

КОНТРОЛЬНАЯ РАБОТА ПО ТЕРАПИИ

Начиная с середины 2013 года в каждом номере журнала «Архивъ внутренней медицины» мы публиковали ситуационные задачи в области терапии и смежных дисциплин. В предыдущем номере журнала мы разместили развёрнутые ответы на две первые задачи, и у наших постоянных читателей была возможность проверить свои знания. Сегодня предлагаем пытливому вниманию терапевтов ответы ещё на две задачи, а также условия нового испытания.

Задача 3

Пациентка 60 лет обратилась к терапевту в марте 2013 года, с жалобами на то, что она считает что «сходит с ума». При расспросе пациентка уточнила, что в течение последних нескольких месяцев отметила появление галлюцинаций в виде периодически появляющихся мелких человечков, искаженные лица. В начальном периоде заболевания галлюцинации были достаточно частыми, в течение последних 2 недель пациентка заметила, что частота появления галлюцинаций заметно снизилась. Пациентка поделилась с врачом своими переживаниями, боязнью обращаться к психиатру, рассказывать о галлюцинациях родственникам.

Пациентка ранее у терапевта не наблюдалась. Пациентка около 5 дней назад приехала из Кандалякши, где проживала в течение последних 3 лет.

Курит 40 лет, по 10 сигарет в день. Умеренно употребляет алкоголь. Употребление наркотических препаратов отрицает.

Наследственность: отец пациентки погиб в раннем возрасте в ДТП, мать пациентки умерла в возрасте 94 лет, однако последние 15 лет жизни была практически слепой. Пациентка так же отмечает снижение остроты зрения в последние месяцы.

Состояние относительно удовлетворительное. Кожные покровы обычной температуры и влажности, обращает на себя внимание состояние десен (рисунок 1).

В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Границы сердца в пределах нормы. Тоны сердца: ослабление I тона на верхушке, выслушивание мягкого систолического шума на дуге аорты, АД 110/70 мм рт. ст., ЧСС 90 в мин. Живот при пальпации мягкий безболезненный. Размеры печени и селезенки в норме. Симп-

том поколачивания отрицателен с обеих сторон. Физиологические отправления (со слов пациентки) в норме.

При обследовании:

1. ОАК: эритроциты $3,0 \times 10^{12}/л$, гемоглобин 80 г/л, лейкоциты $6,7 \times 10^9/л$, тромбоциты $180 \times 10^9/л$, СОЭ 20 мм/ч.
2. Глазное дно: рисунок 2

Вопросы:

1. Рассчитайте цветовой показатель
2. Назначьте дополнительные исследования (с обоснованием)
3. Предположите причину галлюцинаций
4. Сформулируйте окончательный диагноз
5. Предложите дифференциально-диагностический ряд

Ответы:

1. *Рассчитайте цветовой показатель*
ЦП=0,8
2. *Назначьте дополнительные исследования (с обоснованием)*
План обследования:
 - Осмотр окулиста (Катаракта? Состояние глазного дна?)
 - Консультация психиатра
 - Определение концентрации витамина С в крови



Рисунок 1. Внешний вид десен пациентки



Рисунок 2. Глазное дно

- Состояние обмена железа (сывороточное железо, уровень ферритина, сатурация трансферрина)
- Консультация стоматолога (поражение десен на фоне гиповитаминоза С)

3. Предположите причину галлюцинаций

Синдром Шарля Бонне — у психически здоровых людей, с серьёзными нарушениями зрительной системы, появляются галлюцинации разных уровней сложности: от геометрических, до достаточно подробных галлюцинаций с фигурами и, в особенности, с лицами. Лица, и иногда искажённые лица, чаще всего встречаются во всех этих галлюцинациях. Один из следующих по распространенности признаков — мультфильмы (они прозрачны и накрывают поле зрения, как экран). Люди, подверженные данному заболеванию, понимают, что их галлюцинации нереальны и являются только зрительными т.е. не затрагивают остальные системы органов чувств. Для таких видений типично, что они могут мгновенно появляться и мгновенно исчезать. Обычно они не угасают и не появляются. Они внезапны, и меняются так же внезапно. Галлюцинации Шарля Бонне не направлены на больного, что является их основной отличительной чертой от галлюцинаций психотического характера.

По данным литературы данной патологии чаще подвержены пожилые люди, распространенность синдрома Шарля Бонне, составляет 10-15%.

Причинами галлюциноза Шарля Бонне могут стать: макулярная дегенерация, глаукома, катаракта, двустороннее повреждение зрительного нерва из-за отравления метанолом, опухоли в затылочной коре головного мозга и т.д. По мере того, как человек теряет зрение, зрительный отдел коры головного мозга больше не получают входящих сигналов. Он становится гиперактивным и возбудимым и приводит к развитию самых разнообразных галлюцинаций. На сегодняшний день не существует эффективного лечения синдрома Шарля Бонне. Обычно галлюцинации пропадают самостоятельно через год или полтора, но сроки варьируют. Впервые описавший этот синдром в 18 веке Шарль Бонне сам им не страдал. Галлюцинации были у его бабушки — Шарля Люлена. Он перенес операцию по поводу катаракты. В 1759 году он описал внуку свои разнообразные видения.

4. Сформулируйте окончательный диагноз

Гиповитаминоз С. Дистрофия сетчатки. Нормохромная анемия. Синдром Шарля Бонне.

5. Предложите дифференциально-диагностический ряд

Необходимо проводить дифференциальный диагноз с:

- другими поражениями органа зрения
- психическими заболеваниями
- другими причинами развития нормохромной анемии

Список литературы:

1. de Morsier G (1967) «Le syndrome de Charles Bonnet: hallucinations visuelles des vieillards sans deficiencia mentale» (in French). Ann Med Psychol 125:677-701.
2. Mogk LG, Riddering A, Dahl D, Bruce C, Brafford S (2000) «Charles Bonnet Syndrome in adults with visual impairments from age-related macular degeneration. In Stuen C et al. Vision Rehabilitation: Assessment, Intervention and Outcomes.117-119

Задача 5

Пациент 40 лет обратился к врачу с жалобами на головную боль, локализирующуюся в затылочной и теменной области, боли возникают преимущественно в поздние вечерние и ночные часы, также пациент отмечает онемение рук, парестезии в руках, общую слабость. В момент головной боли пациент измерил артериальное давление — 180/100 мм рт. ст., ранее никогда повышения артериального давления не отмечал.

Утром, особенно с началом работы, пациент отмечает улучшение состояния.

Из анамнеза: не курит, алкоголь и наркотические средства не употребляет, работает временно — в течение месяца косит с использованием бензокосы.

Пациент не принимает никаких лекарственных средств.

При осмотре: рост 180 см, вес 82 кг. ЧСС 78 в минуту, ЧДД 16 в минуту, АД 120/80 мм рт. ст. Кожные покровы и видимые слизистые обычной окраски и влажностью, отеков нет. При осмотре отмечается угнетение сухожильных рефлексов (сухожилия рук), снижение чувствительности (всех видов). Пациент попросил разрешения помыть руки. После воздействия на руки пациента холодной воды пациент предъявил жалобы на выраженные боли в пальцах рук.

При осмотре:



Рисунок 1. Внешний вид кисти пациента

Пациенту было проведено суточное мониторирование АД.

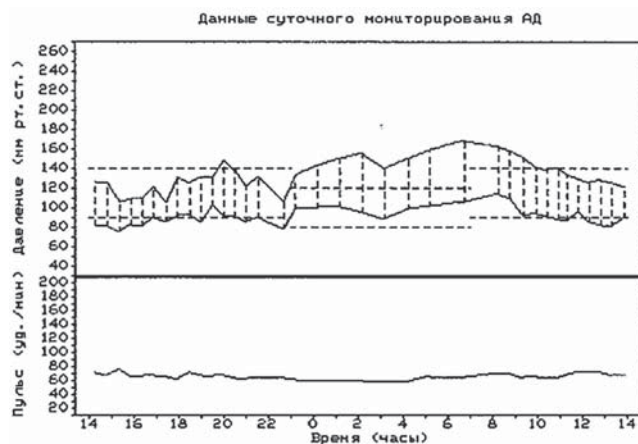


Рисунок 2. Данные суточного мониторирования АД

Вопросы:

1. Предположите диагноз
2. Предложите дифференциальный диагноз
3. Предложите методы дообследования
4. Предложите тактику лечения

Ответы:

1. Предположите диагноз

Вибрационная болезнь от воздействия местной вибрации. 2-3 степень.

2. Предложите дифференциальный диагноз

- синдром Рейно
- симптоматическая артериальная гипертензия
- гипертоническая болезнь
- сириномия
- полиневропатия
- миозит

3. Предложите методы дообследования

Методы дообследования:

- Трехкратная холоддовая проба — кисти больного погружают на 3 мин в воду с температурой +4 °С. Визуально оценивают наличие побеления пальцев рук с указанием фаланг. При отсутствии побеления пальцев описывают появление цианоза, мраморности, гиперемии кистей, свидетельствующих о слабо-положительной оценке пробы. Резко положительной реакцией считается появление после пробы синдрома Рейно.
- Кожная термометрия — температуру кожи исследуют электротермометром. Измерение кожной температуры чаще проводят на тыльной поверхности ногтевых фаланг пальцев рук. У здоровых людей температура кожи на пальцах рук обычно колеблется в пределах 27–31 °С с разницей температуры в симметричных точках обеих кистей не более 0,2–0,4 °С. При вибрационной болезни

температура кожи дистальных отделов верхних конечностей значительно снижается (до 18–20 °С) и выявляется термоасимметрия в 0,6–1 °С и более.

- Капилляроскопия — помогает оценить степень изменений в мелких сосудах, однако изменение капилляров ногтевого ложа самостоятельного диагностического значения не имеет и учитывается лишь при наличии других характерных признаков вибрационной болезни.
- Проба белого пятна — при давлении пальцем на тыл кисти пациента в течение 5 с появляется белое пятно, которое в норме исчезает через 4–6 с после прекращения давления, а при склонности капилляров к спазму сохраняется значительно дольше (10 с и более).
- Проба Боголепова — больной поднимает одну руку вверх и удерживает ее в таком положении 30 с, за тем быстро вытягивает обе руки вперед; проба считается положительной, если разница в окраске кистей не сглаживается в течение 15 с.
- Паллестезиометрия — определение порога вибрационной чувствительности проводят с помощью приборов ВТ-2 и ИВЧ-02 на ладонной поверхности II пальца. Для прибора ВТ-2 эти пороги для частот 63, 125 и 250 Гц у здоровых людей колеблются от 5 до 10 дБ. При наличии вибрационной болезни отмечается повышение порога на всех частотах с замедленным восстановлением после вибронагрузки. При отсутствии паллестезиометра допустимо исследование вибрационной чувствительности камертоном С-128; в норме вибрация ножки камертона, установленной на шиловидный отросток луче вой кости, ощущается в течение 12–18 с и более, а при вибрационной болезни — в течение 6–8 с и менее.
- Альгезиметрия — для исследования болевой чувствительности, помимо обычной иглы, используют альгезиметры. Наиболее распространенный в практике метод альгезиметрии основан на определении величины погружения иглы (в мм), вызывающего болевое ощущение. Альгезиметр устанавливают вертикально и путем вращения градуированной шкалы находят болевой порог — минимальную величину болевого ощущения. В норме порог болевой чувствительности на тыльной поверхности кисти не превышает 0,5 мм погружения иглы. У пациентов с вибрационной болезнью обычно наблюдается значительное повышение этого порога.
- Динамометрия — силу мышц верхних конечностей исследуют пружинным динамометром. Средние величины силы у мужчин составляют в норме

40–50 кг, у женщин — 30–40 кг с преобладанием силы правой руки (у правшей) на несколько килограммов. Уменьшение силы отмечается при развитии изменений в тканях опорно-двигательного аппарата верхних конечностей, что свойственно умеренно выраженным и выраженным проявлениям вибрационной болезни. При начальных симптомах вибрационной патологии показатели силы не изменяются.

4. Предложите тактику лечения

Принципы лечения:

- исключение воздействия на организм вибрации, охлаждения, физического перенапряжения
- Лекарственная терапия включает применение сосудорасширяющих препаратов: никотиновой кислоты, препаратов группы антагонистов кальция: (нифедипин, дилтиазем, верапамил), циннаризина, α -адреноблокаторов (ницерголин, проксан)
- Также могут применяться: иАПФ, АРА, витамин С, витамины группы В.

Список литературы:

1. Лекция В.Ю. Николенко, д-р мед. наук, профессор кафедры профессиональных болезней и радиационной медицины Донецкого медицинского университета им. М. Горького «Вибрационная болезнь вследствие локальной вибрации»
2. Бабанов С.А., Татаровская Н.А. Вибрационная болезнь в практике врача терапевта и невролога. Врач. — 2013 (№ 9. 2013 С. 9-15)

Новая задача

Пациентка 55 лет обратилась с жалобами на общую слабость, выраженный кожный зуд, изменение окраски кожных покровов, снижение аппетита, увеличение живота в размерах.

Из анамнеза: ухудшение состояния отмечает в течение последних 3–4 лет, когда появился и стал нарастать кожный зуд. Около года назад отметила потемнение кожных покровов, а также желтизну склер. Около 5 месяцев назад перелом лучевой кости. Со слов пациентки, при обследовании был выявлен остеопороз.

Сопутствующие заболевания: в течение многих лет у пациентки установлен диагноз аутоиммунного тиреоидита, наблюдается у эндокринолога. В настоящее время — медикаментозно компенсированный гипотиреоз, постоянно принимает L-тироксин в дозе 50 мкг/сут.

Объективно: состояние средней тяжести, в сознании, контактна. Кожные покровы тёмно-оливкового цвета, склеры жёлтые, выявляются гематомы, причину образования которых пациентка объяс-

нить не может. На коже век выявляются образования (рис. 1).



Рисунок 1. Образования на коже век пациентки

Изменение пальцев рук по типу «барабанных палочек». При перкуссии над лёгкими ясный лёгочный звук, с ослаблением в нижних отделах с двух сторон, при аускультации — дыхание везикулярное, в нижних отделах бронхиальное, ЧДД 17 в минуту. Границы сердца в пределах нормы, тоны сердца: ослабление I тона на верхушке, шумы не выслушиваются. Размеры печени по Курлову: 17×13×11 см, размеры селезёнки 14×11 см. Определяется свободная жидкость в брюшной полости. Симптом поколачивания отрицателен с обеих сторон. Физиологические отправления: ахоличный стул, кал плохо смывается с унитаза, моча тёмно-коричневого цвета.

При обследовании:

- общий анализ крови: эритроциты $3,6 \times 10^{12}/л$, Hb 100 г/л, лейкоциты $2,6 \times 10^9/л$, тромбоциты $96 \times 10^9/л$;
- биохимический анализ крови: общий белок 62 г/л, креатинин 80 мкмоль/л, мочевины 9 ммоль/л, АСТ 100 ед/л, АЛТ 78 ед/л, общий билирубин 59 мкмоль/л, прямой билирубин 50 мкмоль/л, ЩФ 890 ед/л, ГГТП 756 ед/л, общий холестерин 9,7 ммоль/л;
- иммунологические исследования: АМА более 1:40;
- по данным УЗИ: гепатоспленомегалия, внепечёчные и внутрипечёчные жёлчные протоки не расширены, свободная жидкость в брюшной полости.

Вопросы:

1. Какие изменения выявляются на рисунке?
2. Каков алгоритм обследования взрослого пациента с холестазом?
3. Предположите диагностическую концепцию. Обоснуйте диагноз.
4. Предложите методы лечения.
5. Как оценить эффективность лечения?