащие продукты)
- Приём алкоголя (особенно красного вина)
- Недостаток или избыток ночного сна, физическая нагрузка
- Зрительные стимулы (яркий или мерцающий свет), шум



КЛАССИФИКАЦИЯ

Мигрень без ауры
Мигрень с аурой
Ретинальная мигрень
Хроническая мигрень (ХМ) — наиболее тяжёлая форма М (15 и более дней с ГБ в месяц), которая часто сочетается с избыточным приёмом анальгетиков и триптанов (лекарственный абюзус), депрессией, повышенной тревогой и нарушением сна. Пациентов с ХМ должен наблюдать невролог-цефалголог

ФАКТОРЫ ХРОНИЗАЦИИ (УЧАЩЕНИЯ)

- ◆ Стресс
- ◆ Депрессия
- ◆ Лекарственный абюзус
- ◆ Избыток кофеина



КЛИНИКА

- ◆ Интенсивные, чаще односторонние ГБ со средней частотой 2-4 в месяц, а также различным сочетанием неврологических, желудочно-кишечных и вегетативных проявлений.
- ◆ Боль пульсирующего и давящего характера чаще в одной половине головы в области лба и виска, вокруг глаза. Приступ обычно сопровождается тошнотой, повышенной чувствительностью к дневному свету (фотофобия) и звукам (фонофобия) и усиливается от обычной физической активности.
- ◆ В приступе выделяют 4 стадии, которые развиваются в характерной последовательности: продром (предвестники ГБ), аура (если есть), стадия ГБ и постдром (стадия разрешения); не у всех пациентов есть все стадии приступа.



ДИАГНОСТИКА

- 1 Клиническая**
 - ◆ Расспрос пациента с выявлением типичных клинических черт + нормальный неврологический статус + отсутствие красных флагов
- 2 Лабораторная НЕ ИМЕЕТ ДИАГНОСТИЧЕСКОЙ ЦЕННОСТИ**
- 3 Инструментальная**
 - ◆ МРТ, КТ, ЭЭГ, УЗДГ — не имеют диагностической ценности. Дополнительные исследования показаны только при нетипичном течении М и/или при выявлении «красных флагов»



ЛЕЧЕНИЕ

- 1 Немедикаментозное**
 - ◆ Поведенческая терапия: когнитивно-поведенческая терапия, стресс-менеджмент, психологическая релаксация
 - ◆ Иглорефлексотерапия, фитнес, водные процедуры
- 2 Медикаментозное лечение**

Купирование приступа мигрени:

 - ◆ Ненаркотические анальгетики или НПВП: ибупрофен, кетопрофен, диклофенак, напроксен, парацетамол, аспирин
 - ◆ Триптаны (агонисты серотониновых рецепторов типа 5HT1): сума-, эле- и золмитриптан
 - ◆ При наличии тошноты и рвоты — противорвотные средства

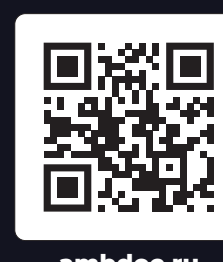
Профилактика:

 - ◆ бета-адреноблокаторы (метопролол, пропранолол) и кандесартан
 - ◆ антидепрессанты, обладающие противоболевым эффектом (амитриптилин, венлафаксин)
 - ◆ моноклональные антитела к болевому медиатору мигрени кальцитонин-ген-связанному пептиду (CGRP) или его рецептору
 - ◆ антиконвульсанты (топирамат, вальпроевая кислота)
 - ◆ ботулинический токсин типа А — гемагглютинин комплекс при частоте от 10 и более дней с мигренью в месяц
 - ◆ другие средства: препараты магния, циннаризин, вазобрал



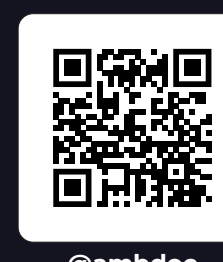
АМБУЛАТОРНЫЙ
ВРАЧ

образовательный
портал для
медицинских
специалистов



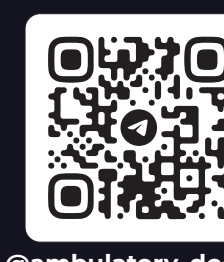
ambdoc.ru

YouTube-канал



@ambdoc

специализированный
телеграм-канал



@ambulatory_doctor

ВИЧ



— инфекционное антропонозное хроническое заболевание с контактным путём передачи, вызываемое вирусом иммунодефицита человека, медленно прогрессирующее и характеризующееся поражением иммунной системы с развитием СПИДа

СОЦИАЛЬНОЕ ЗНАЧЕНИЕ

С начала 2022 года число новых зарегистрированных больных ВИЧ в РФ составило 40 тыс. при общем количестве

1,1 млн

человек

КРАСНЫЕ ФЛАГИ



- ◆ лихорадка выше 38С
- ◆ кровохарканье
- ◆ нарушение сознания
- ◆ менингеальный синдром

ПУТИ ПЕРЕДАЧИ

- ◆ **Естественные:** половой (доминирующий), от матери ребенку (во время беременности, родов, кормления грудью)
- ◆ **Искусственный:** парентеральный — инъекционный, трансфузионный, трансплантационный
- ◆ Вирус передается через кровь, сперму, секрет влагалища, грудное молоко

ПРИЧИНЫ И ФАКТОРЫ РИСКА



- ◆ Наркомания
- ◆ Асоциальный образ жизни
- ◆ Гемотрансфузии
- ◆ Рождение от ВИЧ-инфицированной матери
- ◆ Венерические болезни

КЛАССИФИКАЦИЯ

Стадия и фаза заболевания устанавливаются только на основании клинических проявлений ВИЧ-инфекции:



- ◆ Стадия инкубации;
- ◆ Стадия первичных проявлений

Варианты течения:

- ◆ Бессимптомное
- ◆ Острая ВИЧ-инфекция без вторичных заболеваний
- ◆ Острая ВИЧ-инфекция с вторичными заболеваниями
- ◆ Субклиническая стадия
- ◆ Стадия вторичных заболеваний
- ◆ Терминальная стадия



КЛИНИКА

- ◆ потеря веса — потеря веса (<10%), сильная потеря веса (>10%), кахексия
- ◆ температура тела (лихорадка более месяца)
- ◆ частота дыхания (одышка в покое)
- ◆ увеличение лимфатических узлов
- ◆ дерматиты, везикулёзные, папулезные высыпания
- ◆ ретинит
- ◆ стоматит, язвенно-некротические поражения, разрастание слизистой полости рта, преимущественно боковой поверхности языка
- ◆ кашель, одышка, хрипы
- ◆ кардиомиопатия
- ◆ нефропатия
- ◆ диарея, увеличение печени и селезенки, дисфагия
- ◆ признаки следующих заболеваний: инфекция, вызванная вирусом папилломы человека (остроконечные кондиломы половых органов и заднего прохода, рак шейки матки)
- ◆ нарушение когнитивных функций, парезы, симптомы нейропатии, нарушение сознания, менингеальный синдром



ДИАГНОСТИКА

1 Лабораторная

- ◆ ОАК (лейкопения, лимфоцитоз, повышение СОЭ, анемия, тромбоцитопения)
- ◆ ОАМ (протеинурия, цилиндрурия)
- ◆ Биохимический анализ крови (АСТ, АЛТ, билирубин, креатинин, глюкоза, липидный профиль)
- ◆ Иммуноферментный анализ на ВИЧ (ИФА)
- ◆ Иммуноблоттинг для подтверждения диагноза ВИЧ
- ◆ определение числа лимфоцитов CD4, CD8
- ◆ ИФА на гепатит С (antiHCV) и гепатит В (HBsAg, анти HBsAg, анти HBcorAg,)
- ◆ Тест на сифилис
- ◆ Активный скрининг на туберкулез

2 Инструментальная

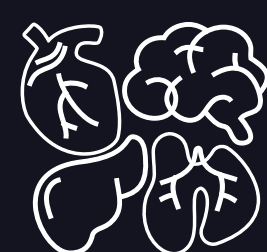
- ◆ Рентгенография органов грудной клетки
- ◆ УЗИ органов брюшной полости
- ◆ ЭКГ



ЛЕЧЕНИЕ

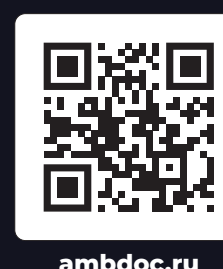
1 Медикаментозное лечение

- ◆ Антитретровирусная терапия (АРТ):
 - Нуклеозидные ингибиторы обратной транскриптазы (НИОТ)
 - Ненуклеозидные ингибиторы обратной транскриптазы (ННИОТ)
 - Ингибиторы протеазы (ИП)
 - Ингибиторы интегразы (ИИ)
 - Ингибиторы слияния (фузии) (ИС)
 - Антагонисты рецепторов (АР)



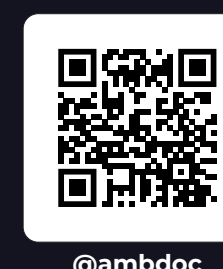
АМБУЛАТОРНЫЙ
ВРАЧ

образовательный портал для медицинских специалистов



ambdoc.ru

YouTube-канал



@ambdoc

специализированный телеграм-канал



@ambulatory_doctor