



А.Л. ВЁРТКИН

КОМОРБИДНЫЙ ПАЦИЕНТ

РУКОВОДСТВО ДЛЯ ПРАКТИЧЕСКИХ ВРАЧЕЙ

Амбулаторный прием

Аркадий Вёрткин

**Коморбидный пациент.
Руководство для
практических врачей**

«ЭКСМО»

2015

УДК 616
ББК 52.5

Вёрткин А. Л.

Коморбидный пациент. Руководство для практических врачей /
А. Л. Вёрткин — «Эксмо», 2015 — (Амбулаторный прием)

ISBN 978-5-699-83378-8

Реальный пациент, особенно пациент в возрасте, обычно страдает от сочетания нескольких заболеваний. Такая коморбидность делает неприменимым устоявшийся подход к лечению – лечению по отдельным органам и системам. Возникает необходимость в интегральной оценке состояния больного. Авторы «Коморбидного пациента» рассматривают проблему сочетания различных заболеваний и патологий со всех сторон: от клинического разбора и правил формулировки диагнозов до алгоритмов диагностики и лечения. Наглядные фото, графики и схемы вместе с клиническими примерами выводят ведение коморбидных больных на новый уровень качества. Книга будет полезна терапевтам и другим врачам амбулаторного звена и «Скорой медицинской помощи».

УДК 616
ББК 52.5

ISBN 978-5-699-83378-8

© Вёрткин А. Л., 2015
© Эксмо, 2015

Содержание

Рецензия	6
Введение	7
Ключевые слова и список сокращений	8
Вместо предисловия: демонстрация больного с коморбидной патологией на амбулаторном приеме у терапевта	9
Коморбидность: «Как много в этом слове...»	12
Конец ознакомительного фрагмента.	13

А. Л. Вёрткин

Коморбидный пациент

© Вёрткин А. Л., 2015

© Коллектив авторов, 2015

© ООО «Издательство «Эксмо», 2015

* * *

Рецензия

Сериал под названием «Амбулаторный прием» продолжается новой книгой: «Коморбидный пациент». Первые 5 книг из этой серии уже стали неким бестселлером, что вполне объяснимо, поскольку авторы взяли на себя труд восполнить информационный «голод» для врачей амбулаторного звена. Фактически серия «Амбулаторный прием» восстанавливает после долгого перерыва некогда популярную «Библиотеку практического врача».

«Viam supervadet vadens» – «Дорогу осилит идущий». Так звучит известная латинская поговорка, символизирующая о трудности врачевания, о профессионализме и образованности врачей и о проблемах, идущих рядом по той же дороге пациентов. Все это особенно актуально явствует на этапе амбулаторно-поликлинической помощи. Эта служба переживает сегодня очередную этап реформирования: компьютеризируются рабочие места участковых врачей, оптимизируется маршрутизация больных, в какой-то мере усложняется документооборот и пр. Недаром в одном из своих выступлений министр здравоохранения В. И. Скворцова, подчеркивая ключевую роль терапевта поликлиники, вместе с тем указывает, что «из-за обилия бумаг у него (*от ред.*: терапевта) не остается времени на самое главное – на общение с пациентом». В то же время понимая, что дефицит времени не должен ухудшать качество медицинской помощи, надо концентрировать усилия для повышения образования врачей первичного звена. Профессиональный врач – залог успешности его работы. Маршруты повышения образования достаточно разнообразны, однако, как показала практика, лучшим является «доставка» знаний непосредственно в кабинет врача. Для этого и создана новая серия книг «Амбулаторный прием», призванная для помощи участковому терапевту профессионально разобраться с наиболее частыми ситуациями на приеме больных в поликлинике.

*Президент Российского научного медицинского общества терапевтов, академик
РАН
Мартынов А. И.*

Введение

Эта книга посвящена коморбидной патологии – малоизученному и малоизвестному вопросу внутренней медицины. Каждый врач хорошо знает, что пациент сегодня – это носитель нескольких заболеваний, каждое из которых может ухудшать состояние больного, повышать риски инвалидизации и смерти. Но вместе с тем, особенности медицинской статистики не позволяют судить о количестве подобных больных, поскольку все определяет основная патология, а другая не учитывается. В отличие от многочисленных заболеваний коморбидность требует участие в ее диагностике и лечении разных специалистов, согласованного мнения экспертов, представляющих многие медицинские профессии. Вместе с тем сегодня в авангарде медицинского отряда выступает врач общей практики, на долю которого и возложено решение сложных клинических задач, одной из которых и является коморбидная патология. Именно для них написана данная книга, в которой информационный раздел представлен клинико-морфологическим разбором конкретных пациентов с коморбидной патологией, предложены правила формулировки диагнозов и алгоритм диагностики и лечения. Авторы приносят благодарность всему коллективу кафедры терапии, клинической фармакологии и скорой медицинской помощи МГМСУ им. А. И. Евдокимова, которые на протяжении многих лет занимаются вопросами коморбидных заболеваний, а также руководителям патолого-анатомической службы городской клинической больницы № 50 Департамента здравоохранения города Москвы профессору Зайратьянцу О. В. и Астаховой О. И. за огромную помощь в подборе материалов и его обработке.

Ключевые слова и список сокращений

Ключевые слова: коморбидная патология, факторы риска, гипоксия, системное воспаление, коморбидность, артериальная гипертензия, ожирение, атеросклероз, алкогольная поливисцеропатия, хроническая обструктивная болезнь легких, корректоры метаболизма, статины

Сокращения

АГ – артериальная гипертензия
АД – артериальное давление
АПФ – ангиотензин-превращающий фермент
ВОЗ – Всемирная организация здравоохранения
ГК – гипертонический криз
ГЛЖ – гипертрофия левого желудочка
ДГПЖ – доброкачественная гиперплазия предстательной железы
ЖКТ – желудочно-кишечный тракт
ЖКБ – желчнокаменная болезнь
ИБС – ишемическая болезнь сердца
ИК – индекс курильщика
ИМТ – индекс массы тела
КТ – компьютерная томография
ЛЖ – левый желудочек
МКБ – мочекаменная болезнь
НГН – нарушение гликемии натощак
НД – нежелательное действие
НК – недостаточность кровообращения
НТГ – нарушение толерантности к глюкозе
ОИМ – острый инфаркт миокарда
ОКС – острый коронарный синдром
ОНМК – острое нарушение мозгового кровообращения
ПИКС – постинфарктный кардиосклероз
ПСА – простатспецифический антиген
СД – сахарный диабет
СМП – скорая медицинская помощь
ССЗ – сердечно-сосудистые заболевания
ССО – сердечно-сосудистые осложнения
ТЭЛА – тромбоэмболия легочной артерии
ФЛ – фосфолипиды
ФП – фибрилляция предсердий
ХОБЛ – хроническая обструктивная болезнь легких
ХПН – хроническая почечная недостаточность
ХСВ – хроническое системное воспаление
ЧДД – частота дыхательных движений
ЧСС – частота сердечных сокращений
ЭКГ – электрокардиограмма
ЭОС – электрическая ось сердца

Вместо предисловия: демонстрация больного с коморбидной патологией на амбулаторном приеме у терапевта

Итак, на прием к участковому терапевту обратился пациент К., 68 лет, с жалобами на учащенное неритмичное сердцебиение, колющие боли за грудиной, головную боль, шаткость при ходьбе. В поликлинике пациент наблюдается более 10 лет, достаточно регулярно, состоит на диспансерном учете у терапевта и кардиолога. Имеет инвалидность 2 группы. Известно, что много лет страдает АГ с максимальными цифрами АД 180/110 мм. рт. ст., регулярно принимает эналаприл 10 мг в сутки, конкор 2,5 мг. В 2007 году перенес ОИМ со стационарным лечением, после чего рекомендован прием антиагрегантов, статинов. С 2009 года диагностирована постоянная форма ФП, рекомендован прием дигоксина, который пациент принимает нерегулярно. Кроме того, пациент наблюдается урологом по поводу МКБ, ДГПЖ, принимает омник 0,4 мг. ПСА 6,2 нг/мл. Курит по 1/2 пачке сигарет в день. Алкоголем не злоупотребляет. Перенесенные операции: аппендэктомия, холецистэктомия (по поводу ЖКБ).

При расспросе оказалось, что ухудшение самочувствия отмечает в течение суток – появилось учащенное сердцебиение, головная боль, головокружение, шаткость при ходьбе. СМП не вызывал, обратился в поликлинику.

При осмотре участковый терапевт отметил повышение АД до 170/90 мм. рт. ст. и тахисистолию, в связи с чем была вызвана СМП, и пациент госпитализирован. В приемном отделении многопрофильного стационара после осмотра терапевтом состояние было оценено как тяжелое, в связи с тахиформой ФП и сердечной недостаточностью и пациент был госпитализирован в КРО с диагнозом:

- Основной: ИБС: постинфарктный кардиосклероз.
- Фоновый: Гипертоническая болезнь III стадии, 3 степени, риск 4.
- Осложнения: Постоянная форма фибрилляции предсердий, тахисистолия. НК 2Б.
- Сопутствующие: МКБ. ДГПЖ. Хроническая ишемия головного мозга. ЖКБ, холецистэктомия.

В КРО состояние также было оценено как тяжелое. В сознании. Дезориентирован. ЧДД 18 в мин, в легких дыхание жесткое, хрипов нет. ЧСС 150, ФП, дефицит пульса 10–12 уд. в мин. АД 150/100 мм. рт. ст. В связи с жалобами на головную боль, головокружение, тошноту и дезориентацию пациент был консультирован неврологом, который высказал предположение об инфаркте головного мозга, выполнена КТ, на которой выявлены признаки инфаркта головного мозга. Пациент был переведен в нейрореанимационное отделение, где на 4 сутки, несмотря на проводимое лечение, при нарастающих явлениях отека головного мозга больной скончался.

На аутопсию труп был направлен с диагнозом:

Комбинированная патология:

- Основной: 1. Инфаркт головного мозга в бассейне левой мозговой артерии.
- 2. ИБС: Постинфарктный кардиосклероз.
- Фоновый: Гипертоническая болезнь III ст., степень АГ –3, риск ССО –4.
- Осложнения: Постоянная форма фибрилляции предсердий, тахисистолия. НК 2. Отек головного мозга.
- Сопутствующие: ХОБЛ: хронический обструктивный бронхит, вне обострения. МКБ. ДГПЖ. ЖКБ. Холецистэктомия.

При аутопсии (см. приложение, рис. 1–5) клинический диагноз был подтвержден.

А вот еще один пример.

Пациент В., 64 лет, обратился в поликлинику к участковому терапевту с жалобами на повышение температуры тела до 37,5 °С, периодический малопродуктивный кашель с отхождением слизисто-гнойной мокроты серо-желтоватого цвета, а также одышку. Известно, что он много лет страдает ХОБЛ, регулярно наблюдается участковым терапевтом и пульмонологом поликлиники, неоднократно госпитализировался в связи с обострениями данного заболевания. Злостный курильщик (1,5 пачки сигарет в день – около 30 лет). Регулярно пользуется ингаляционными глюкокортикостероидами («Беклазон» или «Фликсотид») и бронхолитиками («Беродуал») в форме дозированных аэрозольных ингаляторов. Настоящее ухудшение около двух суток, когда появилась лихорадка, усилился кашель, выросла одышка, мокрота стала гнойной. Самостоятельно принимал парацетамол, небулайзер с пульмикортом и лазолваном с положительным эффектом. Для коррекции терапии обратился к участковому терапевту.

Среди перенесенных заболеваний: в 1969 году нефрэктомия справа по поводу апостематозного пиелонефрита, в 2008 году перенес ОИМ, имеет постоянную форму ФП, АГ и СД 2 типа. Регулярно принимает ингибиторы АПФ, антагонисты кальция, антиагреганты, пероральные сахароснижающие препараты. Кроме того, страдает язвенной болезнью 12-перстной кишки, ЖКБ, МКБ, ДГПЖ. Регулярно принимает ингибиторы протонной помпы, спазмолитики.

При осмотре в поликлинике: состояние расценено как средней тяжести. Одышка с ЧДД до 22 в мин. В легких дыхание жесткое, масса сухих хрипов, справа в нижних отделах выслушивается фокус мелкопузырчатых хрипов. ЧСС 100 уд. в мин, ФП. АД 130/85 мм. рт. ст. Выполнена рентгенография органов грудной клетки и выявлена пневмония. С диагнозом: внебольничная нижнедолевая правосторонняя пневмония. ХОБЛ в стадии обострения, пациент был госпитализирован.

В стационаре при осмотре состояние тяжелое за счет интоксикации и бронхообструкции. Контактен, адекватен, ориентирован. Гиперстеник. Кожные покровы чистые, обычной влажности. Температура тела 38,4 °С. Пастозность голеней. Легкий цианоз лица, туловища и конечностей. Лимфатические узлы не увеличены. Грудная клетка гиперстеническая. Межреберные промежутки расширены. ЧДД до 22 в мин. В легких при аускультации дыхание жесткое, выслушиваются рассеянные сухие и свистящие хрипы, дискантовые хрипы при форсированном выдохе, уменьшающиеся после откашливания. Справа ниже угла лопатки фокус ослабленного везикулярного дыхания и звучных влажных хрипов. АД 160/90 мм. рт. ст., ЧСС 130 уд. в мин, ФП. Дефицит пульса до 30 уд. в мин. Тоны сердца приглушены, ритм неправильный. Систолический шум над аортой. Живот увеличен в объеме за счет подкожной жировой клетчатки, при пальпации мягкий, безболезненный. Нижний край печени на 2 см выступает из-под края правой реберной дуги. Селезенка не увеличена. По тяжести состояния пациент был госпитализирован в реанимационное отделение с диагнозом:

- Основной диагноз:

ХОБЛ, хронический гнойный-обструктивный бронхит, обострение. Эмфизема легких. Пневмосклероз.

ИБС, постинфарктный кардиосклероз.

• Фоновый: Ожирение III степени. Сахарный диабет 2 типа, тяжелое течение, субкомпенсация. Гипертоническая болезнь III стадии, 3 ст., риск 4. Осложнения: ДН II степени. Отек головного мозга. Гипоксическая энцефалопатия с эпизодами неадекватного поведения. Хроническое легочное сердце. НК II А. Постоянная форма мерцательной аритмии. Рецидивирующая ТЭЛА с развитием инфарктной пневмонии. Диабетическая нефропатия, хронический

пиелонефрит единственной левой почки. ХПН, латентная стадия. Эрозивно-язвенное поражение слизистой оболочки верхних отделов ЖКТ.

- Сопутствующие: Атеросклероз аорты со стенозом ее устья, артериолонефросклероз. Нефрэктомия справа по поводу апостематозного пиелонефрита (1969 г.). Мочекаменная болезнь, камень левой почки. Доброкачественная гиперплазия предстательной железы. ЖКБ, хронический калькулезный холецистит.

В отделение реанимации, несмотря на проводимую терапию, нарастали явления интоксикации, дыхательной недостаточности, отека головного мозга, что привело к летальному исходу.

При аутопсии (см. приложение, рис. 6–13) диагноз был подтвержден.

Что же объединяет эти два случая?

В первом наблюдении – сосудистый, во втором – легочный больной. Оба мужчины, имеющие длительный анамнез разных заболеваний (не менее 5), которые следует трактовать, как коморбидность. Именно о коморбидности и пойдет речь далее.

Наличие одного заболевания у пациента, особенно пожилого возраста, – сегодня редкое явление. Гораздо чаще встречается сочетание двух и более нозологических единиц. Однако современные тенденции узкой специализации привели к тому, что врачи консультируют больного по отдельным органам и системам. Как сказал К. Прутков: «Специалист подобен флюсу: полнота его односторонняя». Вместе с тем в век тотальной распространенности коморбидной патологии требуется интегральная оценка состояния больного.

Коморбидность: «Как много в этом слове...»

Итак, как явствует из приведенных примеров, а они, повторяем, не есть исключение из правил, сегодня портрет пациента терапевта поликлиники представлен комбинацией различных заболеваний.

Возникает вопрос: это просто сумма болезней или каждая нозологическая единица влияет на другую, изменяя патоморфоз, способствует росту полипрагмазии и негативного прогноза?

Эта дискуссия длится многие века. Гипотеза, что отдельных болезней нет, необходимо рассматривать организм в целом, учитывать ранее перенесенные болезни, сопутствующую патологию, знать факторы риска, прогноз и потенциальные осложнения и др. появилась давно.

Еще в Древнем Китае зародилась народная медицина, использовавшая комплексный подход к лечению организма, всестороннюю диагностику заболеваний вкупе с общим оздоровлением организма и единением его с природой.

В Древней Греции великий мыслитель и врач Гиппократ писал: «Осмотр тела – целое дело: он требует знания, слуха, обоняния, осязания, языка, рассуждения». Он, наперекор своим противникам, был убежден в необходимости поиска глубоко скрытой причины болезни, а не устранения лишь её симптомов.

Лекаря Древнего Египта, Вавилонии и Средней Азии также было известно о взаимосвязи одних болезней с другими. Более четырех тысячелетий назад им была известна диагностика болезней по пульсу, измерение которого сегодня используется, разве что, в диагностике болезней сердца.

Таким образом, многие поколения врачей пропагандировали целесообразность комплексного подхода в выявлении болезни и исцелении больного.

Русская медицинская школа словами М. Я. Мудрова провозгласила принцип ведения соматических больных: *«не должно лечить и самой болезни, для которой части и названия не находим, не должно лечить и причину болезни, которая часто ни нам, ни больному, ни окружающим его неизвестны, а должно лечить самого больного, его состав, его орган, его силы».*

Конец ознакомительного фрагмента.

Текст предоставлен ООО «ЛитРес».

Прочитайте эту книгу целиком, [купив полную легальную версию](#) на ЛитРес.

Безопасно оплатить книгу можно банковской картой Visa, MasterCard, Maestro, со счета мобильного телефона, с платежного терминала, в салоне МТС или Связной, через PayPal, WebMoney, Яндекс.Деньги, QIWI Кошелек, бонусными картами или другим удобным Вам способом.