

*А.В. Ларева, Н.А. Белякова, М.И. Силкина, М.Б. Лясникова  
ФГБОУ ВО Тверской ГМУ Минздрава России, г. Тверь, Россия  
Кафедра эндокринологии*

## **АЛЬТЕРНАТИВА КУРАЦИИ БОЛЬНЫХ НА КАФЕДРЕ ЭНДОКРИНОЛОГИИ**

В настоящее время при обучении на клинических кафедрах существует проблема с курацией больных по узким специальностям. Это связано с сокращением профильного коечного фонда и невозможностью госпитализировать всех пациентов с эндокринной патологией. Кроме того, не все эндокринологические больные нуждаются в госпитализации в стационар, часть может успешно проходить лечение в амбулаторных условиях, но для этого нужно своевременно поставить диагноз и назначить правильное лечение, и первым звеном является участковый терапевт.

При отсутствии пациентов в стационаре студенты вместе с преподавателем разбирают симуляцию изучаемой эндокринной патологии по документации. Они анализируют представленные данные по всем разделам истории болезни, обсуждают ошибки, допущенные в ведении пациента.

В качестве примера приводится история болезни пациента с подострым тиреоидитом, проходившего лечение в одной из поликлиник г. Твери. Пациент 49 лет обратился к участковому терапевту с жалобами на боли в правой половине шеи, по передней её поверхности, усиливающиеся при кашле; повышение температуры тела до 37,8°C. Из анамнеза установлено, что мужчина заболел остро, после переохлаждения, поднялась температура тела до 38,3°C, появились боли в горле. Лечился самостоятельно – принимал парацетамол, полоскал горло фурациллином с положительным эффектом (снижение температуры, уменьшение боли в горле). Однако после некоторого улучшения через неделю вновь появились боль в горле, в шее, выраженная слабость. Терапевтом был выставлен диагноз: ОРВИ, острый фарингит, рекомендовано к лечению добавить азитромицин – в течение 5 дней. Значительного улучшения состояния не отмечалось, появились жалобы на дрожь в теле, сердцебиение. При дообследовании в клиническом анализе крови – лейкопения, лимфоцитоз, СОЭ – 65 мм в час. Консультирован ЛОР-врачом, заподозрена патология щитовидной железы. На УЗИ щитовидной железы в правой доле гипоехогенное образование 4\*5 см. Направлен к эндокринологу. Предположен подострый тиреоидит. Для уточнения функции щитовидной железы было проведено исследование на гормоны щитовидной железы Т 4 св. – 13,98 пмоль/л (норма – 9,0-20,0), ТТГ – 0,029 мМЕ/мл (норма – 0,34-4,94). При назначении нестероидных противовоспалительных средств, бета-адреноблокаторов и глюкокортикоидов состояние пациента значительно улучшилось, нормализовалась температура и СОЭ, исчез болевой синдром. После представления случая студенту предлагается оценить ошибки в ведении пациента. В данном случае:

1. Ухудшение состояния пациента было расценено как присоединение бактериальной инфекции без должных на то оснований.
2. Необоснованно назначен антибиотик.
3. Проигнорированы симптомы тиреотоксикоза.
4. Не уделено должного внимание отсутствию лейкоцитоза и увеличению СОЭ.

Разбор клинических случаев с допущенными ошибками при ведении больных учит студентов относиться к жалобам и анамнезу, правильно анализировать полученные данные по обследованию, проводить дифференциальный диагноз, быстро и своевременно назначать дополнительные лабораторные и инструментальные исследования, которые дают возможность точно поставить диагноз и назначить эффективное лечение.