

Уважаемые читатели!

Наш журнал предлагает Вашему вниманию новую рубрику — **Школа клинициста**. Регулярное решение клинических задач расширяет врачебный кругозор гастроэнтеролога. Надеюсь, что Вы найдете этот нестандартный учебный материал не только полезным, но и увлекательным.

Главный редактор **В.Т.Ивашкин**

Школа клинициста

Клиническая задача № 1*

45-летняя, замужняя, предменопаузальная женщина проходит очередной амбулаторный осмотр. Она не предъявляет жалоб, медицинский анамнез ее и ее семьи не приносит дополнительной информации. Лабораторные показатели 2-летней давности были нормальными, включая концентрацию холестерина. Не употребляет алкоголь, не курит. Ее образ жизни не предполагает наличие факторов риска ВИЧ инфекции. Симптомы депрессии не обнаруживаются.

При физикальном обследовании ИМТ 26 кг/м², АД 120/80 мм рт. ст. Недавние результаты исследования молочных желез, органов малого таза и РАР-мазка — без отклонений от нормы.

Вопрос. Какие дополнительные методы исследования помогут снизить у пациентки риск смерти на ближайшие 10 лет?

- A. Аускультация сердца
- B. Полный осмотр кожи
- C. Осмотр глазного дна
- D. Аускультация легких
- E. Нет необходимости проводить дополнительные исследования

Клиническая задача № 2*

46-летняя женщина с персистирующей астмой находится на плановом приеме у врача. Последний визит к врачу был 6 месяцев назад и в течение этого периода болезнь протекала без обострений на фоне соблюдения предписанного режима лечения, включавшего ингаляции кортикостероидов в высоких дозах и β -агониста пролонгированного действия, а также ингаляции альбутерола «по требованию» 1 раз в 1–2 недели. Пациентку устраивает как указанный характер лечения, так и необходимость редких ингаляций альбутерола.

Вопрос. Какую тактику лечения Вы предложили бы пациентке на будущее?

A. Продолжить ингаляции кортикостероидов и β -агониста пролонгированного действия в тех же дозах

B. Отменить ингаляции кортикостероидов и β -агониста

C. Продолжить ингаляции β -агониста пролонгированного действия и отменить ингаляционные кортикостероиды

D. Отменить β -агонист пролонгированного действия и уменьшить дозу ингаляционных кортикостероидов

Клиническая задача № 3*

26-летний мужчина рассказывает, что на протяжении последних 4 недель его состояние резко ухудшилось вследствие нарастающей по тяжести кровавой диареи, появления неотложных позывов на стул, ознобов и профузных потов. Курит в течение 8 лет. При физикальном обследовании внешне не производит впечатление больного. Отмечается умеренная болезненность при пальпации живота. Напряжение мышц живота и симптом Щеткина–Блюмберга не определяются.

Нб 120 г/л, лейкоциты $11,3 \times 10^9$ /л, СОЭ 38 мм/ч.

При колоноскопии видны области воспаления в толстой кишке, прослеживаются легкая ранимость слизистой оболочки, ее бугристость и глубокие изъязвления. Зоны воспаления разделены относительно сохраненными участками слизистой оболочки. Слизистые оболочки прямой кишки, как и подвздошной кишки, выглядят нормальными.

Гистологическое исследование биоптатов, взятых из воспаленных участков, указывает на колит с умеренной активностью. Гранулемы не обнаружены.

Вопрос. Назовите наиболее вероятный диагноз.

- A. Болезнь Крона
- B. Язвенный колит
- C. Микроскопический колит
- D. Иерсиниозный энтероколит
- E. Ишемический колит

* Обсуждение клинической задачи на с. 103

Обсуждение клинической задачи № 1.

Эта пациентка не имеет очевидных нарушений здоровья и не нуждается в дополнительных исследованиях.

Факторы наследственности, социального окружения и стиля жизни, которые заслуживают периодической медицинской оценки у всех бессимптомных лиц соответствующего возраста и пола, включают:

- 1) артериальную гипертензию,
- 2) гиперлипидемию,
- 3) курение,
- 4) рак шейки матки,
- 5) рак молочных желез,
- 6) колоректальный рак,
- 7) алкоголь.

Правильный ответ: Е.

Закключение. Периодические медицинские осмотры у бессимптомных лиц должны быть нацелены на выявление артериальной гипертензии, гиперлипидемии, рака шейки матки, рака молочных желез, колоректального рака, курения и злоупотребления алкоголем.

Обсуждение клинической задачи № 2.

Ингалируемые кортикостероиды в целом безопасны при лечении астмы. Однако их длительный прием в высоких дозах может вызвать такие побочные эффекты, как остеопороз, глаукома, катаракта, подкожные кровоизлияния и угнетение функций гипоталамо-адреналовой оси. Для ингалируемых кортикостероидов кривая доза—ответ выходит на плато при превышении дозы 400 мкг/день. Стабилизация течения астмы служит основанием для снижения дозы кортикостероидов. Наша пациентка должна перейти на их применение в средних дозах и продолжать прием β -агониста пролонгированного действия.

Контроль течения астмы эффективнее осуществлять на фоне комбинации умеренных доз кортикостероидов и пролонгированного β -агониста, нежели на фоне высоких доз стероидных препаратов без назначения β -агониста.

Преимущества пролонгированных β -агонистов при астме очевидны, однако беспокойство вызывает повышенная частота смерти у астматиков,

принимающих эти агенты. В инструкции применения β -агонистов включено это предостережение с целью предупреждения пациентов и врачей о существующем риске.

Последние клинические рекомендации указывают на необходимость придерживаться тактики «постепенно увеличивающейся дозы β -агонистов пролонгированного действия при лечении астмы».

Правильный ответ: С.

Закключение. У пациентов, принимающих высокие дозы ингаляционных кортикостероидов по поводу персистирующей астмы со стабильным течением, уменьшение дозы назначенного препарата необходимо для профилактики побочных эффектов.

Обсуждение клинической задачи № 3.

Колоноскопические изменения при язвенном колите включают распространенное воспаление слизистой оболочки с типичным вовлечением *rectum*. Глубокие язвы и дискретное поражение слизистой не характерны. Особенностью язвенного колита является непрерывный воспалительный процесс с захватом слизистой оболочки *rectum*. Язвенный колит чаще встречается у бывших курильщиков и у некурящих. При микроскопическом колите отсутствует клиника язвенного поражения толстой кишки. Наконец, анамнез жизни и заболевания пациента, а также результаты биопсии не дают оснований для диагнозов инфекционного или ишемического колита.

Правильный ответ: А.

Закключение. Болезнь Крона встречается, как правило, у курильщиков, тогда как язвенный колит — у бывших курильщиков и у некурящих.

Колоноскопические находки при болезни Крона включают: а) глубокие язвы, разделенные областями нормальной слизистой оболочки (дискретный процесс в отличие от непрерывного при язвенном колите) и б) сохраненную слизистую прямой кишки.

Колоноскопические изменения при язвенном колите проявляются распространенным воспалением слизистой оболочки с типичным вовлечением *rectum*. Глубокие язвы и дискретное поражение слизистой не характерны.