

Методические указания к самостоятельной работе по теме: «Ревматические заболевания, эндокринная патология у пожилых»

Цель: закрепить знания по диагностике и лечению ревматических и эндокринных заболеваний у пациентов пожилого возраста.

Задачи: рассмотреть особенности этиологии и патогенеза ревматических заболеваний у пациентов пожилого возраста, особенности диагностики и лечения таких заболеваний

рассмотреть особенности этиологии и патогенеза эндокринных заболеваний у пациентов пожилого возраста, особенности диагностики и лечения таких заболеваний

Средства и методы обучения: обсуждение теории, решение ситуационных задач, подготовка докладов и рефератов

Иметь представление об особенностях физиологии эндокринной системы, ревматических поражениях органов опоры и движения

Ординатор должен знать:

1. Симптоматику эндокринных заболеваний
2. Симптоматику ревматических заболеваний
3. Особенности этиологии и патогенеза эндокринных заболеваний, связанные с возрастом пациента
4. Особенности этиологии и патогенеза ревматических заболеваний, связанные с возрастом пациента
5. Современные методы исследования эндокринной системы, применимые в отношении пациентов пожилого возраста
6. Современные методы диагностики ревматических заболеваний
7. алгоритмом постановки диагноза при заболеваниях эндокринной системы
8. алгоритмом постановки диагноза при ревматических заболеваниях
9. Современные методы лечения эндокринных заболеваний, применимые в отношении пациентов пожилого возраста
10. Современные методы лечения ревматических заболеваний, применимые в отношении пациентов пожилого возраста

Ординатор должен уметь:

уметь оказывать квалифицированную терапевтическую помощь лицам пожилого и старческого возраста при распространенных заболеваниях эндокринной системы и при ревматических заболеваниях, проводить основные врачебные лечебно-диагностические мероприятия, оказывать первую врачебную помощь населению старших возрастных групп при заболеваниях и неотложных состояниях, а также соблюдать требования этики и медицинской деонтологии при проведении среди населения старших возрастов профилактических и лечебно-диагностических мероприятий в амбулаторно-поликлинических и стационарных условиях.

Ординатор должен владеть:

▪ сложными врачебными манипуляциями терапевтического профиля и проводить основные врачебные лечебно-диагностические мероприятия, оказывать первую

врачебную помощь населению старших возрастных групп при заболеваниях эндокринной системы и ревматических заболеваниях (сбор анамнеза и обследование больного при заболеваниях эндокринной системы и ревматических заболеваниях, трактовка анализов крови, анализов ферментов, гормонов, антител сыворотки крови, анализов мочи, трактовка анализов биологических жидкостей, определение показаний к проведению и оценка результатов рентгенологических исследований суставов)

▪ медикаментозными и немедикаментозными методами лечения при заболеваниях эндокринной системы и ревматических заболеваниях, диетотерапией при заболеваниях эндокринной системы и ревматических заболеваниях, современными методами фармакотерапии при заболеваниях эндокринной системы и ревматических заболеваниях, современными методами профилактики и реабилитации при заболеваниях эндокринной системы и ревматических заболеваниях,

▪ а также соблюдать требования этики и медицинской деонтологии при проведении среди населения старших возрастов профилактических и лечебно-диагностических мероприятий в амбулаторно-поликлинических и стационарных условиях.

Учебно-тематический план темы:

Самостоятельная работа– 1 час

Всего- 1 час

Перечень вопросов:

1. Симптоматика эндокринных заболеваний
2. Симптоматика ревматических заболеваний
3. Особенности этиологии и патогенеза эндокринных заболеваний, связанные с возрастом пациента
4. Особенности этиологии и патогенеза ревматических заболеваний, связанные с возрастом пациента
5. Современные методы исследования эндокринной системы, применимые в отношении пациентов пожилого возраста
6. Современные методы диагностики ревматических заболеваний
7. Современные методы лечения эндокринных заболеваний, применимые в отношении пациентов пожилого возраста
8. Современные методы лечения ревматических заболеваний, применимые в отношении пациентов пожилого возраста

Самостоятельная работа

Формы самостоятельной работы и контроля

Вид работы	Контроль выполнения работы
Подготовка к аудиторным занятиям (проработка учебного материала по конспектам лекций и учебной литературе)	Собеседование
Работа с учебной и научной литературой	Собеседование
Самостоятельная проработка отдельных тем учебной	Тестирование

дисциплины в соответствии с учебным планом	
Подготовка и написание рефератов, докладов на заданные темы	Проверка рефератов, докладов

Основные темы рефератов:

1. Подагра- этиология и методы лечения
2. Болезнь Рейтера
3. Сахарный диабет у пожилых
4. Гипотиреоз у пожилых, влияние на качество жизни

Основные темы докладов:

1. Антинуклеарные антитела- роль в диагностике ревматических заболеваний
2. Диета при эндокринных заболеваниях у пожилых

Фонд оценочных средств:

Тесты

ПК-5

1. К нервным регуляторам эндокринной системы относится:

- А) ацетилхолин;
- Б) вазопрессин;
- В) норадреналин;**
- Г) кортизол;
- Д) инсулин.

ПК-5

2. К нейрокринным регуляторам эндокринной системы относятся:

- А) тиреоидные гормоны;
- Б) катехоламины;
- В) либерины;**
- Г) простагландины;
- Д) аминокислоты.

ПК-5

3. Паракринное действие оказывает следующий гормон:

- А) эстрадиол;
- Б) тестостерон;
- В) глюкагон;**
- Г) тироксин;
- Д) ингибин.

ПК-5

4. Гормоном, не имеющим клинического значения, является:

- А) эстроген;
- Б) тироксин;
- В) паратиреоидный;
- Г) инсулин;
- Д) гастрин.**

ПК-5

5. Избыточное содержание гормонов в крови обусловлено:

- А) чрезмерной физической нагрузкой;
- Б) травмой;
- В) вирусной инфекцией;
- Г) аутоиммунным поражением;**
- Д) оперативным лечением.

ПК-5

6. Гиперандрогения в постменопаузе выявляется у женщин при:

- А) низкой массе тела;
- Б) заболеваниях надпочечников;
- В) инсулинрезистентности;**
- Г) сахарном диабете I типа;
- Д) раке яичников.

ПК-5

7. Продукция аномальных гормонов обусловлена:

- А) опухолью неэндокринных тканей;**
- Б) взаимодействием других гормонов с рецепторами;
- В) воспалительными заболеваниями эндокринных желез;
- Г) заболеваниями внутренних органов;
- Д) угасанием функции эндокринных желез.

ПК-5

8. Тяжелое течение урогенитального синдрома в постменопаузе при сахарном диабете II типа обусловлено:

- А) кетоацидозом;
- Б) сахароснижающей терапией;
- В) диабетической висцеральной нейропатией;**
- Г) нарушением связочного аппарата уретры;
- Д) антибактериальной терапией

ПК-5

9. Ожирение у женщин старше 50 лет вызывает следующие заболевания:

- А) рак органов репродуктивной системы**
- Б) гипотиреоз;
- В) гипокортицизм;
- Г) пиелонефрит;
- Д) панкреатит.

ПК-5

10. Основной причиной сахарного диабета в пожилом возрасте является:

- А) наследственная неполноценность панкреатических островков;
- Б) вирусное поражение панкреатических островков;
- В) гормонально-активные опухоли гипофиза;
- Г) воспалительные заболевания головного мозга;
- Д) заболевания поджелудочной железы.**

ПК-5

11. При оценке компенсации сахарного диабета наиболее ин-

формативным показателем является:

- А) уровень гликемии в течение суток;
- Б) показатель глюкозурии в течение суток;
- В) уровень гликемии натощак;
- Г) показатель гликозилированного гемоглобина;** Д) степень нарушения толерантности к глюкозе.

ПК-5

12. Факторы, влияющие на результаты теста толерантности к глюкозе - это:

- А) диета;
- Б) заболевания желудка и кишечника;
- В) болезни соединительной ткани;
- Г) тиазидовые диуретики;
- Д) эндокринные заболевания.**

ПК-6

13. Препаратом выбора для сахароснижающей терапии при поражении почек у больных сахарным диабетом является:

- А) бетаназ;
- Б) минедаб;
- В) глюренорм;**
- Г) манинил;
- Д) глинизид.

ПК-5

14. Функциональное состояние щитовидной железы оценивается при:

- А) определении уровня тиреоглобулина;
- Б) определении уровня кальцитонина;
- В) определении уровня экскреции йода с мочой;
- Г) определении уровня Т3, Т4, ТТГ;**
- Д) HLA-типировании.

ПК-5

15. К признакам диффузного токсического зоба у пожилых относятся:

- А) повышение продукции тиреоидных гормонов;
- Б) диффузное увеличение щитовидной железы;
- В) быстрое развитие недостаточности кровообращения;**
- Г) устойчивая брадикардия;
- Д) эндокринная офтальмопатия.

ПК-5

16. Клиническими проявлениями гипотиреоза у пожилых являются:

- А) тахикардия;
- Б) выпадение волос, ломкость ногтей;**
- В) дискинезия желчных путей;
- Г) ожирение;
- Д) снижение когнитивных функций.

ПК-6

17. При лечении гипотиреоза у пожилых целесообразно применять:

- А) йодактива;

- Б) антиструмина;
- В) L- тироксина;**
- Г) йодида калия;
- Д) мерказолила.

ПК-5

18. Хронические неспецифические тиреоидиты возникают при следующем заболевании:

- А) туберкулезе;
- Б) амилоидозе;
- В) системной красной волчанке;**
- Г) лимфогранулематозе;
- Д) актиномикозе.

ПК-5

19. В большинстве случаев аутоиммунный тиреоидит манифестирует в возрасте:

- А) до 18 лет;
- Б) от 18 до 30 лет;
- В) от 30 до 60 лет;**
- Г) от 60 до 80 лет;
- Д) старше 80 лет.

ПК-5

20. Тиреотоксическая аденома чаще всего характеризуется:

- А) наличием зоба;**
- Б) отсутствием зоба;
- В) тахикардией;
- Г) отсутствием жалоб пациента;
- Д) жидким стулом.

ПК-5

21. Тиреотоксическая аденома является:

- А) аутоиммунным заболеванием;
- Б) функциональной автономией щитовидной железы;**
- В) раком щитовидной железы;
- Г) диффузно-узловым зобом;
- Д) врожденной патологией щитовидной железы.

ПК-5

22. Первым клиническим проявлением рака щитовидной железы является:

- А) узловой эутиреоидный зоб;**
- Б) парез возвратного нерва;
- В) увеличение шейных лимфоузлов;
- Г) диффузное увеличение щитовидной железы;
- Д) узловой гипертиреоидный зоб.

ПК-5

23. Частота рака щитовидной железы с возрастом:

- А) увеличивается у обоих полов;
- Б) увеличивается у мужчин и уменьшается у женщин;**
- В) увеличивается у женщин и уменьшается у мужчин;

- Г) увеличивается у мужчин;
- Д) увеличивается у женщин.

ПК-5

24. Симптомы гипокалиемии характерны для:
- А) **первичного гиперальдостеронизма;**
 - Б) феохромоцитомы;
 - В) синдрома Кушинга;
 - Г) Аддисоновой болезни;
 - Д) синдрома Нельсона.

ПК-5

25. В топической диагностике феохромоцитомы определяющим является:
- А) сцинтиграфия с холестерином,
 - Б) УЗИ;
 - В) сцинтиграфия с ¹³¹I- метайодбензилизанидином;
 - Г) **ангиографическое исследование;**
 - Д) пункционная биопсия.

ПК-5

26. Причиной, приводящей к гиперальдостеронизму является:
- А) избыточная секреция альдостерона;
 - Б) гиперкалиурия;
 - В) **гипокалиемия;**
 - Г) гипохлоремический алкалоз;
 - Д) недостаток ТТГ.

ПК-5

27. Наиболее информативным методом для выявления альдостеронпродуцирующей аденомы является:
- А) компьютерная томография;
 - Б) магнитно-резонансная томография;
 - В) исследование венозной системы;
 - Г) радионуклеидный тест с NP-59;
 - Д) **маршевая проба.**

ПК-5

28. Гормонально-неактивные опухоли надпочечников обозначаются как:
- А) случайно обнаруженные объемные образования;
 - Б) **инсиденталомы;**
 - В) кортикостеромы;
 - Г) альдостеромы;
 - Д) кортикоэстромы.

ПК-5

29. Обязательным исследованием при установлении инсиденталомы является:
- А) **определение уровня калия;**
 - Б) иммуногистохимическое;
 - В) пункционная биопсия;
 - Г) компьютерная томография и магнитно-резонансная томография
 - Д) УЗИ.

ПК-5

30. *Феминизирующей опухолью у мужчин является:*

- А) андростерома;*
- Б) злокачественная кортикоэстрома;*
- В) синдром феминизации;*
- Г) надпочечниковая недостаточность;*
- Д) злокачественная андростерома.*

Контрольные вопросы

1. Симптоматика эндокринных заболеваний ПК-5
2. Симптоматика ревматических заболеваний ПК-5
3. Особенности этиологии и патогенеза эндокринных заболеваний, связанные с возрастом пациента ПК-5
4. Особенности этиологии и патогенеза ревматических заболеваний, связанные с возрастом пациента ПК-5
5. Современные методы исследования эндокринной системы, применимые в отношении пациентов пожилого возраста ПК-5
6. Современные методы диагностики ревматических заболеваний ПК-5
7. Современные методы лечения эндокринных заболеваний, применимые в отношении пациентов пожилого возраста ПК-6
8. Современные методы лечения ревматических заболеваний, применимые в отношении пациентов пожилого возраста ПК-6

Ситуационные задачи

ПК-5,ПК-6

ЗАДАЧА N 1

Больная К., 62 лет, жалуется на одышку при незначительной физической нагрузке, чувство тяжести в правом подреберье, увеличение размеров живота, отеки ног. Около 15 лет назад перенесла полиартрит. Два года назад появилась мерцательная аритмия. Изредка отмечается кровохарканье.

Объективно: акроцианоз, “митральная бабочка”, положительный венный пульс на шее, эпигастральная пульсация. Дыхание жесткое, в задне-нижних отделах легких выслушиваются незвучные мелкопузырчатые хрипы. ЧДД - 22 в мин. Пульс слабого наполнения и напряжения, аритмичный, 82 в мин. Дефицита пульса нет. Правая граница сердца на 2 см кнаружи от правого края грудины, верхняя во 2 межреберье, левая по левой срединно-ключичной линии. 1 тон на верхушке усилен, выслушивается ритм перепела, 2 тон на легочной артерии акцентирован, на верхушке выслушивается диастолический шум. У основания мечевидного отростка выслушивается систолический шум с усилением на вдохе. АД - 110/90 мм рт. ст. Живот умеренно увеличен в размере за счет асцита и увеличенной печени, которая выступает на 6 см из-под реберной дуги, плотная, болезненная, отмечается систолическая пульсация. Отеки ног.

1. Установить предварительный диагноз.

2. Наметить план дополнительного обследования.
3. Провести дифференциальную диагностику.
4. Определить тактику лечения.

РЕЗУЛЬТАТЫ ДОПОЛНИТЕЛЬНОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ К ЗАДАЧЕ N 1

1. Анализ крови: $4,3 \times 10^9$ /л, СОЭ - 16 мм/час, СРБ - (-), эр. - $4,7 \times 10^{12}$ /л, ДФА - 220 ед., фибриноген - 250 мг%, альбумины - 56%, альфа-1-глобулины - 4%, альфа-2-глобулины - 7%, бета-глобулины - 12%, гамма-глобулины - 19%, АСЛ-О - 220 ед.
2. ЭКГ - прилагается.
3. ФКГ: изменение амплитуды 1 и 2 тонов, наличие дополнительного тона, диастолический шум на верхушке и в точке Боткина, систолический шум у основания мечевидного отростка.
4. ЭХО-КГ: уменьшение площади левого аV отверстия. Створки МК - П-образной формы; задняя подтянута. Отмечается расширение полости левого предсердия и правого желудочка + правого предсердия. В "Д" режиме увеличение скорости МК (стенотический поток); на ТК регургитация в полость правого предсердия при закрытом ТК.
5. Рентгенограмма - прилагается.

ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ К ЗАДАЧЕ N 1

1. Предварительный диагноз: ревматизм. Неактивная фаза. Порок сердца: митральный стеноз, относительная недостаточность трикуспидального клапана. Мерцательная аритмия, нормосистолическая форма. НК 2Б.
2. Дополнительное обследование: анализы крови: клинический, белковые фракции сыворотки крови, ДФА, АСЛ-О, СРБ, фибриноген, ЭКГ, ФКГ, ЭХО-КГ, рентгенологическое исследование органов грудной клетки.
3. Дифференциальная диагностика должна проводиться с другими приобретенными пороками сердца, врожденными пороками, кардиомиопатиями, миокардитами.
4. Тактика лечения: с целью устранения сердечной недостаточности и сохранения нормальной частоты сердечных сокращений следует применить сердечные гликозиды, диуретики, ингибиторы АПФ, препараты калия.

ПК-5, ПК-6

ЗАДАЧА N 2

Больная Б., 67 лет, предъявляет жалобы на общую слабость, головокружение, мелькание «мушек» перед глазами, отечность лица по утрам, сухость во рту, жажду (выпивает за сутки до 3 литров жидкости), учащенное мочеиспускание (за ночь до 4-5 раз).

Считает себя больной в течение года, когда стала ощущать общую слабость, головокружение, мелькание «мушек» перед глазами после физических нагрузок, психоэмоционального перенапряжения. При обращении к врачу отмечались высокие цифры артериального давления (170-180/95-100 мм рт.ст.). Лечилась амбулаторно с диагнозом «гипертоническая болезнь». Последнее ухудшение самочувствия - в течение 3 недель: более выраженными стали слабость и головокружение. Жажду и сухость во рту отмечает в течение многих лет, не придавала им значения., к врачу не обращалась.

Объективно: состояние ближе к удовлетворительному. Положение активное. Сознание ясное. Удовлетворительного питания. Кожные покровы бледные, суховаты. Отечность

лица. Тоны сердца приглушены, акцент II тона над аортой. Ритм правильный. Пульс - 64 в минуту. АД - 190\115 мм рт.ст. Левая граница сердца - на 2 см снаружи от левой срединно-ключичной линии. Дыхание везикулярное, хрипов нет, ЧДД - 16 в минуту. Перкуторно - ясный легочный звук. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Печень - по краю реберной дуги. Стул не нарушен. Мочеиспускание свободное, безболезненное, учащено. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон.

ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ МЕТОДЫ ОБСЛЕДОВАНИЯ К ЗАДАЧЕ N 2

Ан. крови общий: эритроциты - $3,5 \times 10^{12}$ /л, цветной показатель - 0,9, лейкоциты - $6,8 \times 10^9$ /л, палочкоядерные - 3%, сегментоядерные - 53%, лимфоциты - 24%, моноциты - 10%, СОЭ - 7 мм/час.

1. Ан. мочи общий: желтая, кислая, уд. вес - 1028, белок - 0,99 г\л, сахар (+), эр. - 0-1 в поле зрения, лейкоциты - 1-2 в поле зрения, цилиндры - нет.
2. Суточный диурез - 3 литра.
3. Клубочковая фильтрация - 75 мл\час, канальцевая реабсорбция 93%.
4. Общий билирубин - 18 ммоль/л. Холестерин - 9,0 ммоль/л, АСТ - 26 ед (норма - 65 ед), АЛТ - 12 ед (норма - 45). Креатинин - 0,09 мкмоль\л. Мочевина - 8,0 ммоль\л.
5. Сахар крови - 8,3 ммоль\л, через день - 9,4 ммоль\л.
6. ЭКГ: синусовый ритм, гипертрофия левого желудочка.
7. Осмотр окулиста: вены извиты, четкообразны, микроаневризмы, большое количество геморрагий, свежих и старых. Симптом Salus - II.

1. Установить предварительный диагноз.
2. Наметить план дополнительного обследования.
4. Провести дифференциальную диагностику
5. Определить тактику лечения.

ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ К ЗАДАЧЕ N 2

1. Основное заболевание: Сахарный диабет II типа (инсулиннезависимый), впервые выявленный, в стадии субкомпенсации.
Осложнения: Диабетическая нефропатия 2 ст.
Ренопаренхиматозная артериальная гипертензия. Диабетическая и гипертоническая ретинопатия, 2 стадия (препролиферативная).
2. Обследование:
 - 1) Анализ крови общий
 - 2) Анализ мочи общий
 - 3) Анализ крови на сахар, при необходимости - глюкозотолерантный тест, глюкозурический профиль.
 - 4) ЭКГ, ПКГ
 - 5) холестерин, триглицериды, ЛПНП, ЛПВП, креатинин, мочевина, проба Реберга.
 - 6) электролиты крови: калий, натрий, хлор.
 - 7) УЗИ внутренних органов
 - 8) УЗИ сердца

- 9) Консультация окулиста
10) Консультация невропатолога
3. Диф. диагностика с сахарным диабетом 1 типа, гипертонической болезни с симптоматической артериальной гипертензией.
 4. Лечение сахарного диабета (диета, сахароснижающие препараты - производные сульфанилмочевины и бигуаниды), лечение гипертензии - ингибиторы АПФ, антагонисты кальция.

ПК-5,ПК-6

З А Д А Ч А Н 3

Больной Д., 64 лет, поступил в стационар с жалобами на одышку, возникающую при ходьбе на 100 метров, подъеме на 1 пролет лестницы, сопровождающуюся легким головокружением, проходящую после остановки; боли в икроножных мышцах при быстрой ходьбе; сухость во рту, учащенное мочеиспускание (за ночь - 3-4 раза). Жажду и сухость во рту отмечает в течение последних 8 лет, внимания этому не придавал, к врачам не обращался. Одышка появилась полгода назад, интенсивность ее постепенно нарастала, что заставило обратиться к врачу.

Объективно: состояние удовлетворительное, сознание ясное, положение активное.

Повышенного питания: вес 92 кг при росте 168 см. Кожные покровы обычного цвета и влажности. Тоны сердца ритмичные, приглушены, систолический шум на верхушке, проводящийся в подмышечную область. Левая граница сердца - на 1,5 см кнаружи от левой срединно-ключичной линии. Пульс - 84 в минуту. АД - 140/80 мм рт.ст. Дыхание везикулярное, в нижних отделах легких небольшое количество влажных мелкопузырчатых незвучных хрипов. ЧДД - 26 в минуту. Язык суховат, не обложен. Живот мягкий, безболезненный. Печень выступает из-под края реберной дуги на 1,5 см, край плотно-эластичный, безболезненный. Стул не нарушен. Пульсация на артериях тыла стопы резко ослаблена.

ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ МЕТОДЫ ОБСЛЕДОВАНИЯ К ЗАДАЧЕ Н 3

1. Общий анализ крови - без особенностей.
2. Анализ мочи общий: светло-желтая, кислая, уд. вес. - 1027, белок - нет, сахар - качественная реакция положительная, лейкоциты - 2-3 в поле зрения.
3. Сахар крови - 5,9 ммоль\л. ПТИ - 90%. Мочевина - 5,4 ммоль\л. Билирубин общий - 15,6 ммоль.л. АСТ- 34 ед (норма - 65), АЛТ - 28 ед (норма - 45). Холестерин - 8 ммоль\л.
4. ЭКГ: синусовый ритм, комплекс QS в отведениях II, III, aVF. Сегмент ST на изолинии, зубец T положительный во всех отведениях.
5. Осмотр окулиста: диски зрительных нервов четкие, розовые. Выраженный склероз артерий сетчатки. Вены извиты, единичные микроаневризмы.

Сахарная кривая: натощак - 6 ммоль\л, через час после нагрузки 75 г глюкозы - 12,6 ммоль\л, через 2 часа - 11,8 ммоль\л.

1. Установить предварительный диагноз.
2. Наметить план дополнительного обследования.

3. Провести дифференциальную диагностику.

Определить тактику лечения.

ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ К ЗАДАЧЕ N 3

1. Диагноз: Основной: Сахарный диабет II типа, впервые выявленный.
Осложнение: ИБС: перенесенный трансмуральный инфаркт миокарда задней стенки левого желудочка. НК- II-Б ст. Атеросклероз сосудов ног. Диабетическая ретинопатия II ст.
Сопутствующее: Ожирение III ст.
2. Диагностика:
 - 1) общий анализ крови
 - 2) общий анализ мочи
 - 3) Анализ крови на сахар, при необходимости - глюкозотолерантный тест, глюкозурический профиль.
 - 4) ЭКГ, ПКГ
 - 5) холестерин, триглицериды, ЛПНП, ЛПВП.
 - 6) электролиты крови: калий, натрий, хлор, медь.
 - 7) УЗИ внутренних органов
 - 8) УЗИ сердца
 - 9) ВЭМ
 - 10) Консультация окулиста
3. Дифференциальная диагностика с сахарным диабетом I типа, между ИБС и диабетической миокардиодистрофией, ожирение различного генеза (алиментарное, церебральное, при болезни Иценко-Кушинга).
4. Лечение сахарного диабета (диета, сахароснижающие препараты - производные сульфанилмочевины и бигуаниды), лечение ИБС и коррекция НК - нитраты, ингибиторы АПФ, антиагреганты, гиполипидемические средства.

ПК-5,ПК-6

З А Д А Ч А 4

Больная А., 68 лет

При поступлении жалобы на периодические боли в суставах ног, которые резко усиливались при длительной ходьбе, физическом напряжении, спуске по лестнице, чувство утренней скованности в них около получаса, треск при движениях в них, неприятные ощущения в поясничном отделе позвоночника.

Из анамнеза выяснено, что страдает данным заболеванием 10 лет. Начало заболевания постепенное с поражения коленных суставов, а также поясничного отдела позвоночника. Изредка после интенсивной физической работы в области коленных суставов отмечалась припухлость, которая держалась в течение 7-8 дней и исчезала после ограничения движений в них и применения индометациновой мази. В последнее время состояние ухудшилось, боли в суставах и позвоночнике стали более интенсивными и продолжительными, присоединилось чувство утренней скованности. Анамнез жизни без особенностей.

Объективно: телосложение правильное, питание повышенное, передвигается с трудом из-за болей в коленных и голеностопных суставах. Кожные покровы внешне не изменены. Деформация коленных суставов за счет преобладания пролиферативных изменений, объем активных движений в них несколько снижен. Голеностопные суставы внешне не изменены, движения в них сохранены. Отмечается крепитация и треск при движениях в коленных и голеностопных суставах. Болезненность при пальпации в паравертебральной области позвоночника, в коленных и голеностопных суставах.

Внутренние органы без существенной патологии.

Ан. крови: Нв-123 г/л, Л-7,3x10⁹/л, СОЭ-20 мм/ч.

Анализ крови на сахар - 4,9 ммоль/л, ПТИ - 90%

Биохим. анализ крови: общий белок - 79,2 г/л; альбумины 53%, глобулины а1 - 4%, а2-9%, в - 9%, у-25%, ревматоидный фактор - 0, мочевая кислота - 335 мкмоль/л, АСЛ - О - 125 ед, холестерин-5,2 ммоль/л, СРБ -1.

Ан. мочи без изменений.

Синовиальная жидкость - незначительное помутнение, отсутствие кристаллов, лейкоциты (менее 2000 клеток/мм³, менее 25% нейтрофилов).

Иммунология крови на иммуноглобулины А - 2,4 г/л, М - 1,0 г/л, G - 10,0 г/л.

ЭКГ: полугоризонтальная электропозиция сердца.

Рентгенография поясничного отдела позвоночника: изменение формы тел позвонков, очаги субхондрального остеосклероза, краевые остеофиты.

Рентгенография коленных суставов: сужение суставных щелей, субхондральный остеосклероз сочленяющихся поверхностей костей, по краям - крупные остеофиты, в эпифизах - кистовидная перестройка костной ткани.

ЗАДАНИЕ

1. Сформулировать диагноз
2. Назначить лечение
3. Обосновать прогноз и экспертизу трудоспособности

Эталон ответа к ситуационной задаче 4

1) Первичный полиостеоартроз, безузелковый, двусторонний гонартроз 111 степени, медленно-прогрессирующее течение, двустороннее поражение голеностопных суставов, спондилёз. ФНС 2 степени.

2) Тактика лечения :

разгрузка поражённых суставов

механические вспомогательные приспособления (бандаж, корсет, трость)

НПВС и анальгетики

любриканы

физиолечение

сосудистая терапия

при неэффективности - хирургическое лечение

3) Прогноз для заболевания неблагоприятный, для жизни - благоприятный.

З А Д А Ч А 5

Больная С., 60 лет

При поступлении предъявляет жалобы на утреннюю скованность в кистях до 12 часов дня, умеренные боли в мелких суставах кистей, локтевых, коленных и голеностопных суставах, усиливающиеся к утру и при малейшем движении, изменение формы поражённых суставов, ограничение движений в них, слабость в руках, одышку смешанного характера при подъёме на 2-ой этаж, периодически сердцебиение и колющие боли за грудиной, субфебрилитет, общую слабость.

Из анамнеза установлено, что заболевание началось 6-6,5 лет назад после нервно-эмоционального перенапряжения с припухлости и болей во 2-ом и 3-ем пястно-фаланговых суставах левой руки. Через месяц присоединились боли и отёки в области проксимальных межфаланговых и пястно-фаланговых суставов правой руки. Назначенное лечение индометацином привело к незначительному уменьшению суставного синдрома, однако полностью купировать его не удалось. Через 6 месяцев после перенесённого ОРВИ вновь усилился болевой синдром в кистях и появились боли в коленных и голеностопных суставах. В течение последних 3 лет на фоне обострения суставной симптоматики стало беспокоить сердцебиение, одышка при ранее переносимых нагрузках и боли за грудиной. Последнее ухудшение самочувствия связывает с физическим перенапряжением.

ОБЪЕКТИВНОЕ ОБСЛЕДОВАНИЕ

Телосложение правильное, питание удовлетворительное, по конституции - нормостеник, t тела - 37 С. Кожные покровы на руках достаточно сухие, с участками шелушения, тургор тканей рук снижен, расчёсов нет. Атрофия червеобразных мышц кистей. Сила рук 3 балла. На разгибательной поверхности предплечий - безболезненные плотноватые узелковые образования 0,5x0,8 см, не спаянные с окружающими тканями. Отмечается припухлость 2-5 проксимальных межфаланговых суставов обеих кистей, повышение кожной температуры над этими суставами, болезненность их при пальпации и ограничение активных движений в них. Положителен симптом бокового сжатия кистей. Дефигурация локтевых суставов и болезненность их при пальпации. Положителен симптом баллотирования надколенника справа, припухлость и ограничение движений в правом коленном суставе. Крепитация и треск при движениях в левом коленном суставе и обоих голеностопных суставах.

Число дыхательных движений - 17 в минуту, ЧСС=PS=84 в минуту, АД=120/80 мм Hg, несколько приглушен 1-ый тон на верхушке сердца. В остальном внутренние органы без видимой патологии.

ДАННЫЕ ДОПОЛНИТЕЛЬНЫХ МЕТОДОВ ОБСЛЕДОВАНИЯ

Клин.ан.крови: Нб - 112 г/л, цв.пок. - 0,9, L - $8,6 \times 10^9$ /л, СОЭ 38 мм/ч.

Анализ крови на сахар - 4,7 ммоль/л, ПТИ - 88%

Биох.ан.крови: общ.белок - 70,2 г/л, альбумины - 51%, глобулины а1 - 4%, а2 - 9,7%, в - 12,3%, у - 23%; билирубин - 15,5 мкмоль/л, холестерин - 4,8 ммоль/л, сиаловые кислоты - 2,86 ммоль/л, СРБ-2, мочева кислота - 250 мкмоль/л, АСЛ - О - 125 ед., ревматоидный фактор 2, сывороточное железо - 22 мкмоль/л.

Иммунология крови на ЦИК - 125 ед., ревматоидный фактор Ig M - 60 усл. ед., Ig A - 16 усл.ед., антитела к нативной ДНК - 250 Me

Общ.ан.мочи: без существенных изменений

Кал на я/г - отриц.

Исследование синовиальной жидкости - 22 000 клеток/мм³, преимущественно нейтрофилы, наличие рагоцитов.

Рентгенография кистей: явный околоуставной остеопороз, сужение суставных щелей проксимальных м/ф суставов, единичные узурь эпифизов костей.

ЭКГ: нормальная элетропозиция сердца, синусовая тахикардия 85 в мин., диффузно-дистрофические изменения миокарда.

Эхокардиоскопия - аорта не уплотнена, не расширена (26мм). ЛП не увеличено (35мм).

ЛЖ - кдр 45 мм, кср 35 мм. МЖП 9 мм. ЗСЛЖ 10 мм. Зоны гипо- и акинезии не выявлены. Фракция выброса 60 %. Клапанной патологии не обнаружено.

Рентгенография легких - легочные поля чистые, без инфильтративных изменений. Корни структурные. Купола диафрагмы расположены симметрично с обеих сторон. Сердце - контур не изменен.

ЗАДАНИЕ

- 1) Установить предварительный диагноз
- 2) Составить план дополнительного обследования
- 3) Провести дифференциальный диагноз
- 4) Наметить тактику лечения
- 5) Провести трудовую экспертизу

ОТВЕТЫ НА СИТУАЦИОННУЮ ЗАДАЧУ 5

- 1) Ревматоидный полиартрит с внесуставными и системными проявлениями: амиотрофия, трофические нарушения кожи, ревматоидные узелки, анемия, миокардиодистрофия. Активность 2 степени. Медленно-прогрессирующее течение. Рентгенологическая стадия 2. ФНС 2 степени.
- 2) План дополнительных исследований:

Клинический анализ крови

Анализ крови на сахар, ПТИ

Биохимия крови на белковые фракции, АСЛ-О, ревматоидный фактор, мочевую кислоту, СРБ, сиаловые кислоты, сывороточное железо

Иммунология крови на ревматоидный фактор иммуноглобулин А,М, антитела к нативной ДНК, ЦИК.

Общий анализ мочи

Кал на я/г

Исследование синовиальной жидкости на цитоз, рагоциты

ЭКГ

Эхокардиоскопия

Рентгенография кистей

Рентгенография легких

3) Дифференциальный диагноз с фибромиалгией, остеоартритом, метаболическими заболеваниями, коллагенозами, саркоидозом, паранеопластической полиартропатией.

4) Тактика лечения:

препараты 1-ой линии - НПВС

препараты 2-ой линии - базисные средства (соли золота, метотрексат, Д-пеницилламин, аминохинолиновые производные, циклоспорин А)

Глюкокортикостероиды

Препараты, улучшающие метаболизм в сердечной мышце

Реабилитация

РЕКОМЕНДУЕМАЯ ЛИТЕРАТУРА:

Основная:

1. Денисов И.Н., Общая врачебная практика. В 2 т. Т. 1 [Электронный ресурс] : национальное руководство / под ред. акад. РАМН И.Н. Денисова, проф. О.М. Лесняк. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2017. - 976 с. - ISBN 978-5-9704-4164-0 - Режим доступа: <http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970441640.html>
2. Денисов И.Н., Общая врачебная практика: национальное руководство: в 2 т. Т. II [Электронный ресурс] / под ред. акад. РАН И.Н. Денисова, проф. О.М. Лесняк - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2018. - 888 с. - ISBN 978-5-9704-3906-7 - Режим доступа: <http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970446539.html>
3. Основы внутренней медицины [Электронный ресурс] / Ж. Д. Кобалава, С. В. Моисеев, В. С. Моисеев ; под. ред. В. С. Моисеева. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2014. <http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970427729.html>

Дополнительная:

1. Томилов А.Ф., Атлас клинической медицины: Внешние признаки болезней [Электронный ресурс] / Томилов А.Ф. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2013. - 176 с. - ISBN 978-5-9704-2562-6 - Режим доступа: <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970425626.html>
2. Дедов И.И., Эндокринология [Электронный ресурс] : учебник / И. И. Дедов, Г. А. Мельниченко, В. В. Фадеев - М. : Литтерра, 2015. - 416 с. - ISBN 978-5-4235-0159-4 - Режим доступа: <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785423501594.html>
3. Филоненко С.П., Боли в суставах: дифференциальная диагностика [Электронный ресурс] / С.П. Филоненко, С.С. Якушин - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2014. - 176 с. - ISBN 978-5-9704-2980-8 - Режим доступа: <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970429808.html>
4. Дземешкевич С.Л., Болезни митрального клапана. Функция, диагностика, лечение [Электронный ресурс] / С.Л. Дземешкевич, Л.У. Стивенсон. - 2-е изд., доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015. - 352 с. - ISBN 978-5-9704-3219-8 - Режим доступа: <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970432198.html>

Методическое обеспечение:

набор ситуационных задач,
лекции кафедры,