

Кейсы | Высшее образование | Эндокринология

Materials for the selected specialty

Тип: Кейсы | Образование: Высшее образование | Специализация: Эндокринология | Записей: 2

Эндокринология - кейс 1

Образование: Высшее образование | Специализация: Эндокринология

1. УСЛОВИЕ СИТУАЦИОННОЙ ЗАДАЧИ

1.1. Ситуация

Женщина 33 лет обратилась на амбулаторный приём к врачу-эндокринологу.

1.2. Жалобы

На бесплодие.

1.3. Анамнез заболевания

Пациентка планирует беременность в течение двух лет. Обследована гинекологом – патологических изменений органов малого таза не выявлено, показатели ТТГ, ФСГ, ЛГ и эстрадиола в пределах референсных значений. Мужской фактор исключен. Гинекологом направлена на консультацию к эндокринологу. На момент осмотра никаких препаратов не принимает.

1.4. Анамнез жизни

- * Наследственность: по эндокринной системе неотягощена.
- * Хронические заболевания: отрицает.
- * Аллергоанамнез: аллергические реакции на медикаменты отрицает.

1.5. Объективный статус

Состояние удовлетворительное. Кожные покровы обычной окраски и влажности, стрий нет, отёков нет. Аускультативно в лёгких везикулярное дыхание, ЧДД – 17 в минуту. Тоны сердца ритмичные, пульс – 71 в минуту, АД – 131/68 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Явных клинических признаков акромегалии, гиперкортицизма нет. Выделений из сосков нет. Щитовидная железа при пальпации не увеличена, безболезненная, мягко-эластической консистенции, смещается при глотании, узловые образования не пальпируются.

1. План обследования

1. Вопрос

В качестве первой линии диагностики у данной пациентки необходимо двукратное исследование уровня

1. ИФР-1

2. пролактина

3. глобулина, связывающего половые гормоны (ГСПГ)

4. прогестерона

Правильный ответ: пролактина

Для исключения гиперпролактинемии рекомендуется как минимум двукратное проведение лабораторного исследования уровня пролактина.

Клинические рекомендации Российской ассоциации эндокринологов. Гиперпролактинемия, 2021 г.

(1)

3. Результаты обследования

3.1. Исследование уровня пролактина

2145; 1869 мЕд/л (64-395)

3.3. Исследование уровня глобулина, связывающего половые гормоны (ГСПГ)

26,4; 32,5 нмоль/л (14,7-122,5)

2. Вопрос

Методом инструментальной диагностики в данной ситуации является проведение

1. МРТ головного мозга

2. рентгенографии черепа в боковой проекции

3. КТ головного мозга

4. ПЭТ-КТ головного мозга

Правильный ответ: МРТ головного мозга

МРТ головного мозга является наиболее информативным методом в диагностике опухолей гипоталамо-гипофизарной области. Прибегать к данному исследованию следует после исключения вторичных причин гиперпролактинемии (не принимает лек. препаратов, гипотиреоза нет) плюс имеется первичное подозрение на имеющуюся опухоль (сопутствующая головная боль), косвенно – уровень повышения пролактина.

Клинические рекомендации Российской ассоциации эндокринологов. Гиперпролактинемия, 2021 г.

(1)

5. Результаты обследования

5.1. МРТ головного мозга

В области гипофиза определяется эндоселлярное образование размерами 6x5x6 мм, образование прилежит к перекресту зрительных нервов.

2. Диагноз

3. Вопрос

На основании клинико-лабораторных и инструментальных данных пациентке можно поставить диагноз

1. E22.0 Акромегалия и гипофизарный гигантизм

2. E24.0 Болезнь Иценко-Кушинга гипофизарного происхождения

3. D35.2 Гормонально-неактивная аденома гипофиза

4. E22.1 Гиперпролактинемия

Правильный ответ: E22.1 Гиперпролактинемия

Принимая во внимание клиническую картину (жалобы, нарушение репродуктивной функции), лабораторные показатели (повышение пролактина) инструментальные данные (наличие макроаденомы по данным МРТ) можно предположить диагноз пролактин-секретирующей

микроаденомы гипофиза.

Клинические рекомендации Российской ассоциации эндокринологов. Гиперпролактинемия, 2021 г.

(1)

(2)

7. Диагноз

7.1. E22.1 Гиперпролактинемия

4. Вопрос

Оптимальной тактикой в отношении данной пациентки является

1. медикаментозная терапия

2. лучевая терапия

3. динамическое наблюдение

4. хирургическое лечение

Правильный ответ: медикаментозная терапия

Методом выбора у пациентов с гиперпролактинемией опухолевого генеза является медикаментозное лечение.

Клинические рекомендации Российской ассоциации эндокринологов. Гиперпролактинемия, 2021 г.

(1)

3. Лечение

5. Вопрос

Препаратом выбора для лечения гиперпролактинемии является

1. бромокриптин

2. хинаголид

3. пасиреотид

4. каберголин

Правильный ответ: каберголин

Из всех агонистов дофамина Каберголин является препаратом первой линии как наиболее эффективный в отношении нормализации уровня пролактина и уменьшения размеров опухоли.

Клинические рекомендации Российской ассоциации эндокринологов. Гиперпролактинемия, 2021 г.

(1)

6. Вопрос

Начальная доза каберголина в неделю составляет +____+ мг

1. 0,5-0,75

2. 5-7,5

3. 0,25-0,5

4. 2-5

Правильный ответ: 0,25-0,5

Начальная дозировка составляет 0,25-0,5 мг в неделю с последующим наращиванием дозы до нормализации уровня пролактина.

Клинические рекомендации Российской ассоциации эндокринологов. Гиперпролактинемия, 2021 г.

(1)

7. Вопрос

Для коррекции дозы каберголина уровень пролактина измеряется через

1. 3 месяца
2. 2 недели

3. 1 месяц

4. 1 неделю

Правильный ответ: 1 месяц

Наблюдение при приеме каберголина включает периодическое измерение уровня пролактина, первично через 1 месяц после начала лечения для коррекции терапии

Эндокринология : национальное руководство / под ред. И. И. Дедова, Г. А. Мельниченко. - 2-е изд. , перераб. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 1112 с. : ил. - 1112 с. - ISBN 978-5-9704-6054-2.

(1)

8. Вопрос

На повторной консультации пациентка сообщила, что наступила беременность. Необходимо рекомендовать

1. отменить каберголин

2. продолжить лечение в прежнем режиме
3. повысить дозу каберголина
4. снизить дозу каберголина

Правильный ответ: отменить каберголин

При подтверждении факта наступления беременности терапию агонистами следует отменить.

Клинические рекомендации Российской ассоциации эндокринологов. Гиперпролактинемия, 2021 г.

(1)

9. Вопрос

После наступления беременности проводить контроль уровня пролактина

1. не требуется

2. следует 1 раз в триместр
3. необходимо ежемесячно
4. нужно еженедельно

Правильный ответ: не требуется

У беременных женщин контроль уровня пролактина не проводится.

Клинические рекомендации Российской ассоциации эндокринологов. Гиперпролактинемия, 2021 г.

(1)

10. Вопрос

Клиническое наблюдение беременной пациентки с пролактинсекретирующей микроаденомой необходимо проводить один раз в

1. неделю

2. триместр

3. месяц

4. два месяца

Правильный ответ: триместр

Пациенткам с микроаденомами показано клиническое обследование, включающее в себя сбор жалоб и осмотр 1 раз в триместр.

Клинические рекомендации Российской ассоциации эндокринологов. Гиперпролактинемия, 2021 г.

(1)

4. Вариатив

11. Вопрос

При подозрении на рост объемного образования у беременной пациентки необходимо провести

1. МРТ головного мозга с контрастированием

2. МРТ головного мозга без контрастирования

3. КТ головного мозга

4. рентгенографию черепа в боковой проекции

Правильный ответ: МРТ головного мозга без контрастирования

При наличии признаков роста объемного образования у беременных пациенток с пролактиномами рекомендуется проведение МРТ головного мозга без контрастирования.

Клинические рекомендации Российской ассоциации эндокринологов. Гиперпролактинемия, 2021 г.

(1)

12. Вопрос

При выявлении роста опухоли или прогрессировании симптоматики у беременной пациентки с пролактиномой необходимо

1. назначить аналоги соматостатина пролонгированного действия

2. продолжить динамическое наблюдение

3. возобновить терапию агонистами дофамина

4. провести лучевую терапию

Правильный ответ: возобновить терапию агонистами дофамина

При выявлении роста опухоли или прогрессировании симптоматики у беременной пациентки с пролактиномой необходимо возобновить терапию агонистами дофамина.

Клинические рекомендации Российской ассоциации эндокринологов. Гиперпролактинемия, 2021 г.

(1)

Эндокринология - кейс 2

Образование: Высшее образование | Специализация: Эндокринология

1. УСЛОВИЕ СИТУАЦИОННОЙ ЗАДАЧИ

1.1. Ситуация

Женщина 88 лет обратилась к врачу-эндокринологу.

1.2. Жалобы

На набор массы тела, слабость, зябкость, сухость кожи, снижение аппетита, плохую память, снижение настроения, сонливость, запоры, одутловатость отечность лица, ноющие боли в суставах, боли за грудиной и одышку при физической активности.

1.3. Анамнез заболевания

Со слов пациентки около 6 месяцев назад перенесла эндоскопическое оперативное лечение на щитовидной железе. Предположительно гемитиреоидэктомию по поводу крупного многоузлового зоба. После операции никакие препараты не получала. Указанные симптомы появились и стали нарастать последние 3-4 месяца. 2 года назад перенесла инфаркт миокарда.

1.4. Анамнез жизни

- * Хронические заболевания отрицает;
- * не курит, алкоголем не злоупотребляет;
- * профессиональных вредностей не имела;
- * аллергических реакций не было;
- * Б-1, Р-1 в возрасте 35 лет;
- * в прошлом работала поваром в детском саду, в настоящее время на пенсии;
- * живет с дочерью и внучкой, обслуживает себя самостоятельно, готовит сама, из дома выходит на прогулку и в магазин, пользуется стационарным домашним телефоном (мобильного нет), общественным транспортом не пользуется больше 5 лет, счета сама не оплачивает, пенсию получает с помощью дочери.

1.5. Объективный статус

Состояние удовлетворительное. Рост 164 см, масса тела 89 кг. Кожные покровы сухие, бледные, с желтушным оттенком. Лицо одутловатое, имеются периферические плотные отеки голеней, кистей рук. Дыхание везикулярное, ЧДД 19 в 1 мин. Тоны сердца ритмичные, ЧСС 58 в 1 мин, АД 150/100 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень пальпируется по краю реберной дуги. Язык увеличен в объеме, обложен белым налетом. Установлены съемные зубные протезы. Пальпируется только правая доля щитовидной железы, безболезненная, подвижная при глотании, неоднородной структуры, мягко-эластичной консистенции. Язык? Состояние зубов.

1. План обследования

1. Вопрос

Необходимым для постановки диагноза лабораторным методом обследования является определение концентрации

1. антител к рецепторам ТТГ в крови
2. тиреоглобулина в крови

3. ТТГ и свободного Т4 в крови

4. кальцитонина в крови

Правильный ответ: ТТГ и свободного Т4 в крови

Современная лабораторная диагностика гипотиреоза основана на определении уровня ТТГ и св. Т4. Определение концентрации ТТГ и Т4 св. позволяет выявить клинический и субклинический гипотиреоз или эутиреоидное состояние.

Эндокринология : национальное руководство / под ред. И. И. Дедова, Г. А. Мельниченко. - 2-е изд. , перераб. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 1112 с. : ил. - 1112 с. - ISBN 978-5-9704-6054-2.

(1)

3. Результаты обследования

3.1. Определение концентрации ТТГ и свободного Т4 в крови

ТТГ-15 мЕД/л (0,27-4,2), Т4 свободный – 11,5 пмоль/л (10,8-22,0)

3.3. Определение концентрации тиреоглобулина в крови

Тиреоглобулин - 75,14 нг/мл (1,40 – 78,00)

2. Вопрос

Обязательным инструментальным методом обследования для постановки диагноза является

1. тонкоигольная аспирационная биопсия щитовидной железы
2. сцинтиграфия щитовидной железы
3. компьютерная томография шеи

4. ультразвуковое исследование (УЗИ) щитовидной железы

Правильный ответ: ультразвуковое исследование (УЗИ) щитовидной железы

Одно из показаний к УЗИ щитовидной железы - динамическое наблюдение после оперативных вмешательств

Эндокринология : национальное руководство / под ред. И. И. Дедова, Г. А. Мельниченко. - 2-е изд. , перераб. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 1112 с. : ил. - 1112 с. - ISBN 978-5-9704-6054-2.

(1)

5. Результаты обследования

5.1. УЗИ щитовидной железы

Заключение: левая доля щитовидной железы отсутствует. Объем правой доли – 3 мл. Определяются фокальные изменения структуры щитовидной железы 0,2х0,3 см и 0,4х0,5 мм.

2. Диагноз

3. Вопрос

Учитывая клиническую картину и данные гормонального анализа крови, пациентке можно поставить диагноз

1. Вторичный гипотиреоз
2. Клинический (манифестный) гипотиреоз

3. Субклинический гипотиреоз

4. Субклинический тиреотоксикоз

Правильный ответ: Субклинический гипотиреоз

По результатам гормонального исследования выделяют две формы гипотиреоза: манифестный (ТТГ повышен, св. Т4 снижен) и субклинический (ТТГ повышен, св. Т4 в норме).

Эндокринология : национальное руководство / под ред. И. И. Дедова, Г. А. Мельниченко. - 2-е изд. , перераб. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 1112 с. : ил. - 1112 с. - ISBN 978-5-9704-6054-2.

(1)

7. Диагноз

7.1. Субклинический гипотиреоз

4. Вопрос

Данные анамнеза и данные УЗИ щитовидной железы подтверждают, что причиной гипотиреоза является

1. хронический аутоиммунный тиреоидит
2. тяжелый йодный дефицит
3. радиойодтерапия

4. левосторонняя гемитиреоидэктомия

Правильный ответ: левосторонняя гемитиреоидэктомия

«Большие» диагностические признаки АИТ: первичный гипотиреоз, наличие тиреоидных антител, ультразвуковые признаки аутоиммунного поражения щитовидной железы.

Эндокринология : национальное руководство / под ред. И. И. Дедова, Г. А. Мельниченко. - 2-е изд. , перераб. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 1112 с. : ил. - 1112 с. - ISBN 978-5-9704-6054-2.

(1)

3. Лечение

5. Вопрос

Тактика лечения пациентки заключается в

1. проведении радиойодтерапии
2. медикаментозной компенсации функции щитовидной железы
3. восполнении йододефицита
4. проведении тиреоидэктомии

Правильный ответ: медикаментозной компенсации функции щитовидной железы

При всех формах гипотиреоза показана заместительная терапия левотироксином натрия. Цель терапии гипотиреоза - клиническая и лабораторная компенсация гипотиреоза.

Эндокринология : национальное руководство / под ред. И. И. Дедова, Г. А. Мельниченко. - 2-е изд. , перераб. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 1112 с. : ил. - 1112 с. - ISBN 978-5-9704-6054-2.

(1)

6. Вопрос

Препаратом выбора для медикаментозной терапии пациентки является

1. левотироксин натрия
2. преднизолон
3. калия йодид
4. трийодтиронин

Правильный ответ: левотироксин натрия

При всех формах гипотиреоза показана заместительная терапия левотироксином натрия.

(1)

7. Вопрос

Учитывая наличие у пациентки кардиальной патологии (ИБС), лечение необходимо начинать с суточной дозы левотироксина натрия в количестве + _____ + мкг

1. 25-50
2. 75-88

3. 12,5-25

4. 50-75

Правильный ответ: 12,5-25

Лечение больных гипотиреозом и сопутствующей кардиальной патологией (особенно ИБС) следует начинать с минимальных доз левотироксина натрия 0 12,5-50 мкг.

Эндокринология : национальное руководство / под ред. И. И. Дедова, Г. А. Мельниченко. - 2-е изд. , перераб. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 1112 с. : ил. - 1112 с. - ISBN 978-5-9704-6054-2.

(1)

8. Вопрос

Показанием к назначению заместительной терапии у пациентки является

1. субклинический гипотиреоз в пожилом возрасте
2. наличие только одной доли щитовидной железы

3. повышение уровня ТТГ выше 10 мЕд/л

4. наличие фокальных изменений структуры щитовидной железы

Правильный ответ: повышение уровня ТТГ выше 10 мЕд/л

Показанием к назначению заместительной терапии левотироксином натрия у лиц пожилого возраста, особенно с кардиальной патологией, является стойкий характер субклинического гипотиреоза при уровне ТТГ не менее 10 мЕД/л или при уровне ТТГ между 5 и 10 мЕД/л и наличии сопутствующей дислипидемии.

Эндокринология : национальное руководство / под ред. И. И. Дедова, Г. А. Мельниченко. - 2-е изд. , перераб. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 1112 с. : ил. - 1112 с. - ISBN 978-5-9704-6054-2.

(1)

9. Вопрос

Дозу левотироксина необходимо постепенно увеличивать каждые

1. 6-8 месяцев
2. 3-4 месяца

3. 1-2 месяца

4. 1-2 недели

Правильный ответ: 1-2 месяца

Лечение больных гипотиреозом с сопутствующей кардиальной патологией, особенно ИБС, следует начинать с минимальных доз левотироксина натрия - 12,5-25,0 мкг, постепенно увеличивая дозу на 12,5-25,0 мкг каждые 1-2 месяца до нормализации уровня ТТГ.

(1)

10. Вопрос

Заместительную терапию левотироксином пациентке необходимо проводить под контролем

1. суточного мониторирования АД

2. ЭКГ

3. ЭХО-КГ

4. УЗИ щитовидной железы

Правильный ответ: ЭКГ

Заместительную терапию проводят под контролем ЭКГ или мониторирования ЭКГ по Holter, не допуская при этом декомпенсации кардиальной патологии или развития аритмии.

Эндокринология : национальное руководство / под ред. И. И. Дедова, Г. А. Мельниченко. - 2-е изд. , перераб. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 1112 с. : ил. - 1112 с. - ISBN 978-5-9704-6054-2.

(1)

4. Вариатив

11. Вопрос

После подбора суточной дозы левотироксина контроль ТТГ в динамике необходимо проводить с частотой 1 раз в

1. год

2. 2-3 года

3. 6 месяцев

4. 3 месяца

Правильный ответ: год

Обычно контроль за уровнем ТТГ осуществляется 1 раз в год или при появлении признаков декомпенсации заболевания.

Эндокринология : национальное руководство / под ред. И. И. Дедова, Г. А. Мельниченко. - 2-е изд. , перераб. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 1112 с. : ил. - 1112 с. - ISBN 978-5-9704-6054-2.

(1)

12. Вопрос

При выявлении низких показателей ТТГ на фоне приема тиреоидных препаратов показано

1. добавление к терапии препарата трийодтиронина

2. увеличение дозы левотироксина

3. уменьшение дозы левотироксина

4. добавление к терапии бета-адреноблокаторов

Правильный ответ: уменьшение дозы левотироксина

При выявлении низких показателей ТТГ на фоне приема тиреоидных препаратов следует уменьшить дозу левотироксина натрия с последующим контролем за уровнем ТТГ через 2-3 месяца

Эндокринология : национальное руководство / под ред. И. И. Дедова, Г. А. Мельниченко. - 2-е изд. ,

перераб. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 1112 с. : ил. - 1112 с. - ISBN 978-5-9704-6054-2.

(1)