

Кейсы | Высшее образование | Гериатрия

Materials for the selected specialty

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

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, гипопигментация, 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)

Гериатрия - кейс 2

Образование: Высшее образование | Специализация: Гериатрия

1. УСЛОВИЕ СИТУАЦИОННОЙ ЗАДАЧИ

1.1. Ситуация

Женщина 61 лет обратилась к врачу-гериатру.

1.2. Жалобы

На кожный зуд; сухость и желтушность кожных покровов; выраженную утомляемость; слабость; тянущие боли в правом подреберье; повышенное газообразование; неоформленный (кашицеобразный) стул 2-3 раза в день; тянущие боли в крупных суставах в вечерние и ночные часы; нарушение сна.

1.3. Анамнез заболевания

Считает себя больной в течение последних 5 лет, когда впервые отметила появление непостоянного кожного зуда, усиливающегося к вечеру и тяжесть в правом подреберье. По поводу кожного зуда обращалась к дерматологу, которым эти симптомы расценены как проявления аллергического дерматита. На назначенную дерматологом терапию стойкого положительного эффекта не отметила. В течение последних 2 лет кожный зуд сохранялся, стали появляться периодические тянущие боли в правом подреберье с иррадиацией в спину, тошнота, послабление стула, эпизодические боли в пояснице, общая слабость. Будучи медицинским работником (работает врачом-физиотерапевтом) расценила их как симптомы дискинезии желчевыводящих путей, по поводу чего самостоятельно принимала но-шпу, эссенциале с незначительным эффектом.

В течение последнего месяца стала отмечать усиление кожного зуда, обратила внимание на потемнение мочи, осветление неоформленного (кашицеобразного) кала, желтушность склер и кожных покровов, что и послужило поводом для обращения к врачу.

1.4. Анамнез жизни

- * Перенесенные заболевания: детские инфекции, ОРВИ; 4 года назад диагностирован аутоиммунный тиреоидит, эутиреоидное состояние;
- * вредные привычки: курение, злоупотребление алкогольными напитками, прием наркотиков отрицает;
- * заболевание острыми гепатитами отрицает, переливаний крови не проводилось; лекарств постоянно не принимает; наследственный анамнез неотягощен;
- * профессиональных вредностей не имела;
- * аллергоанамнез – аллергические реакции по типу «крапивницы» на препараты пенициллинового ряда.

1.5. Объективный статус

- * Состояние средней тяжести.
- * Нормостенического телосложения, удовлетворительного питания. Рост 159 см, вес 62 кг. Индекс массы тела – 24,5 кг/м², окружность талии – 82 см. Склеры и видимые слизистые иктеричны. Кожные покровы сухие, желтушные, со следами расчесов, на веках ксантелазмы, гиперпигментация век, пальмарная эритема. Температура тела – 36,7°C. Область суставов не изменена, движения в полном объеме. Периферические лимфатические узлы не пальпируются. Отеков нет. Ориентируется во времени, месте, ситуации, заторможена. Общемозговой и очаговой неврологической симптоматики нет.
- * Дыхание через нос свободное. Грудная клетка правильной формы, симметричная. Голосовое дрожание одинаковое на симметричных участках грудной клетки. При перкуссии над всей грудной клеткой в проекции легких определяется ясный легочный перкуторный звук. При аускультации дыхание везикулярное, хрипов нет, ЧДД 16 в мин.

* Границы сердца перкуторно не расширены, тоны сердца ясные, ритм правильный, на верхушке сердца 1 тон ослаблен, ЧСС – 96 ударов в мин., АД – 120/70 мм. рт. ст.

* Язык влажный, обложен белым налетом. Живот симметричный, увеличен в объеме, отмечается притупление перкуторного звука в боковых отделах (асцит), при пальпации умеренно болезненный по ходу ободочной кишки, урчит. Печень выступает из-под края реберной дуги по правой срединно-ключичной линии на 4 см, край печени плотный, закругленный, безболезненный. Нижний полюс селезенки выступает из-под края реберной дуги на 2 см, край её плотный, безболезненный. Перитонеальных симптомов нет. Пальпация в проекции дна желчного пузыря безболезненная, симптомы Мерфи, Кера, Ортнера – отрицательные.

* Поколачивание по поясничной области безболезненно с обеих сторон. Мочеиспускание самостоятельное, в достаточном количестве, дизурии нет.

1. План обследования

1. Вопрос

Необходимыми для постановки диагноза исследованиями являются

1. УЗИ органов брюшной полости

2. общий анализ мочи

3. колонофиброскопия

4. эзофагогастродуоденоскопия

5. клинический анализ крови

6. диагностический абдоминальный парацентез с цитологическим и биохимическим исследованием асцитической жидкости

Правильные ответы: УЗИ органов брюшной полости; общий анализ мочи; эзофагогастродуоденоскопия; клинический анализ крови; диагностический абдоминальный парацентез с цитологическим и биохимическим исследованием асцитической жидкости

Трансабдоминальное ультразвуковое исследование (УЗИ) позволяет изучить состояние печени, селезенки, билиарного тракта, поджелудочной железы, почек, оценить диаметр, просвет сосудов брюшной полости и кровоток по ним, выявить свободную жидкость в брюшной полости, в некоторых случаях — исключить хирургическую и гинекологическую патологию.

Клинические рекомендации Минздрава России. Цирроз и фиброз печени, 2021

(1)

Учитывая появление желтухи, потемнения мочи и осветление кала, свидетельствующие о развитии синдрома холестаза, для дифференциальной диагностики желтухи показано исследование общего анализа мочи.

Клинические рекомендации Минздрава России. Цирроз и фиброз печени, 2021

(1)

Эзофагогастродуоденоскопия является скрининговым методом диагностики, позволяющим выявить патологические изменения со стороны слизистой оболочки верхних отделов желудочно-кишечного тракта, оценить состояние Фатерова соска, портокавальных анастомозов в кардиоэзофагеальной зоне, наличие осложнений портальной гипертензии.

Клинические рекомендации Минздрава России. Цирроз и фиброз печени, 2021

(1)

Клинический анализ крови используется в дифференциальной диагностике видов желтухи, позволяет исключить наличие таких осложнений цирроза печени, как состоявшееся кровотечение из варикозно расширенных вен пищевода (признаки постгеморрагической железодефицитной анемии), гиперспленизм (панцитопения).

(1)

Первичное обращение к врачу пациента с асцитом является показанием к проведению диагностического абдоминального парацентеза с целью выявления его этиологии. Показатели цитологического и биохимического исследования асцитической жидкости в пределах референсных значений свидетельствуют о наличии портального асцита (транссудата в брюшной полости).

(1)

3. Результаты обследования

3.1. УЗИ органов брюшной полости

Размеры печени увеличены, толщина правой доли до 172 мм (норма до 140 мм), левой доли 90 мм (норма до 70 мм), структура диффузно неоднородна, мелкие участки повышенной эхогенности. Контуры неровные, четкие, местами уплотнены. Диаметр воротной вены составляет 16 мм (норма до 15 мм). Диаметр холедоха – 3 мм. Желчный пузырь не увеличен, размерами 20х70 мм, толщина стенки не увеличена – 2 мм; в полости конкрементов не выявлено. Размеры поджелудочной железы не увеличены: головка 25 мм, тело 11 мм, хвост 15 мм, контуры ровные, четкие, уплотнены, структура средней эхогенности, однородная. Вирсунгов проток не расширен (2 мм). Селезенка размерами 80х50 мм, площадь 70 см² (норма до 55 см²), контуры ровные, четкие, однородной структуры, диаметр селезеночной вены 9 мм (норма до 8 мм). В брюшной полости лоцируется свободная жидкость. Почки расположены в обычном месте, конкрементов нет, чашечно-лоханочная система не расширена.

3.2. Эзофагогастродуоденоскопия

Пищевод свободно проходим, слизистая его не изменена, вены нижней трети пищевода расширены с формированием единичных выступающих в просвет пищевода узлов. Розетка кардии смыкается полностью. Зубчатая линия на уровне пищеводного отверстия диафрагмы. В желудке умеренное количество слизи. Складки слизистой оболочки желудка обычного калибра, эластичные, слизистая антрального отдела желудка истончена, прослеживается сосудистый рисунок. Перистальтика во всех отделах прослеживается. Привратник свободно проходим. Луковица 12 перстной кишки не деформирована, слизистая её бледно-розового цвета. Большой дуоденальный сосочек расположен в типичном месте, не увеличен в размере. Заключение: варикозно расширенные вены пищевода II степени.

3.3. Диагностический абдоминальный парацентез с цитологическим и биохимическим исследованием асцитической жидкости

Показатель	Результат	Ед изм	Референсные значения
Белок	20	г/л	<25
Альбумин	17	г/л	-
ЛДГ	131	ед/л	<225
Лейкоциты (нейтрофилы)	165	клеток/мм ³	<250
Эритроциты	570	клеток/мм ³	<1000

Посев асцитической жидкости: рост микроорганизмов не обнаружен.

Диагностический абдоминальный парацентез с цитологическим и биохимическим исследованием асцитической жидкости

3.4. Клинический анализ крови

Показатель	Результат	Ед изм	Референсные значения
Лейкоциты/WBC	5,4	10 ⁹ /L	3,9-9,7
Эритроциты/RBC	4,01	10 ¹² /L	3,8-4,7
Гемоглобин/HGB	115	g/L	117-145
Тромбоциты/PLT	161	10 ⁹ /L	150-400
Гематокрит	40	%	40-48

СОЭ	30	mm/h	муж. – 2-10 жен. – 5-17
-----	-----------	------	----------------------------

Клинический анализ крови

3.5. Общий анализ мочи

Показатель	Результат	Ед изм	Референсные значения
Цвет	свет.-коричн.		оттенки желтого
Прозрачность	прозр.		прозрачная
Относительная плотность	1,026		1,002-1,035
pH мочи	6,0	ед	5,0-7,0
Белок	0,1	г/л	<0,140
Глюкоза	отсут.	ммоль/л	отсутствует
Кетоновые тела	отсут.		отсутствуют
Реакция на кровь	отрицат.		отрицательная
Билирубин	+		отсутствует
Уробилиноиды	отсут.	мг/л	0-5
Желчные кислоты	отсут.		отсутствует
Эпителий: плоский	0-1	в поле зр.	0-4
Лейкоциты	0-1	в поле зр.	0-3(муж.)-6 (жен.)
Эритроциты: неизменные		в поле зр.	0
измененные	0-1	в поле зр.	0-2
Цилиндры: гиалиновые	0-1	в поле зр.	0-1
Слизь	отсут.		отсутствует
Соли	отсут.		отсутствуют
Бактерии	отсут.		отсутствуют

Общий анализ мочи

3.6. Колонофиброскопия

Колоноскоп проведен в купол слепой кишки. Просвет толстой кишки сохранен на всем протяжении, складки обычной высоты. Слизистая оболочки толстой кишки во всех отделах гладкая, блестящая, розового цвета, сосудистый рисунок четкий, мелковетвистый, полипов, изъязвлений, контактной кровоточивости слизистой оболочки не выявлено.

2. Вопрос

Необходимыми для постановки диагноза методами лабораторной диагностики являются

- 1. серологическое исследование крови на антимитохондриальные антитела (АМА)**
- 2. исследование белковых фракций сыворотки крови**
- 3. коагулограмма**

4. фекальный кальпротектин

5. биохимическое исследование крови

6. серологическое исследование крови на маркеры вирусных гепатитов

Правильные ответы: серологическое исследование крови на антимитохондриальные антитела (АМА); исследование белковых фракций сыворотки крови; коагулограмма; биохимическое исследование крови; серологическое исследование крови на маркеры вирусных гепатитов

У взрослых больных с признаками хронического внутрипеченочного холестаза после инструментального обследования с целью выявления его причины следующим шагом является исследование антимитохондриальных антител (АМА) поскольку первичный билиарный цирроз — самая частая причина поражения мелких желчных протоков. Для постановки диагноза первичного билиарного цирроза требуется обнаружение повышенного уровня щелочной фосфатазы и наличие АМА в диагностическом титре $\geq 1:40$ или АМА-M2. В этом случае проведение биопсии печени не является обязательным.

Клинические рекомендации Российской гастроэнтерологической ассоциации и Российского общества по изучению печени по диагностике и лечению холестаза. В. Т. Ивашкин, Е. Н. Широкова, М. В. Маевская, Ч. С. Павлов, О. С. Шифрин, И. В. Маев, А. С. Трухманов

(1)

Исследование белковых фракций сыворотки крови позволяет выявить печеночно-клеточную недостаточность на основании оценки белково-синтетической функции печени, выявить некоторые патогенетические механизмы поражения печени.

Клинические рекомендации Минздрава России. Цирроз и фиброз печени, 2021

(1)

Коагулограмма позволяет выявить печеночно-клеточную недостаточность на основании оценки продукции факторов свертывания крови печенью. Значения показателей факторов свертывания крови используются в оценке степени тяжести цирроза печени (классификация степени тяжести цирроза печени по Чайлд-Пью).

Клинические рекомендации Минздрава России. Цирроз и фиброз печени, 2021

(1)

Биохимическое исследование крови является рутинным скрининговым исследованием, позволяющим выявить основные синдромы поражения печени и билиарного тракта по концентрации печеночных ферментов, оценить электролитный состав крови.

Клинические рекомендации Минздрава России. Цирроз и фиброз печени, 2021

(1)

Серологическое исследование крови на маркеры вирусных гепатитов позволяет исключить вирусную этиологию поражения печени.

Клинические рекомендации Минздрава России. Цирроз и фиброз печени, 2021

(1)

5. Результаты лабораторных методов обследования

5.1. Биохимическое исследование крови

Показатель	Результат	Ед изм	Референсные значения
Билирубин общий	57,7	мкмоль/л	1,4-18,8
Билирубин прямой	26,4	мкмоль/л	0,1-5,1
АСТ	121	Ед/л	5-37
АЛТ	130	Ед/л	5-40
ГГТП	208	Ед/л	10-60
ЩФ	231	Ед/л	26-117
Амилаза	36	Ед/л	5-57
Глюкоза	5,6	ммоль/л	3,7-6,3
ЛДГ	342	Ед/л	250-450
Креатинин	61	мкмоль/л	50-120
Мочевина	2,5	ммоль/л	1,7-8,3
Мочевая кислота	274	мкмоль/л	202,3-416,5
Холестерин	6,1	ммоль/л	2,5-6,2
Кальций	1,8	ммоль/л	2,25-2,68
Магний	0,90	ммоль/л	0,7-1,05
Железо	10,1	мкмоль/л	9,0-30,4
Натрий	137	ммоль/л	133-150
Калий	3,8	ммоль/л	3,3-5,5
Хлор	101	ммоль/л	96-108

Биохимическое исследование крови

5.2. Серологическое исследование крови на маркеры вирусных гепатитов

2 928
ИММУНОФЕРМЕНТНЫЙ АНАЛИЗ
МАРКЕРОВ ВИРУСНЫХ ГЕПАТИТОВ

Исследование	Результат	Оптическая плотность образца	Критическая величина (Cut-off)
Вирусный гепатит А			
Anti HAV IgM	Отрицательный		0.31
Вирусный гепатит В			
HBsAg	Отрицательный		0.07
Anti HBs Total	Отрицательный		0.25
Anti HBcore IgM	Отрицательный		0.21
Anti HBcore Total	Отрицательный		0.4
HBeAg	Отрицательный		0.22
Anti HBe IgG	Отрицательный		0.22
Вирусный гепатит С			
Anti HCV IgM	Отрицательный		0.3
Anti HCV Total	Отрицательный		0.2
Core	Отрицательный		0.214
Ns-3	Отрицательный		0.218
Ns-4	Отрицательный		0.212
Ns-5	Отрицательный		0.213
Вирусный гепатит D			
Anti HDV IgM	Отрицательный		0.26
Anti HDV Total	Отрицательный		0.4
Вирусный гепатит Е			
Anti HEV Ig G	Отрицательный		0.21
Вирусный гепатит G			
Anti HGV Ig G	Отрицательный		0.31

Серологическое исследование крови на маркеры вирусных гепатитов

5.3. Коагулограмма

Показатель	Результат	Ед изм	Референсные значения
Протромбиновый индекс	92	%	70-130
Тромбиновое время	18,4	сек	16-21
АЧТВ	35,2	сек	26-36
Концентрация фибриногена в плазме	3,1	г/л	1,8-3,5

Коагулограмма

5.4. Исследование белковых фракций сыворотки крови

Показатель	Результат	Ед изм	Референсные значения
Общий белок	78	г/л	62-81
Альбумин	32,2	г/л	37,5-50,1
альфа1 - глобулин	2,1	г/л	1,9-4,6
альфа2 - глобулин	8,9	г/л	4,8-10,5
бета-глобулин	10,6	г/л	4,8-11,0
гамма-глобулин	24,2	г/л	6,2-15,1

Исследование белковых фракций сыворотки крови

5.5. Серологическое исследование крови на антимитохондриальные антитела (АМА)

Показатель	Результат	Ед изм	Референсные значения
АМА-M2	15,7	ЕД/л	< 10 ЕД/л – отрицательный результат

Серологическое исследование крови на антимитохондриальные антитела (АМА)

3. Вопрос

Чтобы исключить первичную (абсолютную) экзокринную панкреатическую недостаточность, как причину изменения характера стула, необходимо провести

1. количественное определение содержания жира в кале
2. общий анализ кала (копрограмма)
3. исследование концентрации альфа-1-антитрипсина в кале

4. исследование активности эластазы-1 в кале

Правильный ответ: исследование активности эластазы-1 в кале

Эластаза-1 сохраняет относительную стабильность по сравнению с другими ферментами поджелудочной железы при прохождении по желудочно-кишечному тракту. Снижение содержания эластазы-1 в кале свидетельствует о первичной (абсолютной) экзокринной недостаточности поджелудочной железы.

Клинические рекомендации Минздрава России. Хронический панкреатит, 2020

(1)

7. Результаты обследования

7.1. Исследование активности эластазы-1 в кале

Показатель	Результат	Ед изм	Референсные значения
Эластаза-1	257	мкг/г кала	>200

Исследование активности эластазы-1 в кале

2. Диагноз

4. Вопрос

На основании данных обследования может быть поставлен диагноз

- 1. Основное заболевание: Первичный билиарный цирроз печени 4 стадии, класс С по Чайлд - Пью (10 баллов). Портальная гипертензия 2 стадии. + Осложнения: асцит, печеночная энцефалопатия 1 стадии. + Сопутствующие заболевания: Аутоиммунный тиреоидит, эутиреоидное состояние**
- Основное заболевание: Первичный билиарный цирроз печени 3 стадии, класс А по Чайлд - Пью (5 баллов). Портальная гипертензия 1 стадии. + Сопутствующие заболевания: Аутоиммунный тиреоидит, эутиреоидное состояние
- Основное заболевание: Криптогенный цирроз печени, класс С по Чайлд - Пью (10 баллов). Портальная гипертензия 2 стадии. Осложнения: асцит, печеночная энцефалопатия 1 стадии. + Сопутствующие заболевания: Аутоиммунный тиреоидит, эутиреоидное состояние
- Основное заболевание: Неалкогольная жировая болезнь печени: хронический стеатогепатит, умеренной степени активности с интралобулярным холестазом. + Сопутствующие заболевания: Дисбиоз кишечника. Аутоиммунный тиреоидит, эутиреоидное состояние

Правильный ответ: Основное заболевание: Первичный билиарный цирроз печени 4 стадии, класс С по Чайлд - Пью (10 баллов). Портальная гипертензия 2 стадии. + Осложнения: асцит, печеночная энцефалопатия 1 стадии. + Сопутствующие заболевания: Аутоиммунный тиреоидит, эутиреоидное состояние

Диагноз первичного билиарного цирроза печени 4 стадии (стадии цирроза печени) поставлен на основании наличия у пациента проявлений астеновегетативного синдрома (повышенная утомляемость, слабость), билиарной недостаточности (повышенное газообразование, неоформленный (кашицеобразный) стул до 3 раз в день, стеаторея), тянущих болей в правом подреберье, кожного зуда, данных осмотра (пальмарная эритема), гепатомегалии (при осмотре и по данным УЗИ органов брюшной полости), синдрома портальной гипертензии (спленомегалия при осмотре и по данным УЗИ органов брюшной полости, увеличение диаметра воротной и селезеночной вены по данным УЗИ органов брюшной полости, варикозно расширенные вены пищевода при ЭГДС), осложнений портальной гипертензии – асцита (при осмотре и по данным УЗИ органов брюшной полости, диагностического абдоминального парацентеза), печеночной энцефалопатии 1 стадии (нарушения сна, заторможенности при осмотре), синдрома холестаза (по данным биохимического исследования крови), выявления диагностического титра антимитохондриальных антител.

Степень тяжести цирроза печени оценивалась согласно классификации Чайлд -Пью (10 баллов).

Этиология цирроза печени определена на основании жалоб на кожный зуд, дебюта заболевания у женщины в возрасте старше 50 лет, сочетания с другим аутоиммунным заболеванием (аутоиммунный тиреоидит), данных осмотра (ксантелазмы на веках), синдрома холестаза при незначительно выраженном синдроме цитолиза (по данным биохимического исследования крови), гипергаммаглобулинемии, выявления диагностического титра антимитохондриальных антител.

Клинические рекомендации Российской гастроэнтерологической ассоциации и Российского общества по изучению печени по диагностике и лечению холестаза. В. Т. Ивашкин, Е. Н. Широкова, М. В. Маевская, Ч. С. Павлов, О. С. Шифрин, И. В. Маев, А. С. Трухманов

9. Диагноз

9.1. Основное заболевание: Первичный билиарный цирроз печени 4 стадии, класс С по Чайлд – Пью (10 баллов). Портальная гипертензия 2 стадии. Осложнения: асцит, печеночная энцефалопатия 1 стадии. Сопутствующие заболевания: Аутоиммунный тиреоидит, эутиреоидное состояние

5. Вопрос

Выявленное в биохимическом анализе крови повышение уровня аминотрансфераз (АЛТ, АСТ) характерно для синдрома

1. цитолиза

2. печеночно-клеточной недостаточности
3. холестаза
4. иммунного воспаления

Правильный ответ: цитолиза

Выявленное в биохимическом анализе крови трехкратное повышение уровня аспарагиновой аминотрансферазы (АСТ) и аланиновой аминотрансферазы (АЛТ) характерно для синдрома цитолиза умеренной степени активности (повышения трансаминаз от 2 до 5 норм).

Гастроэнтерология. Национальное руководство / под ред. В. Т. Ивашкина, Т. Л. Лапиной - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2018. - 464 с. - ISBN 978-5-9704-4406-1

(1)

6. Вопрос

Выявленное в биохимическом анализе крови повышение уровня гамма-глутамилтранспептидазы и щелочной фосфатазы характерно для синдрома

1. печеночно-клеточной недостаточности
2. цитолиза
3. иммунного воспаления

4. холестаза

Правильный ответ: холестаза

Диагностическими критериями холестаза принято считать повышение уровня ЩФ в 1,5 раза от верхней границы нормы и уровня ГГТП в 3 раза от верхней границы нормы. Выявленное в биохимическом анализе крови 3,5-кратное повышение уровня гамма-глутамилтранспептидазы (ГГТП) и двухкратное повышение уровня щелочной фосфатазы (ЩФ), а также конъюгированная гипербилирубинемия, является характерным для внутриспечёночного холестаза.

Гастроэнтерология. Национальное руководство / под ред. В. Т. Ивашкина, Т. Л. Лапиной - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2018. - 464 с. - ISBN 978-5-9704-4406-1

(1)

3. Лечение

7. Вопрос

Препаратом выбора консервативной терапии данного заболевания является

1. силимарин
2. колхицин
3. будесонид

4. урсодезоксихолевая кислота

Правильный ответ: урсодезоксихолевая кислота

Пациентам с первичным билиарным циррозом печени, включая больных с бессимптомным течением заболевания, показана длительная (или пожизненная) терапия урсодезоксихолевой кислотой из расчета 13–15 мг/ кг/день. Длительный прием урсодезоксихолевой кислоты улучшает лабораторные показатели и несколько снижает выраженность клинических проявлений заболевания, однако не оказывает существенного влияния на продолжительность жизни больных.

Клинические рекомендации Российской гастроэнтерологической ассоциации и Российского общества по изучению печени по диагностике и лечению холестаза. В. Т. Ивашкин, Е. Н. Широкова, М. В. Маевская, Ч. С. Павлов, О. С. Шифрин, И. В. Маев, А. С. Трухманов

(1)

8. Вопрос

С целью купирования кожного зуда при данном заболевании используют

1. активированный уголь
2. лактулозу
3. октаэдрический смектит

4. рифампицин

Правильный ответ: рифампицин

Рифампицин относится к препаратам второго ряда при лечении кожного зуда у больных первичным билиарным циррозом печени. Применение препарата при кожном зуде связано с индукцией ферментов микросомального окисления, уменьшающих содержание пуриногенов в кровотоке.

Клинические рекомендации Российской гастроэнтерологической ассоциации и Российского общества по изучению печени по диагностике и лечению холестаза. В. Т. Ивашкин, Е. Н. Широкова, М. В. Маевская, Ч. С. Павлов, О. С. Шифрин, И. В. Маев, А. С. Трухманов

(1)

9. Вопрос

Консервативная терапия ненапряженного асцита при данном заболевании включает назначение спиронолактона в начальной дозе + _____ + мг/сутки

1. 400
2. 300
3. 100
4. 500

Правильный ответ: 100

Рекомендовано в дополнение к бессолевой диете назначать калийсберегающий диуретик, антагонист альдостерона - (спиронолактон в начальной дозировке 100 мг/сутки пациентам с ЦП и впервые возникшим умеренным асцитом.

Клинические рекомендации Минздрава России. Цирроз и фиброз печени, 2021

(1)

10. Вопрос

Для купирования болей в крупных суставах пациентке показано назначение

1. холекальциферола (витамин D3) и препаратов кальция
2. нестероидных противовоспалительных препаратов

3. курсовой физиотерапии на пораженные суставы

4. хондропротекторов

Правильный ответ: холекальциферола (витамин D3) и препаратов кальция

Развивающиеся у больных ПБЦ явления билиарной недостаточности, сопровождающиеся нарушением всасывания жирорастворимых витаминов (в том числе витамина D) и кальция, приводят к появлению одного из внепеченочных проявлений заболевания – остеопорозу, с которым по всей видимости связаны тянущие боли в крупных суставах у пациентки. У всех пациентов с холестатическими заболеваниями печени показано применение кальция (1000–1200 мг/сутки) и витамина D (400–800 МЕ/ сутки).

Клинические рекомендации Российской гастроэнтерологической ассоциации и Российского общества по изучению печени по диагностике и лечению холестаза. В. Т. Ивашкин, Е. Н. Широкова, М. В. Маевская, Ч. С. Павлов, О. С. Шифрин, И. В. Маев, А. С. Трухманов

(1)

11. Вопрос

С целью усиления метаболизма аммиака при лечении печеночной энцефалопатии назначают

1. неомидин
2. рифаксимин
3. лактулозу

4. L-орнитин-L-аспартат

Правильный ответ: L-орнитин-L-аспартат

Орнитин и аспартат играют основную роль в превращении аммиака в мочевины. Орнитин служит стимулятором для одного из основных ферментов в цикле мочевины; аспартат также включается в цикл превращения аммиака и служит субстратом для синтеза глутамина. Таким образом, прием L-орнитин-L-аспартата усиливает метаболизм аммиака, что способствует уменьшению клинических проявлений печеночной энцефалопатии.

Клинические рекомендации Минздрава России. Цирроз и фиброз печени, 2021

(1)

12. Вопрос

Оптимальная тактика ведения при резистентном асците и других осложнениях терминальной стадии данного заболевания предполагает

1. эндоскопическую склеротерапию варикозно расширенных вен

2. трансплантацию печени

3. наложение трансъюгулярного портосистемного шунта
4. повторный абдоминальный парацентез

Правильный ответ: трансплантацию печени

Трансплантация печени должна обязательно рассматриваться в терминальной стадии ПБЦ, когда уровень билирубина превышает 103 мкмоль/л либо имеет место декомпенсированный цирроз печени с неприемлемым качеством жизни или возможной смертью в течение года вследствие резистентного асцита и спонтанного бактериального перитонита, рецидивирующих кровотечений из варикозно-расширенных вен пищевода, энцефалопатии либо гепатоцеллюлярной карциномы.

Клинические рекомендации Минздрава России. Цирроз и фиброз печени, 2021

(1)

Классификация степени тяжести цирроза печени по Child-Pugh (Чайлд-Пью)

Параметр	Баллы		
	1	2	3
Асцит	Нет	Умеренно выраженный, легко поддается лечению	Значительно выраженный, плохо поддается лечению
Энцефалопатия	Нет	Легкая	Тяжелая
Билирубин, мг% (мкмоль/л)	<2 (<34)	2-3 (34-51)	>3 (>51)
Альбумин, г% (г)	>35	28-35	<28
Протромбиновое время (с) или ПТИ в % (увеличение)	>60	40-60	<40
Питание	Хорошее	Среднее	Сниженное (истощение)
Сумма баллов по всем признакам:	Класс по Child-Pugh		
5-6 (компенсация)	А		
7-9 (субкомпенсация)	В		
10-15 (декомпенсация)	С		

Justification