

Лекционное занятие № 1.

Тема: Лечение острых и хронических лейкозов.

Лечение острого лейкоза

1. *Лечебный режим.* Необходима госпитализация в специализированное онкогематологическое отделение или стационар со специальной вентиляцией для удаления патогенной микрофлоры. Постельный режим и тщательный уход за больным. Питание должно быть высококалорийным, обогащенным витаминами и микроэлементами.

2. *Химиотерапия* — основной метод, который заключается в применении специфических медикаментов, уничтожающих злокачественные клетки. Химиотерапия подкрепляется переливанием компонентов крови, дезинтоксикационной терапией, профилактикой инфекций.

Схема лечения состоит из основных этапов:

- индукция ремиссии — воздействие химиопрепаратов, уничтожающих бластные клетки, чтобы достигнуть максимально возможной ремиссии;
- консолидация — закрепление достигнутых результатов;
- предупреждение рецидива — исключение возврата заболевания.

Первый этап лечения занимает от 4 до 6 недель, в это время пациент получает массивную терапию. На этапе консолидации проводится два или три курса лечения, после чего в течение нескольких лет продолжают поддерживающие мероприятия, которые необходимы, чтобы исключить рецидивы. Полная ремиссия достигается при уничтожении клона патологических клеток и восстановлении нормального кроветворного процесса.

Цитостатическая терапия:

глюкокортикоиды: преднизолон, дексаметазон, урбазон;

антиметаболиты: 6-меркаптопурин, метотрексат, цитозар;

растительные алкалоиды: винкристин, винбластин;

алкилирующие соединения: циклофосфан;

противоопухолевые антибиотики: рубомицин, карминомицин.

3. *Трансфузионная (дезинтоксикационная) терапия* применяется как вспомогательная, чтобы улучшить переносимость химиопрепаратов. Используются внутривенно капельно: 5% раствор глюкозы 500 мл, раствор Рингера 500 мл, 10% раствор альбумина 100—150 мл.

4. *Для коррекции анемического синдрома* при выявлении эритроцитов ниже $2,5 \cdot 10^{12}$ /л и гемоглобина ниже 80 г/л пациенту вводят эритроцитарную либо тромбоцитарную массу, различные изотонические растворы и т.д.

5. *Иммунотерапия:* интерферон, реаферон.

6. *Лечение инфекционных осложнений:* помещение больного в асептическую палату; назначение антибиотиков широкого спектра действия (полусинтетические пенициллины + цефалоспорины), противогрибковые препараты, противовирусные препараты — ацикловир.

7. *Лечение геморрагического синдрома:* переливание тромбоцитов от ближайших родственников, свежезамороженной плазмы внутривенно струйно, внутривенно капельно аминокaproновой кислоты 100-150 мл 5% раствора.

8. *Лучевая терапия,* как правило, назначается перед пересадкой костного мозга для максимального уничтожения лейкозных клеток.

9. *Трансплантация костного мозга* проводится после высокодозной полихимиотерапии, которая нередко сочетается с облучением кроветворных центров. Возможна ауто-трансплантация здоровых стволовых клеток, которые берут у пациента перед началом химиотерапии. Если изъять собственные здоровые клетки уже невозможно, их берут от донора, однако высок риск отторжения трансплантата: пересаженные иммунные клетки начинают атаковать чужеродный для них организм.

10. *Терапия моноклональными антителами* – выращенными в лаборатории белками, которые способны вести себя подобно иммунитету человека, нападая на болезнетворные клетки. Препарат воздействует только на патологические В-лимфоциты, не вызывая побочных эффектов и не действуя на нормальные клетки крови, органов и тканей.

11. *Паллиативная терапия* применяется для пациентов пожилого возраста, которые не могут перенести тяжелое лечение. Ее цель – не выздоровление, а сдерживание роста опухоли и снижение скорости продуцирования патологических лейкоцитов. Для этого назначают невысокие дозы химиопрепаратов, лучевую терапию, таргетные и иммуностимулирующие препараты.

Важнейшее значение имеет исключение любых инфекций во время лечения. Перед началом курса пациент должен избавиться от кариозных зубов, пролечить инфекции дыхательных путей и т.д.

Лечение хронического лейкоза.

1. *Лечебный режим.* Лечение назначается при прогрессировании заболевания и появлении клинической симптоматики. Лечение проводится и амбулаторно и в стационаре. В зависимости от типа заболевания онкогематологи индивидуально формируют схему лечения хронического лейкоза с учётом возраста и состояния пациента, наличия хронических болезней и других факторов.

2. *Химиотерапия* является основной лечебной методикой. Применение специальных препаратов позволяет избавиться от 99% злокачественных клеток, что существенно облегчает состояние пациента. В дальнейшем курсы химиопрепаратов необходимы для избавления от оставшихся бластных клеток и поддержания ремиссии. Общая продолжительность составляет не менее двух-трёх лет.

3. *Лучевая терапия.* Этот метод используется как вспомогательный для уничтожения остатков злокачественных клеток.

4. *Трансплантация костного мозга.* К этому методу прибегают в случаях, когда не удаётся добиться стойкой ремиссии при помощи препаратов. Лучшими донорами, как

правило, становятся братья и сёстры пациента, но возможна и пересадка от неродственного донора.

5. Лейкаферез. Извлечение из крови пациента повреждённых лейкоцитов выполняется при их чрезмерном количестве, вызывающем загущение крови и создающем угрозу для нормального кровообращения.

6. Лечение моноклональными антителами (ритуксимаб). Препарат воздействует только на патологические В-лимфоциты, не вызывая побочных эффектов и не действуя на нормальные клетки крови, органов и тканей.

На всех этапах лечения для защиты от инфекций осуществляется *антибиотикотерапия*, а для улучшения общих показателей — *переливание донорской крови и её препаратов* (эритроцитарная масса).

Лекционное занятие № 2

Тема: Лечение анемий.

Лечение железодефицитных анемий.

Необходимо точное установление диагноза и выявление причины.

1. *Лечебное питание.* Диета, богатая железом. Лучше всасывается железо из продуктов животного происхождения.

Рекомендуются продукты: говяжье мясо, телятина, рыба, печень, почки, легкие, яйца, овсяная и гречневая крупы, белые грибы, какао, шоколад, зелень, овощи, горох, фасоль, яблоки, персики, изюм, чернослив.

Фитосбор: в равных частях смешивают листья крапивы двудомной, череды, земляники лесной и чёрной смородины. Применяют в виде настоя по 2 ст. ложки перед едой в течение 2-х месяцев.

2. *Лечение железосодержащими препаратами.*

Гемостимулин по 2-3 табл. 3 раза в день, *ферроцерон* по 1-2 табл. 3 раза в день, *конферон* по 1-2 капсуле 3 раза в день, *ферроплекс* по 2-3 др. 3 раза в день. Побочные эффекты: запор, окрашивание кала в чёрный цвет, потемнение зубов. Начинает повышаться гемоглобин через 2— 3 недели от начала лечения.

Показания к парентеральному введению железосодержащих препаратов — уменьшение количества сывороточного железа. Препараты: *феррум-лек*, *фербитол*, *эктофер*, *ферковен*.

Препараты железа следует сочетать с назначением витаминов В₁₂, В₆ и фолиевой кислоты, которые являются стимуляторами кроветворения.

Лечение препаратами железа необходимо проводить в течение не менее 3-5 месяцев.

По жизненным показаниям применяют трансфузии эритроцитарной массы.

Лечение острой постгеморрагической анемии.

Необходима остановка кровотечения (пузырь со льдом, механические методы, введение кровоостанавливающих средств: дицинон (этамзилат) 12,5%-2мл в/в, викасол 1%-2мл п/к.

Лечение сводится к борьбе с острой кровопотерей и острой сосудистой недостаточностью. Наилучшим методом лечения является переливание крови или эритроцитарной массы. В случае шока вводят кровезаменители — полиглюкин, плазму. В последующем необходимо назначение препаратов железа.

Необходимо установление причины и ее устранение.

Лечение хронической постгеморрагической анемии. Лечение направлено на устранение источника кровотечения. Необходимо введение кровоостанавливающих средств (дицинон). В качестве заместительной терапии показаны переливания цельной крови или эритроцитарной массы в сочетании с препаратами железа.

Прогноз. Прогноз зависит от величины и скорости кровотечения. У здоровых людей даже при незначительной кровопотере состав крови восстанавливается через 4-5 недель.

Лечение В₁₂ (фолиево) - дефицитной анемии.

Необходимо установление причины и ее устранение. К лечению приступать

только при установленном диагнозе по анализу костного мозга.

Цианокобаламин (витамин В12) по 400—500 мкг внутримышечно. Состав крови обычно нормализуется через 1,5-2 месяца. Неэффективность лечения говорит о неправильном диагнозе.

Фолиевую кислоту назначают в суточной дозе 5— 15 мг только при дефиците фолиевой кислоты.

При глубокой анемии применяют трансфузии *эритроцитарной массы*.

Лечение гипопластической анемии.

Необходимо установление причины и лечение основного заболевания.

1. Назначаются глюкокортикоиды — *преднизолон* 90 мг в сутки.
2. Лечение анаболическими препаратами *неробол*.
3. Лечение андрогенами (только мужчинам)- *тестостерона пропионат* 5% раствор по 1 мл 2 раза в сутки.
4. Лечение цитостатиками: назначаются при отсутствии эффекта от другой терапии — *азатиоприн* в табл. по 0,05 г.
5. Спленэктомия проводится при отсутствии эффекта от преднизолона.
6. Пересадка костного мозга — основной метод лечения гипопластической анемии. Для профилактики отторжения используют *циклофосфан* и антилимфоцитарный глобулин.
7. *Трансфузия эритроцитов*. Проводится только при выраженной анемии, гипоксии мозга и гемодинамических нарушениях.

Лечение гемолитической анемии.

1. Глюкокортикостероиды (преднизолон) – снимают воспаление.
2. Иммунодепрессанты (назначают в случае сбоя в иммунной системе, для подавления аутоиммунных реакций).
3. Если причина – разрушение эритроцитов в селезенке, то назначается хирургическое удаление селезенки – спленэктомия.
4. Плазмаферез – процедура, в основе которой лежит удаление из крови плазмы, в которой содержатся токсические вещества и продукты распада обмена веществ.
5. Переливание очищенных донорских эритроцитов. Очищение подразумевает удаление чужеродного белка с поверхности красных кровяных клеток.
6. Пересадка костного мозга.

Лекционное занятие № 3

Тема: Лечение геморрагических диатезов

Лечение болезни Верльгофа.

Для установления диагноза и назначения лечения необходимо обратиться к врачу-гематологу. В большинстве случаев заболевание лечится амбулаторно.

В настоящее время невозможно полностью излечить пациента от идиопатической тромбоцитопенической пурпуры, и терапия направлена на:

- 1) Достижение ремиссии
- 2) Устранение клинических симптомов.

Для этих целей необходимо обеспечить безопасное количество тромбоцитов (не менее $50 \times 10^9/\text{л}$).

Если у пациента развилось кровотечение, например, маточное, желудочно-кишечное или даже носовое, или возникло кровоизлияние в жизненно-важные органы (мозг, яичники), ему оказывается экстренная помощь, в частности может быть проведена пульс-терапия глюкокортикостероидами (внутривенная капельная инфузия больших доз гормонов) и введение кровоостанавливающих средств (аминокапроновая кислота, этамзилат).

Основные препараты лечения это:

- 1) Глюкокортикостероиды (преднизолон)
- 2) Высокие дозы нормального человеческого иммуноглобулина G.
- 3) При неэффективности в некоторых случаях может быть выполнена спленэктомия – удаление селезенки, в которой и происходит повышенное разрушение тромбоцитов и вырабатываются антитромбоцитарные антитела.
- 4) Если и эта терапия оказывается неэффективной, может быть принято решение о назначении препарата моноклональных антител, оказывающих иммуносупрессивное действия.
- 5) Агонисты рецепторов тромбопоэтина (ромиплостим)

Лечение гемофилии.

Лечение симптоматическое — переливание свежечитратной крови или антигемофильной плазмы или антигемофильного глобулина, вместе с аминокапроновой кислотой.

При кровоизлиянии в сустав необходима иммобилизация конечности, применение холода и давящей повязки.

При наружном кровотечении местно используется наложение тампонов из гемостатической губки, с тромбином, фибриновой пленкой или с грудным молоком (детям).

Главное — профилактика травм, выбор интеллектуальных профессий, нетравматичность развлечений.

Рекомендуется применение преднизолона по 20—30 мг в сутки.

Лечение болезни Шенлейн-Геноха.

- 1) Диета (исключаются аллергенные продукты).
- 2) Строгий постельный режим.

3) Медикаментозная терапия:

1. Гепарин и антиагреганты: гепарин по 5000 ЕД подкожно 4 раза в сутки; фраксипарин 1 — 2 раза в сутки; тиклид, курантил по 0,025 г 3 раза в день; пентоксифиллин по 0,1 г в таблетках 3 раза в день.

2. Переливание свежезамороженной плазмы.

3. Нестероидные противовоспалительные средства: индометацин, метиндол.

4. Лечение анемического синдрома: ферроградумет, ферроплекс, конферон.

5. При тяжелом течении назначают плазмаферез или терапию глюкокортикостероидами.

6. В исключительных случаях применяют цитостатики (азатиоприн или циклофосфан).

Диспансеризация.

Больные, перенесшие геморрагический васкулит, должны в течение года находиться под наблюдением гематолога и терапевта. Больным противопоказаны прививки.

Лекционное занятие № 4

Тема: Лечение заболеваний суставов и соединительной ткани: ревматоидный артрит, остеоартроз.

Лечение ревматоидного артрита

Противовоспалительные средства.

1. Нестероидные противовоспалительные препараты:

- производные салициловой кислоты; аспирин, аспизоль для внутривенного и внутримышечного введения (противопоказаны при язве желудка и 12-перстной кишки, эрозивных гастритах, бронхиальной астме, геморрагических диатезах);
- производные пиразолона: бутадиион, реопирин (противопоказаны при лейкопении, язвенной болезни желудка и 12-перстной кишки, артериальной гипертензии, геморрагическом диатезе);
- производные индолуксусной кислоты: индометацин (противопоказаны при язвенной болезни, бронхиальной астме, беременности);
- производные пропионовой кислоты: ибупрофен, напроксен, сургам (противопоказаны при язвенной болезни, бронхиальной астме);
- производные фенилуксусной кислоты: диклонак-натрий (вольтарен, ортофен), табл., ампулы (противопоказаны при язвенной болезни желудка и 12 перстной кишки.);
- оксикамы: пироксикам (противопоказаны при язвенной болезни желудка и 12 перстной кишки).

2. Кортикостероидные противовоспалительные средства, преднизолон; триамцинолон (полькортолон, берликорт, кенакорт); кеналог-40 для внутримышечного введения; метилпреднизолон.

3. Базисные средства.

- Препараты золота (кризанол, санкризин).
- Иммунодепрессанты-цитостатики (имуран, азатиоприн, метотрексат).
- Д-пеницилламин (купренил).
- Аминохинолиновые препараты (делагил, плаквенил)
- Сульфаниламидные средства (сульфасалазин, салазоперидазин).
- Энцефабол.
- Циклоспорин.

4. Средства и методы с преимущественно иммуномодулирующими свойствами: гемосорбция; плазмаферез; иммуностимулирующие средства (тималин, Т-активин, тимоген, левамизол.

Физиотерапевтическое лечение. Электрофорез димексида, ДЦТ, эритемное ультрафиолетовое облучение суставов, УВЧ, магнитотерапия, фонофорез гидрокортизона.

Лечебная физкультура и массаж.

Задачи ЛФК:

1. Укрепление мышечных групп в области пораженных суставов.
2. Предотвращение деформаций, посредством физических упражнений.
3. Обучение тренировке пораженных суставов (постоянные движения).

Санаторно-курортное лечение. Показано при суставной форме с минимальной активностью и в неактивной фазе. Рекомендуются курорты с радоновыми источниками — Цхалтубо, Белокуриха, Пятигорск, Саки.

Хирургическое лечение. Основным методом хирургического лечения РА является

протезирование коленных и тазобедренных суставов. В лечении поражений мелких суставов кистей, стоп, лучезапястных суставов ведущее место занимают синовиэктомия, артропластика.

Реабилитация. Реабилитации больных способствует комплексное применение медицинских мероприятий, физиотерапии, трудотерапии, санаторно-курортного лечения, хирургического лечения.

Лечение деформирующего артроза

1. Разгрузка пораженных суставов: запрещается длительная ходьба, длительное стояние, ношение тяжестей, не рекомендуются частые спуски и подъемы по лестнице, пользоваться палками и костылями.

2. Нормализация массы тела — гипокалорийная диета, разгрузочные дни, общий массаж.

3. Улучшение метаболизма хряща и микроциркуляции в костной ткани:

а) лечение хондропротекторами — румалон внутримышечно по схеме; артрон (хондроитинсульфат) внутримышечно по схеме; артепарон внутримышечно; мукартин внутримышечно.

б) метаболическая терапия направлена на улучшение обменных процессов в суставном хряще. Рибоксин, АТФ, фосфаден, калия оротат, ретаболил.

в) для улучшения микроциркуляции в субхондральных отделах костей и в синовии назначают: курантил, трентал, теоникол,

г) Антиоксидантная терапия: витамин Е, орготеин.

4. Физиотерапевтическое лечение: индуктотермия, микроволновая, ультразвуковая терапия, диадинамические токи, электрофорез с анальгином, новокаином, цинком, литием; лазерная терапия, магнитотерапия, бальнеотерапия.

5. Уменьшение боли в суставах и лечение синовита: применение НПВП при болях: индометацин, ибупрофен, вольтарен.

Лекционное занятие № 1.

Тема: Лечение крапивницы, отёка Квинке анафилактического шока.

Неотложная помощь при крапивнице:

- отмена лекарственных препаратов
- голодание в течение 1-3 суток
- повторные очистительные клизмы
- активированный уголь внутрь.
- Димедрол 1%-2мл в/м
- Супрастин 2%-2 мл в/м
- При низком АД кордиамин 1мл п/к
- при неэффективности преднизолон 60-90мг в/м или в/в

Лечение.

Общие мероприятия при крапивнице направлены на госпитализацию пациента, отмену лекарственных препаратов, голодание в течение 1-3 суток и быстрое выведение аллергена из организма путем повторных очистительных клизм или приемом активированного угля.

В восстановительный период выявляется аллерген, вызывающий крапивницу. Питание пациента начинается с какого-то одного вида продукта, который принимают утром натощак в небольшом количестве, затем постепенно рацион расширяется. Появление волдырей на коже при приеме какого-нибудь исследуемого продукта подтверждает этиологию крапивницы. После выявления причины, вызвавшей крапивницу, пациенту рекомендуется отказаться от применения в пищу данного продукта.

Применяют антигистаминные препараты: димедрол по 0,05 г 3 раза в день, супрастин по 0,025 г 3 раза в день, тавегил и другие, назначаются внутрь и парентерально.

Глюкокортикоиды назначают только при тяжелом течении крапивницы, при локализации сыпи на лице, при неэффективности лечения антигистаминными препаратами, когда она сочетается с бронхиальной астмой, с анафилактическим шоком.

Неотложная помощь при отеке Квинке:

1. Устранить контакт с аллергеном.
2. Адреналин (эпинефрин) 0,1% - 0,5 мл п/к или в/в.
3. Преднизолон 60-90 мг в/в в 20 мл изотонического раствора хлорида натрия.
4. Ингаляции сальбутамола, будесонида.
5. Супрастин 2% - 2 мл в/м.
6. Димедрол 1% - 2 мл в/м.
7. Лазикс 40-80 мг в 20 мл физ.раствора в/в струйно.
8. При нарастании асфиксии – трахеостомия.
9. Госпитализация. При отеке гортани - в ЛОР отделение, при абдоминальном синдроме в хирургическое, неврологической симптоматике в неврологическое отделение.

Неотложная помощь при анафилактическом шоке:

1. Прекратить введение аллергена.
2. Оказывать помощь на месте развития шока.

3. При внутривенном введении аллергена иглу оставить в вене и через нее вводить медикаменты.
4. Уложить больного, повернув его голову в сторону, выдвинуть нижнюю челюсть, удалить зубные протезы.
5. Если возможно, наложить жгут выше места введения аллергена.
6. Холод на место введения аллергена.
7. Адреналин (эпинефрин) 0,1% - 1 мл в 10 мл 5% раствора глюкозы в/в струйно и адреналин 0,1% - 0,5 мл в место введения аллергена.
8. Преднизолон 90-150 мг и более в/в струйно (дексаметазон 4-20 мг, гидрокортизон 150-300 мг).
9. Тавегил 0,1% - 1 мл в/м (супрастин 2% - 2 мл, димедрол 1% - 2 мл).
10. Допамин 4% - 5 мл (200 мг) или норадреналин 0,2% - 1 мл или мезатон 1% - 1 мл в 400 мл 5% раствора глюкозы в/в капельно медленно.
11. Реополиглюкин 400 мл в/в капельно.
12. При бронхоспазме:
 - раствор эуфиллина 2,4% - 10 мл в 10 мл изотонического раствора хлорида натрия;
 - ингаляции увлажненного кислорода.
13. При сердечной недостаточности:
 - раствор строфантина 0,05% - 0,5 мл в 10 мл 5% раствора глюкозы в/в медленно.
14. При отсутствии эффекта препараты вводятся повторно через 15 минут.
15. По показаниям реанимационные мероприятия:
 - непрямой массаж сердца;
 - искусственная вентиляция легких;
 - трахеостомия;
 - интубация трахеи.

Тактика фельдшера. После стабилизации АД проводится экстренная госпитализация пациента в реанимационное отделение. Если не удастся вывести пациента из шока, следует вызвать реанимационную бригаду.

Прогноз зависит от своевременной, интенсивной и адекватной терапии, а также от снижения сенсibilизации организма. Всем пациентам, перенесшим АШ, необходимо наблюдение аллергологом.

Профилактика. Важнейшей профилактической мерой АШ является сбор аллергологического анамнеза и отказ от назначения медикаментозных средств без достаточного основания, и в первую очередь тех, которые вызывают аллергическую реакцию.

Профилактика аллергозов заключается в борьбе с полипрогмазией (назначением одновременно более 3 лекарственных средств), в борьбе с самолечением, в пропаганде необходимых знаний среди населения и др.