

Гериатрия - кейс 1

Materials for the selected specialty

Тип: Кейсы | Образование: Высшее образование | Специализация: Гериатрия | Записей: 1 | Кейс: 1 |
Вопросов: 12

Гериатрия - кейс 1

Образование: Высшее образование | Специализация: Гериатрия

1. УСЛОВИЕ СИТУАЦИОННОЙ ЗАДАЧИ

1.1. Ситуация

Пациент К. 65 лет обратился к врачу с болями в суставах.

1.2. Жалобы

Боли, отёчность в области лучезапястных и II - III пястно-фаланговых суставов обеих кистей, коленных суставов, скованность в кистях рук, в плечевых суставах по утрам, боли в области оснований пальцев стоп при наступании.

1.3. Анамнез заболевания

Заболел два месяца назад. Начало заболевания с остро возникшего отёка правого коленного сустава, повышения температуры тела до 37,5°C. Состояние регрессировало самопроизвольно через три дня. Но в дальнейшем стал отмечать постепенное появление скованности в кистях рук по утрам, отёчность в области лучезапястных и II - III пястно-фаланговых суставов обеих кистей, возобновление отёчности правого, а затем и левого коленного суставов, скованность и ограничение движения в плечевых суставах, а также боли в области оснований пальцев стоп при наступании.

1.4. Анамнез жизни

- * страдает гипертонической болезнью в течение 10 лет;
- * вредные привычки отрицает;
- * профессиональных вредностей не имел;
- * аллергические реакции отрицает.

1.5. Объективный статус

Состояние средней тяжести. Нормостенический конституциональный тип. Рост 176 см, масса тела 86 кг. Кожные покровы обычной окраски и влажности. Периферических отеков нет. Дыхание везикулярное, ЧДД 16 в 1 мин. Тоны сердца ритмичные, ЧСС 72 в 1 мин, АД 132/80 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень по краю реберной дуги. Температура тела 37,3°C. Суставной статус: артрит лучезапястных, I-II-III пястно-фаланговых суставов, теносиновит сгибателей обеих кистей, артрит коленных суставов, положительный симптом поперечного сжатия стоп.



Объективный статус

1. План обследования

1. Вопрос

Для постановки диагноза необходимо назначить следующий набор лабораторных исследований

1. суточный анализ мочи на белок
2. общий анализ крови, общий анализ мочи, СОЭ АСТ, АЛТ

3. общий анализ крови, СОЭ, СРБ, ревматоидный фактор, антитела к циклическому цитруллинированному пептиду (АЦЦП)

4. общий анализ крови, общий анализ мочи, СОЭ

Правильный ответ: общий анализ крови, СОЭ, СРБ, ревматоидный фактор, антитела к циклическому цитруллинированному пептиду (АЦЦП)

2.3.1 Лабораторные диагностические исследования для постановки диагноза
Определение содержания антител к циклическому цитруллиновому пептиду (анти-CCP) в крови (АЦЦП), определение содержания IgM РФ и антинуклеарного фактора (АНФ Нер-2) в крови рекомендуется всем пациентам с НДА и подозрением на РА с целью диагностики заболевания.

* определение содержания РФ в крови в высоких титрах служит для прогнозирования быстропрогрессирующего деструктивного поражения суставов и развития внесуставных проявлений при РА;

* определение АЦЦП имеет большое значение для диагностики раннего РА, серонегативного (по РФ) РА, дифференциальной диагностики РА с другими заболеваниями, прогнозирования тяжелого эрозивного поражения суставов и риска кардиоваскулярных осложнений;

* определение АНФ Нер-2 необходимо для ранней диагностики системных заболеваний соединительной ткани, которые могут дебютировать с поражения суставов, напоминающего РА.

Общий (клинический) анализ крови развернутый и исследование уровня СРБ в сыворотке крови количественным методом рекомендуется всем пациентам с НДА и РА с целью проведения дифференциальной диагностики с невоспалительными заболеваниями суставов и оценки активности воспаления.

Комментарии: СОЭ – высокочувствительный, но неспецифичный и нестабильный маркер системного воспаления.

- * факторами повышения СОЭ являются анемия, гиперхолестеринемия, беременность, воспаление, женский пол, пожилой возраст;
- * факторами уменьшения СОЭ - серповидноклеточная анемия, сфероцитоз, акантоцитоз, полицитемия, лейкоцитоз, микроцитоз, гипопфириногенемия, гипербилирубинемия, застойная сердечная недостаточность, кахексия;
- * СРБ - классический острофазовый белок сыворотки крови, рассматривающийся как наиболее чувствительный лабораторный биомаркер воспаления, инфекции и тканевого повреждения;
- * СРБ является более стабильным и воспроизводимым биомаркером воспаления, чем СОЭ;
- * повышение СОЭ и концентрации СРБ отражает локальный и системный воспалительный процесс при РА. Эти показатели, входят в число классификационных критериев РА;
- * СОЭ и СРБ, являются компонентами индексов активности РА.

Клинические рекомендации Минздрава России. Ревматоидный артрит, 2024 г.

(1)

(2)

2. Вопрос

Приоритетным инструментальным методом обследования является

1. денситометрия
2. УЗДГ сосудов верхних конечностей

3. обзорная рентгенография кистей и стоп

4. рентгенография плечевых суставов

Правильный ответ: обзорная рентгенография кистей и стоп

Рентгенография кистей и рентгенография плюсны и фаланг пальцев стопы рекомендуется проводить исходно при установлении диагноза и далее всем пациентам с развернутой стадией РА каждые 12 месяцев с целью оценки прогрессирования деструкции суставов.

Клинические рекомендации Минздрава России. Ревматоидный артрит, 2024 г.

(1)

2. Диагноз

3. Вопрос

Наиболее вероятным диагнозом в данном случае является

1. Ревматоидный артрит, серопозитивный по РФ и АЦЦП, поздняя стадия
2. Острая ревматическая лихорадка, высокой степени активности
3. Ревматоидный артрит, серонегативный по РФ и АЦЦП, очень ранняя стадия

4. Ревматоидный артрит, серопозитивный по РФ и АЦЦП, очень ранняя стадия

Правильный ответ: Ревматоидный артрит, серопозитивный по РФ и АЦЦП, очень ранняя стадия

[cols="8a,1a", options="header"]
|===

|Критерий
^|Баллы

|A.{sp}Клинические признаки поражения суставов (припухлость и/или болезненность при

объективном исследовании) (0-5 баллов) +

- 1 крупный сустав +

- 2-10 крупных суставов +

- 1-3 мелких сустава (крупные суставы не учитываются) +

- 4-10 мелких суставов (крупные суставы не учитываются) +

>10 суставов (как минимум 1 мелкий сустав)

|

{nbsp} +

0 +

1 +

2 +

3 +

5

|B.{sp}Результаты лабораторных методов определения РФ и АЦЦП (0-3 балла, требуется положительный результат как минимум 1 метода)

- Отрицательные +

- Слабо положительные для РФ или АЦЦП (превышают верхнюю границу нормы, но не более, чем в 3 раза) +

- Высоко положительные для РФ или АЦЦП (превышают верхнюю границу нормы более чем в 3 раза)

|

{nbsp} +

0 +

2 +

3

|C.{sp}Результаты лабораторных методов определения «острофазовых» показателей (0-1 балл, требуется положительный результат как минимум 1 метода)

* Нормальные значения СОЭ и СРБ

* Повышение СОЭ или СРБ

|

{nbsp} +

0 +

1

|D.{sp}Длительность артрита (0-1 балл)

<6 недель +

≥6 недель

|

{nbsp} +

0 +

1

|===

{nbsp}

Для того чтобы поставить диагноз РА необходимо выполнить три условия:

1. Определить наличие у пациента хотя бы одного припухшего сустава по данным физикального осмотра.

2. Исключить другие заболевания, которые могут сопровождаться воспалительными изменениями суставов.

3. Набрать как минимум 6 баллов из 10 возможных по 4 позициям, описывающим особенности картины болезни у данного пациента.

Клинические рекомендации Минздрава России. Ревматоидный артрит, 2024 г.

(1)

(2)

4. Вопрос

Для ревматоидного артрита характерно

- 1. симметричный полиартрит с преимущественным поражением суставов кистей и стоп, внесуставные проявления, утренняя скованность более часа**
2. симметричный полиартрит с преимущественным поражением суставов кистей и стоп, эрозивно-язвенные поражения ЖКТ и васкулит сосудов крупного калибра, утренняя скованность менее получаса
3. симметричный полиартрит с преимущественным поражением суставов кистей и стоп, фиброз кожных покровов кистей, проксимальная мышечная слабость
4. асимметричный полиартрит с преимущественным поражением нижних конечностей, поражение осевых суставов позвоночника, утренняя скованность менее получаса

Правильный ответ: симметричный полиартрит с преимущественным поражением суставов кистей и стоп, внесуставные проявления, утренняя скованность более часа

Симметричный полиартрит с постепенным (в течение нескольких месяцев) нарастанием боли и скованности, преимущественно в мелких суставах кистей (в половине случаев);

Одним из признаков воспаления суставов при РА является утренняя скованность, длительность которой обычно составляет не менее 30-60 минут.

Клинические рекомендации Минздрава России. Ревматоидный артрит, 2024 г.

(1)

(2)

3. Лечение

5. Вопрос

В качестве тактики ведения данного пациента

1. необходимо назначить высокие дозы глюкокортикостероидов для купирования воспаления и болевого синдрома
2. необходимо назначить антикоагулянты в сочетании с НПВС
- 3. необходимо назначить НПВП, направить на консультацию ревматолога**
4. необходимо назначить НПВП и антибактериальную терапию

Правильный ответ: необходимо назначить НПВП, направить на консультацию ревматолога

Для уменьшения болей в суставах рекомендуется применять НПВП и парацетомол, которые оказывают удовлетворительный симптоматический (анальгетический) эффект.

Рекомендуется пациента с клиническим подозрением на РА направлять на консультацию к врачу-ревматологу для уточнения диагноза и назначения терапии [149-152].

Клинические рекомендации Минздрава России. Ревматоидный артрит, 2024 г.

(1)

(2)

6. Вопрос

Оценить активность ревматоидного артрита и эффективность терапии следует с помощью инструментов объективизации

1. шкалы Чайлда-Пью
- 2. калькулятора DAS28**

3. изолированной оценки самочувствия пациента

4. калькулятора MDRD

Правильный ответ: калькулятора DAS28

У всех пациентов с РА рекомендуется оценивать эффективность терапии с использованием стандартизованных индексов активности (DAS 28, SDAI, CDAI) каждые 1-3 месяца до достижения состояния ремиссии (или низкой активности), а затем каждые 3-6 месяцев и функциональные нарушения каждые 6 мес. с помощью Опросника Состояния Здоровья (Health Assessment Questionnaire - HAQ).

Клинические рекомендации Минздрава России. Ревматоидный артрит, 2024 г.

(1)

7. Вопрос

У пациентов, получающих метотрексат, рекомендовано снижение дозы/отмена приема в случае

- стойкого повышения концентраций АЛТ/АСТ более чем в 3 раза от верхней границы нормы**
- повышения концентраций АЛТ/АСТ в 2 раза от верхней границы нормы
- повышения концентраций АЛТ/АСТ менее чем в 3 раза от верхней границы нормы
- повышения концентраций АЛТ/АСТ выше референсных значений

Правильный ответ: стойкого повышения концентраций АЛТ/АСТ более чем в 3 раза от верхней границы нормы

Лечение МТ{asterisk}{asterisk} следует прервать при превышении концентрацией АЛТ/АСТ выше верхней границы нормы (ВГН) более чем в 3 раза и возобновить лечение в более низкой дозе после нормализации лабораторных показателей.

Клинические рекомендации Минздрава России. Ревматоидный артрит, 2024 г.

(1)

8. Вопрос

У пациента с ревматоидным артритом, получающего лечение метотрексатом, с целью оценки переносимости терапии необходимо мониторировать лабораторные показатели

- общий анализ крови, общий анализ мочи, онкомаркеры
- общий анализ крови, мочевую кислоту, липидный спектр
- общий анализ крови, посев мочи
- общий анализ крови, биохимический анализ крови (АСТ, АЛТ, креатинин)**

Правильный ответ: общий анализ крови, биохимический анализ крови (АСТ, АЛТ, креатинин)

Рекомендуется проведение лабораторное обследование в процессе лечения МТ:

* общий анализ крови;

* биохимический анализ крови: аланинаминотрансфераза, аспартатаминотрансфераза (АЛТ и АСТ), креатинин.

Клинические рекомендации Минздрава России. Ревматоидный артрит, 2024 г.

(1)

9. Вопрос

Периодичность выполнения общего анализа крови с целью мониторинга переносимости терапии метотрексатом

1. в начале лечения или при увеличении дозы метотрексата – каждые 2 недели, далее – по необходимости
2. в начале лечения или при увеличении дозы метотрексата – каждые 1-1,5 месяца до достижения стабильной дозы метотрексата, затем – каждые 6 месяцев
- 3. в начале лечения или при увеличении дозы метотрексата – каждые 2-4 недели, через 1-3 месяца: каждые 1-3 месяца, через 6-12 месяцев: каждые 3 месяца**
4. в начале лечения или при увеличении дозы метотрексата – каждые 2 недели до достижения стабильной дозы метотрексата, затем – каждые 12 месяцев

Правильный ответ: в начале лечения или при увеличении дозы метотрексата – каждые 2-4 недели, через 1-3 месяца: каждые 1-3 месяца, через 6-12 месяцев: каждые 3 месяца

В начале: каждые 2-4 недели;

Через 1-3 месяца: каждые 1-3 месяца;

Через 6-12 месяцев: каждые 3 месяца или в зависимости от клинических показаний.

Клинические рекомендации Минздрава России. Ревматоидный артрит, 2024 г.

(1)

10. Вопрос

Пациенту с ревматоидным артритом в ремиссии заболевания рекомендовано(ны)

1. занятия бегом
2. регулярно выполнять физические упражнения. Плавание не рекомендуется.
3. избегать движения в поражённых суставах, предпочитая статические упражнения для мышц
- 4. регулярно выполнять физические упражнения. Плавание – оптимальный вид физической нагрузки.**

Правильный ответ: регулярно выполнять физические упражнения. Плавание – оптимальный вид физической нагрузки.

Регулярные физические упражнения помогают поддерживать подвижность суставов и укрепляют мышцы. Оптимальный вид физической активности для пациентов с РА – плавание, поскольку оно устраняет гравитационную нагрузку на суставы.

Клинические рекомендации Минздрава России. Ревматоидный артрит, 2024 г.

(1)

11. Вопрос

Для постановки диагноза ревматоидного артрита следует пользоваться критериями международных сообществ

1. диагностические критерии РА ESC 2015 года
- 2. классификационные критерии РА ACR/EULAR**
3. классификационные критерии РА EULAR 1996 года
4. диагностические критерии РА AAOS

Правильный ответ: классификационные критерии РА ACR/EULAR

Для постановки диагноза рекомендуется учитывать классификационные критерии РА ACR/EULAR.

(1)

12. Вопрос

Назначение препарата из группы генно-инженерных биологических препаратов (ГИБП)
+ _____ + пациентам с РА

- 1. рекомендуется; при плохой переносимости лечения метотрексатом или комбинированной терапии метотрексатом и стандартными БПВ**
2. рекомендуется; при достаточной эффективности терапии метотрексатом для удержания этого эффекта
3. рекомендуется; в качестве первой линии при тяжелом течении заболевания
4. не рекомендовано; так как на данный момент отсутствуют исследования использования ГИБП при РА

Правильный ответ: рекомендуется; при плохой переносимости лечения метотрексатом или комбинированной терапии метотрексатом и стандартными БПВ

При наличии противопоказания для назначения и плохой переносимости МТ (включая подкожную форму препарата) и других сБПВ (СУЛЬФ, ЛЕФ, ГХ) рекомендовано проведение монотерапии ГИБП, которые официально зарегистрированы для монотерапии РА, в первую очередь ингибиторами интерлейкина (ТЦЗ, СРЛ, ОЛК) или тсБПВ (селективные иммунодепрессанты: БАРИ, ТОФА, УПА) [46, 112-116].

(1)