

ПАТОФИЗИОЛОГИЧЕСКИЙ ПОДХОД В МЕТОДОЛОГИИ ПРЕПОДАВАНИЯ КЛИНИЧЕСКИХ ДИСЦИПЛИН

Т.Ю. Лехмус¹, Л.М. Фархутдинова¹, В.И. Лехмус²

ФГБОУ ВО БГМУ Минздрава России, г. Уфа

¹Кафедра терапии и общей врачебной практики ИПО

²Кафедра патологической физиологии

Преподавание клинических дисциплин подразумевает изучение вопросов диагностики и лечения заболеваний, при этом успех ведения пациента определяется в первую очередь верным суждением о диагнозе. Диагностический поиск основан на анализе жалоб, анамнеза, данных дополнительного обследования, однако многообразие клинических симптомов и их индивидуальная вариабельность нередко в значительной степени усложняют задачу врача. В этом отношении главным подспорьем является понимание патогенеза заболевания, основанное на знании патофизиологии.

Представленный ниже случай является иллюстрацией роли патофизиологического подхода как базового принципа в клинической медицине.

Пациент В., 1963 г.р. Ухудшение самочувствия с 2013 г., когда развился болевой синдром в поясничной области с иррадиацией в ноги. Боли характеризовались частыми рецидивами и выраженной интенсивностью. Неврологом диагностирован остеохондроз. С весны 2014 г. присоединились периодическое потемнение в глазах, снижение артериального давления (АД) до 90 и 60 мм рт. ст., выраженная слабость, снижение настроения, ухудшился аппетит, пациент начал худеть и за полгода потерял 14 кг.

В начале 2015 г. обследовался в условиях стационара Учалинской ЦРБ, затем кардиодиспансера и онкодиспансера. Проведенное обследование, включавшее коронарографию, гастродуоденоскопию и фиброколоноскопию с гистологическим анализом биоптатов, анализ крови на онкомаркеры, МРТ головного мозга, не выявило кардиологической и онкологической патологии.

Весной того же года в связи с усилением болей в спине пациент снова обратился за помощью к неврологу, который заподозрил надпочечниковую недостаточность. Сниженный уровень кортизола крови подтвердил это предположение, после чего пациент направлен в РКБ им. Г.Г. Куватова и госпитализирован в эндокринологическое отделение с диагнозом хроническая надпочечниковая недостаточность.

На фоне заместительной терапии глюко- и минералокортикоидами наблюдалась положительная динамика – наряду с купированием болевого синдрома появились силы и настроение, нормализовался аппетит и АД, прибавил в весе.

Через год, в июне 2016 г., пациент повторно проходил курс стационарного лечения в эндокринологическом отделении РКБ им. Г.Г. Куватова. Он отмечал снижение АД, особенно после приема пищи, когда оно достигало 85 и 50 мм рт. ст. По рекомендации кардиолога проведена ЭхоКГ, выявившая гипертрофию межжелудочковой перегородки, толщина которой составила 20 мм (6–11 мм, здесь и далее в скобках указан референсный интервал). Диагностирована гипертрофическая кардиомиопатия без обструкции выходного отдела левого желудочка, осложненная хронической сердечной недостаточностью I степени. Рекомендована консервативная терапия. В связи с рецидивирующим болевым синдромом в спине пациент осмотрен неврологом, который выявил поражение как чувствительных, так и двигательных волокон с нижним парапарезом.

С осени 2016 г. стали появляться отеки на лице и ногах, которые постепенно увеличивались. Повторно консультирован кардиологом и эндокринологом, было рекомендовано добавить к терапии мочегонные препараты. Летом 2017 г. вновь появилась слабость, присоединились симптомы недержания мочи, диарейный синдром. В ноябре 2017 г. пациент снова госпитализирован в эндокринологическое отделение

РКБ им. Г.Г. Куватова. Проведенное обследование выявило гипопропротеинемию – 59 г/л (66–85), гипоальбуминемию – 33 г/л (35–53), гипокальциемию – 2,13 ммоль/л (2,2–2,5), протеинурию – 2,9 г/л. По данным комплексного ультразвукового исследования обнаружена гепатомегалия, увеличение размеров почек и надпочечников. Установлен диагноз «Хроническая первичная надпочечниковая недостаточность, декомпенсация. Соп.: Гипертрофическая кардиомиопатия. Хронический тубулоинтерстициальный нефрит». Нефрологом рекомендована терапия преднизолоном в дозе 60 мг в сутки. На фоне лечения у больного сохранялась слабость, прогрессировало снижение АД, что свидетельствовало о необходимости пересмотра диагноза.

Учитывая имеющиеся данные, а именно – протеинурия и гипопропротеинемия, увеличение размеров печени, почек и надпочечников по данным УЗИ, было высказано предположение о первичном (AL) амилоидозе и поставлен вопрос о необходимости биопсии почки, однако тяжесть состояния больного не позволяли провести это исследование. Для уточнения диагноза проведен иммунохимический анализ крови и мочи, обнаруживший моноклональную секрецию парапротеина G λ и белка Бенс-Джонса, повышенное содержание β 2-микроглобулина. Заключительный диагноз сформулирован следующим образом: «AL-амилоидоз с поражением нервной системы, сердца, почек, печени, надпочечников и кишечника. Осл.: Нефротический синдром, автономная кардиальная и желудочно-кишечная нейропатия, артериальная гипотензия.

В последующие дни состояние больного прогрессивно ухудшалось, развилась острая респираторная вирусная инфекция, осложнившаяся пневмонией, что потребовало перевода в реанимационное отделение. Несмотря на интенсивную терапию, 2 января 2018 г. наступил летальный исход.

Первичный амилоидоз (AL-амилоидоз) представляет собой тяжелое системное заболевание с высокой летальностью. В США распространенность данной патологии составляет 0,9 – 1,4 случая на 100000 населения, в Великобритании – 0,8 на 100000. Сведений о распространенности болезни в России нет, поскольку учет ее не ведется. AL-амилоидоз развивается вследствие дискразии плазматических клеток, приводящей к выпадению в тканях органов легких цепей иммуноглобулинов. У 90% страдающих амилоидозом типа AL при иммуноэлектрофорезе сыворотки выявляют моноклональный белок. Процесс отложения амилоида является генерализованным с преобладающим поражением того или иного органа или системы, вместе с тем поражение почек – ведущий клинический синдром, встречающийся практически у всех больных. Поражение сердца наблюдается в 90 % случаев. Выделяют следующие клинические варианты AL-амилоидоза: системный, кардиопатический, нейропатический, нефропатический и др., при этом доминирующая патология может меняться на протяжении жизни пациента. Больные погибают преимущественно от сердечной недостаточности или от других причин, когда нефротический синдром или хроническая почечная недостаточность не успевают развиваться. Одним из дифференциально-диагностических признаков амилоидного поражения почек является увеличение их размеров и системность нарушений – выявление наряду с прогрессирующей протеинурией увеличенной печени, селезенки, надпочечников, а также признаков поражения других органов и систем – нервной, сердечно-сосудистой, желудочно-кишечной [1–3].

Ретроспективный анализ медицинской документации показал, что протеинурия в представленном случае выявлялась с момента первого обращения пациента за медицинской помощью – с 2013 г., однако данное патологическое изменение не получило должной интерпретации. Вместе с тем диагноз «остеохондроз» требовал критической переоценки, поскольку развитие парапареза не укладывалось в его рамки. Гипертрофическая кардиомиопатия была обнаружена у пациента через 3 года от

начала болезни, что указывало на причинно-следственную связь, которая осталась без внимания.

В результате нарушения со стороны нервной системы, надпочечников, сердца и почек рассматривались как самостоятельные заболевания, а уточненный диагноз был установлен на терминальной стадии заболевания.

Патофизиологический подход подразумевает поиск наиболее вероятной единой причины выявленных патологических изменений. Данный основополагающий научный принцип сформулирован еще в XIV в. и известен как лезвие Оккама: «Не умножай сущности без надобности». В медицине такой методологический принцип приобретает особую актуальность в условиях узкой специализации врачей, нередко ограничивающихся диагностической оценкой изменений отдельных органов и систем [4, 5]. В то же время залогом успеха в сложных диагностических случаях является умение анализировать и обобщать, опираясь на знание патофизиологии болезни.

Список литературы

1. Демко И.В., Пелиновская Л.И., Соловьева И.А. и др. Первичный амилоидоз сердца // клиническая медицина. 2017. Т. 95, № 11. С. 971–976.
2. Лысенко Л.В., Рамеев В.В., Моисеев С.В. и др. Клинические рекомендации по диагностике и лечению системного амилоидоза // Клиническая фармакология и терапия. 2020. Т. 29, № 1. С. 13–24.
3. Огороков В.Г., Евсина О.В., Фомина В.А. и др. Клинический случай системного амилоидоза в практике врача-кардиолога // Клиницист. 2019. Т. 13, № 1–2. С. 72–79.
4. Фархутдинова Л.М. Первичный гиперпаратиреоз: проблемы и пути решения // Медицинский вестник Башкортостана. 2010. Т. 5. С. 65–70.
5. Фархутдинова Л.М., Аллабердина Д.У., Гайсарова Г.А. и др. Диффузный токсический зоб – системное аутоиммунное заболевание // Врач. 2011. № 9. С. 27–30.

ДИСТАНЦИОННОЕ ОБУЧЕНИЕ ОРДИНАТОРОВ В ЭПОХУ COVID-19

И.И. Лутфарахманов^{1,2}, А.Г. Какаулин¹, А.М. Гафарова¹,

А.Д. Лифанова^{1,2}, А.А. Гражданкин^{1,2}

ФГБОУ ВО БГМУ Минздрава России, г. Уфа

¹Кафедра анестезиологии и реаниматологии с курсом ИДПО

²Отделение анестезиологии и реанимации Клиники БГМУ

Аннотация. Два года пандемии COVID-19 стали одними из трудных с точки зрения медицинской подготовки врачей-ординаторов. Новые требования первичной специализированной аккредитации делают обучение, основанное на компетентности, более важным. Цель исследования была изучить учебную программу, основанную на наставничестве, с экзаменами на рабочем месте в течение последнего года обучения по программе ординатуры. Были опрошены врачи-ординаторы, завершившие обучение по измененной учебной программе на предмет удовлетворенности и компетентности. Опрошенные сочли наставничество и обратную связь очень положительными в поддержке их успеха в обучении. Большинство хотели бы иметь более четко структурированную обратную связь. Оценки на рабочем месте были полезными и значимыми. Врачи-ординаторы чувствовали себя уверенно и были готовы к первичной специализированной аккредитации. Также сообщалось о высоком уровне удовлетворенности и высоком уровне рекомендаций для врачей-ординаторов последнего года обучения. Таким образом, учебная программа, основанная на наставничестве, с интегрированными оценками на рабочем месте привела к высокой общей удовлетворенности и эффективному повышению качества обуче-