

**ОЦЕНОЧНЫЕ СРЕДСТВА (СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ) ДЛЯ
ПРОВЕДЕНИЯ ГОСУДАРСТВЕННОЙ ИТОГОВОЙ АТТЕСТАЦИИ
ПО СПЕЦИАЛЬНОСТИ 31.08.46 «РЕВМАТОЛОГИЯ»**

Ситуационная задача 1

Больной А., 25 лет, обратился в приёмное отделение с жалобами на лихорадку непостоянного типа с ознобом, потливостью, боль в животе приступообразного характера, неустойчивый стул.

Из анамнеза заболевания: больным себя считает в течении длительного времени (не менее 10-15 лет) - со слов больного, повышение температуры тела до 38,5-40,0°С периодически 1 раз в 3-4 месяца. Не лечился. Лихорадка сама по себе снижалась и не возобновлялась длительное время. В Россию приехал из Йемена 8 месяцев назад, студент, проживает в общежитии. Подобные эпизоды повышения температуры тела отмечались ежемесячно, повышенная температура держалась 2 дня и самостоятельно снижалась, но 3 года назад приступы лихорадок участились (в течении месяца отмечались до 5 раз), сопровождалась сильными болями в животе и жидким стулом до 7-10 раз за сутки. Неоднократно обращался в медицинские центры города, сдавал анализы. 3 месяца назад осмотрен хирургом, был заподозрен острый аппендицит, но от операции отказался. Уехал на неделю в Йемен, диагноз аппендицита не подтвердился.

Настоящее ухудшение – в день поступления, когда вновь появились разлитые боли в животе, повышение температуры до 39,6°С, осмотрен хирургом (острая хирургическая патология исключена), инфекционистом (данных за о.инфекционную патологию нет). Госпитализирован в терапевтическое отделение с диагнозом «Лихорадка неясной этиологии».

При более подробном опросе со слов больного было выяснено, что у матери, сестры, дяди и бабушки больного также отмечались подобные пароксизмы лихорадки с болями в животе.

Объективно: состояние средней степени тяжести. Сознание ясное. Менингеальных знаков нет. Кожные покровы чистые, сыпи нет. Температура тела 37,7°С. Периферические лимфатические узлы не увеличены. В ротоглотке слизистая розового цвета, миндалины за дужками, налетов нет. Над легкими справа в нижних отделах дыхание ослабленное, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, ритм не нарушен ЧСС 76 в минуту, АД 110/70 мм рт. ст. Язык влажный. Живот напряжён, обычной формы, пальпаторно резко болезненный над всей поверхностью живота. Симптомы раздражения брюшины сомнительные. Однократно был кашицеобразный стул. Перкуторно нижний край печени у края реберной дуги, селезенка отчетливо не пальпируется. Симптом поколачивания отрицателен с обеих сторон.

В общем анализе крови: лейкоциты $15,8 \times 10^9/\text{л}$, нейтрофилы: палочкоядерные 5%, сегментоядерные 60%, эозинофилы 3%, моноциты 10%, лимфоциты 22%, вакуолизация цитоплазмы в нейтрофилах (+), токсигенная зернистость, СОЭ 38 мм/ч, эритроциты $4,95 \times 10^{12}/\text{л}$, гемоглобин 131 г/л, тромбоциты $394 \times 10^9/\text{л}$.

Общий анализ мочи: следы белка, эпителий плоский 2-3, лейкоциты 1-2 в поле зрения.

Биохимический анализ крови, коагулограмма без патологии.

На обзорной рентгенограмме брюшной полости – патологии нет.

Обзорная рентгенография органов грудной клетки: легочные поля без дополнительных очаговых теней. Корни структурны. Тень сердца не расширена. Малый гидроторакс справа.

УЗИ брюшной полости: признаки хронического холецистита.

Вопросы:

1. Сформулируйте предварительный диагноз и его обоснование.
2. Какое дообследование необходимо провести.
3. Определите тактику дальнейшего ведения.

Ситуационная задача 2

Пациентка Б., 35 лет, предъявляет жалобы на постоянное повышение температуры тела до 37,7°C преимущественно во второй половине дня, острую боль в области левого уха, снижение слуха с этой стороны, диплопию, гнойные выделения из носовой полости, боль и отечность правого коленного сустава, высыпания на коже стоп, слабость.

Анамнез: вышеуказанные жалобы беспокоят несколько месяцев, самостоятельно принимала нимесулид с незначительным эффектом в виде снижения температуры тела. В связи с сохраняющимся субфебрилитетом, появлением высыпаний на коже обеих стоп обратилась к терапевту в поликлинику по месту жительства.

Объективно: состояние удовлетворительное. Температура тела 37,5°C. Периферические лимфатические узлы не пальпируются. На коже обеих стоп имеются геморрагические высыпания (см. рисунок 1). Болезненность при пальпации правого коленного сустава, экссудативные изменения в правом коленном суставе. ЧД 19 в мин. Аускультативно дыхание жесткое, хрипы не выслушиваются. ЧСС 96 уд./мин., АД 120/80 мм рт. ст. Тоны сердца ясные, ритм правильный. Живот мягкий, безболезненный. Печень по краю реберной дуги. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Стул, мочеиспускание без особенностей.

Анализ крови: гемоглобин 101 г/л, лейкоциты $12,6 \times 10^9/\text{л}$, тромбоциты $396 \times 10^9/\text{л}$, СОЭ 38 мм/ч.

Анализе мочи: 10 измененных эритроцитов в поле зрения, 2-3 лейкоцита, цилиндров нет, белок – 0,4 мг.

Аудиограмма: Заключение: двухсторонняя сенсоневральная тугоухость.

Рентгенограмма органов грудной клетки в прямой проекции (см. рисунок 2)

Вопросы:

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Какие методы обследования необходимо выполнить пациенту для верификации диагноза и в плане проведения дифференциальной диагностики?
3. Назначьте лечение.



Рис.1 высыпания на коже стоп



Рис. 2. Рентгенография легких в прямой проекции пациентки Б., 35 лет.

Ситуационная задача 3

Больная П., 72 года, предъявляет жалобы на упорные головные боли в лобной области, повышение температуры тела до $37,5^{\circ}\text{C}$ в течение более 2-х месяцев, похудание на 5 кг за это время, общую слабость, боль в мышцах, боль в коленных и голеностопных суставах.

Анамнез: впервые отметила появление головных болей около полугода назад. Боли сразу стали носить стойкий, интенсивный характер, с локализацией в лобной области. За помощью не обращалась, связывала появление болей с повышением артериального давления. Около 2-х месяцев назад в связи с плохим общим самочувствием зафиксировала повышение температуры тела до $37,7^{\circ}\text{C}$, и в последующем субфебрильная температура сохранялась до момента обращения. В это же время ухудшился аппетит, похудела на 5 кг, появились боль в коленных и голеностопных суставах, стала беспокоить боль в мышцах области плечевого сустава и бедер.

Страдает артериальной гипертензией в течение 10 лет, принимает лозартан 50 мг в сутки, беталок зок 50 мг 2 раза в день,

Объективно: состояние удовлетворительное. Температура тела $37,3^{\circ}\text{C}$. Кожный покров обычной окраски и влажности. Отмечается болезненность при касании к коже черепа, набухание височных артерий с ослаблением их пульсации (рис. 1). В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. АД 130/80 мм рт.ст., ЧСС 80 в мин. Тоны сердца ритм правильный, 1 и 2 тоны над верхушкой приглушены. Живот мягкий, безболезненный. Печень не увеличена. Периферических отеков нет. Область коленных и голеностопных суставов не изменена, отмечается болезненность при их пальпации мышц бедер, плеч. Встает при помощи рук.

Анализ крови клинический: гемоглобин 130 г/л, эритроциты $4,2 \times 10^{12}/\text{л}$, тромбоциты $398 \times 10^9/\text{л}$, лейкоциты $6 \times 10^9/\text{л}$, СОЭ 48 мм/ч.

Анализ мочи общий: реакция – кислая, прозрачность – полная, лейкоциты 4-5 в поле зрения, эритроцитов, белка – нет.

Вопросы:

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Какие методы обследования необходимо выполнить пациентке?
3. Назначьте лечение.



Рис. 1. Кожа головы пациентки

Ситуационная задача 4

Пациент П., 18 лет, предъявляет жалобы на высыпания на голених, бедрах, туловище, руках, с распространением на бедра, сопровождающиеся зудом. Боли в коленных и голеностопных суставах.

Анамнез: 2 недели назад появилась боль в горле, лечился местно полосканием и рассасыванием пастилок. Неделью спустя появилась мигрирующая боль в коленных и голеностопных суставах, ещё через 3-4 дня появилась симметричная петехиальная сыпь сначала в дистальных отделах нижних конечностей, с постепенным распространением на бедра, сопровождающаяся зудом. Отмечает, что в вертикальном положении сыпь и зуд усиливаются.

Объективно: состояние удовлетворительное. Масса тела 86 кг. Рост 170 см. При осмотре полости рта миндалины увеличены, рыхлы, гиперемия задней стенки глотки. На коже в области стоп, голеней и бедер, верхних конечностях туловище, петехиальная сыпь; некоторые элементы пальпируются. Область коленных и голеностопных суставов не изменена, пальпация безболезненна. В легких дыхание проводится во все отделы, везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритм правильный. АД 110/60 мм рт. ст. ЧСС 80 в мин. Живот мягкий, безболезненный. Печень не увеличена. Отеков нет.

Клинический анализ крови: гемоглобин 130 г/л, эритроциты $3,8 \times 10^{12}/л$, тромбоциты $305 \times 10^9/л$, лейкоциты $4,5 \times 10^9/л$, СОЭ 34 мм/ч.

Анализ мочи общий: реакция – кислая, прозрачность – полная, лейкоциты 4-5 в поле зрения, эритроциты 5-7 в поле зрения, белок – 0,12.

Биохимический анализ крови: СРБ 24 мг/л, креатинин 82 мкмоль/л, мочевины 7,8 ммоль/л, АлТ 40 Ед/л, АсТ 34 Ед/л, глюкоза 4,4 ммоль/л.

Суточная протеинурия: 0,24 г.

Ан. мочи по Нечипоренко: лейкоциты 1500, эритроциты 9200 (2200 неизмененные, 7000 измененные).

Иммунологический анализ крови: ревматоидный фактор 56 МЕд/мл. АСЛ-О 280 Ед/мл.

Серологическое исследование крови на ВИЧ, гепатиты – отрицательные.

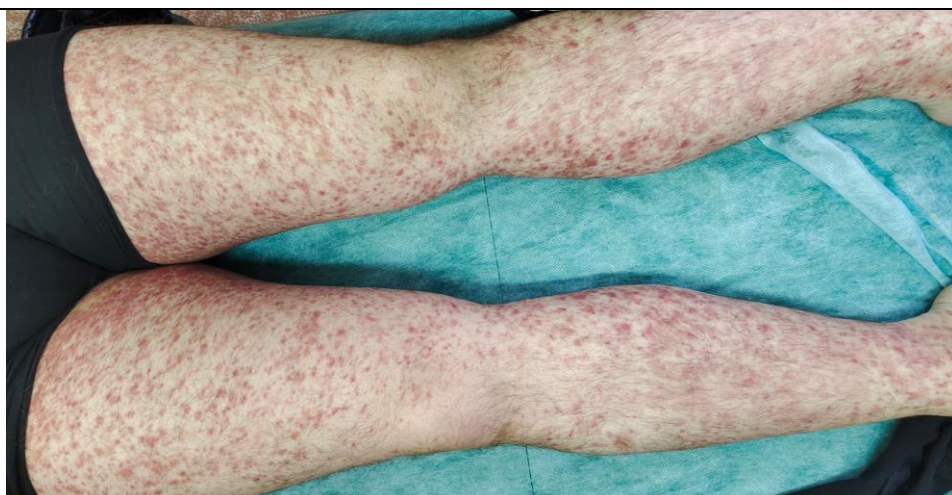
Коагулограмма: АЧТВ 35 сек. МНО 1,1.

Рентгенография органов грудной клетки: без патологии.

Вопросы:

1. Сформулируйте предварительный диагноз.

2. Какие дополнительно методы обследования необходимо выполнить пациенту?
3. Назначьте лечение.



Ситуационная задача 5

Больной Л., 32 года, обратился в клинику с жалобами на сердцебиение, слабость в левой руке и ноге.

Из анамнеза: известно, что с 15 лет отмечается появление синюшности пальцев кистей и стоп на холоде, появление «петлистой окраски» кожи конечностей, туловища. 2 года назад

перенес тромбоз глубоких вен левой нижней конечности, принимал ривароксабан в течение года. 3 мес. назад пациент перенес ОНМК в бассейне средней мозговой артерии, 6 мес. назад – транзиторную ишемическую атаку. В течение 2 лет отмечает повышение артериального давления до 170/100 мм рт.ст., гипотензивную терапию постоянно не получает, принимает тромбоАСС 100 мг в сутки. Направлен на консультацию терапевтом поликлиники.

При осмотре: состояние больного средней степени тяжести. Моторная афазия. Отмечается пятнистость кожи цианотичного оттенка, напоминающая «кружева», локализующаяся в области туловища, ягодиц, верхних и нижних конечностей (крупнопетлистое сетчатое ливедо), акроцианоз. Периферические лимфатические узлы не увеличены. Над лёгкими перкуторно лёгочный звук, аускультативно хрипы не выслушиваются. Тоны сердца звучные, ритм правильный. ЧСС 96 уд/мин. АД 160/95 мм рт.ст. Печень, селезёнка не увеличены. При пальпации живот мягкий, безболезненный. Конфигурация суставов не изменена, объём движений полный.

Клинический анализе крови: Hb 122 г/л, лейкоциты 9×10^9 /л, тромбоциты 89×10^9 /л, СОЭ 46 мм/час. Антитела к нативной ДНК отрицательные. Волчаночный антикоагулянт положительный – 2,4 условные единицы (норма 0,8-1,2 условных единиц).

Анализ мочи: относительная плотность 1010, белок 0,43 г/л, лейкоциты 5-7, эритроциты 0-2 в поле зрения.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз и обоснуйте его.
2. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
3. Определите тактику ведения.



Ситуационная задача 6

Пациентка Ю., 55 лет, поступила в клинику с жалобами на боль в плечевых, лучезапястных суставах, отек кистей, «зябкость», онемение, изменение цвета кончиков

пальцев кистей и стоп, затруднение при глотании твердой пищи, сухость во рту, одышку при умеренной физической нагрузке.

Из анамнеза известно, что заболела около 15 лет назад: отметила изменение цвета кончиков пальцев кистей. Наблюдалась в поликлинике с диагнозом «синдром Рейно». Периодически отмечала появление длительно незаживающих язвочек на кончиках пальцев кистей, особенно в зимний период года. Проводилось обследование для исключения туберкулеза: флюорография, диаскин-тест, квантифероновый тест – результаты отрицательные. Госпитализирована для дообследования.

При осмотре: состояние удовлетворительное. Вес 73 кг. Рост 168 см. Конституция нормостеническая, нормального питания. Кожные покровы и видимые слизистые оболочки бледной окраски, сухие; отмечается симметричное уплотнение кожи пальцев рук, в области II-IV ПФС узелковые образования, дигитальные рубчики (см. рисунок 1). Красная кайма губ истончена, ротовая апертура уменьшена. На лице и ладонях единичные телеангиоэктазии. Болезненность при пальпации лучезапястных и пястно-фаланговых суставов. Пастозность стоп. В легких дыхание жесткое, в нижних отделах звучная крепитация. ЧД 18 в мин. Границы сердца расширены влево на 3 см от левой срединно-ключичной линии. Тоны сердца 1 тон над верхушкой приглушен, ритм правильный., выслушивается систолический шум на верхушке сердца. АД 140/90 мм рт.ст. ЧСС 84 в минуту. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не увеличены. Дизурических явлений нет. Стул регулярный.

Клинический анализ крови: гемоглобин 130 г/л; эритроциты $4,15 \times 10^{12}$ /л; лейкоциты $8,4 \times 10^9$ /л; палочкоядерные 2%; сегментоядерные 52%; эозинофилы 2%; лимфоциты 42%; моноциты 2%; тромбоциты 232×10^9 /л; СОЭ 18 мм/час.

Биохимический анализ крови: мочевины 7,8 ммоль/л; креатинин 110 мкмоль/л; триглицериды 1,78 ммоль/л; холестерин 4,8 ммоль/л; СРБ 10,6 г/л;

Иммунологический анализ крови: ревматоидный фактор 210 ЕД/л, антинуклеарный фактор - положительный (крапчатое свечение). АТ к нативной ДНК – отрицательно, АТ к топоизомеразе-1 – отрицательно, антицентромерные антитела – положительно.

На ЭКГ - ритм синусовый, правильный. Нормальное положение ЭОС. ЧСС 68 в мин.

На прием пациентка принесла диск с записью КТ органов грудной клетки (см. рисунок 2).

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз и обоснуйте его.
2. Какие дополнительно методы обследования необходимо выполнить пациентке?
3. Определите тактику ведения пациентки.



Рис. 1. Фото кисти пациентки

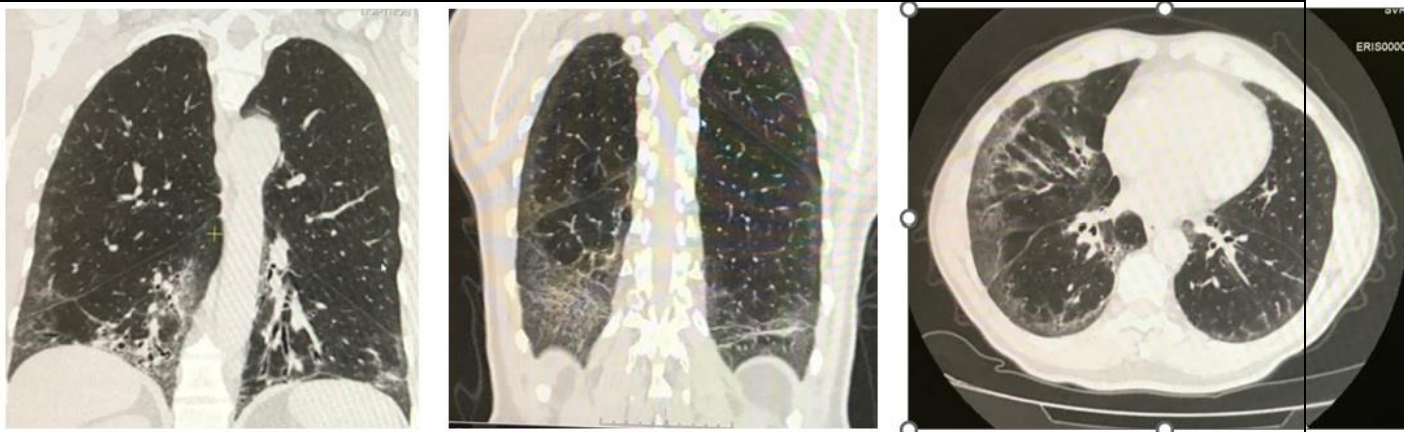


Рис. 2. Результаты КТ органов грудной клетки больной

Ситуационная задача 7

Больной Ж., 47 лет, поступил в ревматологическое отделение с жалобами на ноющие боли в плюснефаланговых суставах обеих стоп, правом голеностопном и левом коленном суставах, усиливающиеся к утру (в момент пробуждения) и при движениях, ограничение объема движений в вышеперечисленных суставах, отечность голеней и стоп, эпизодически выявляемое повышение АД до 160/110 мм рт.ст. (регулярно АД не контролирует, терапии не получает), ноющие боли в правой поясничной области. Работает в офисе, ведет малоподвижный образ жизни. Диету не соблюдает. Наследственный анамнез: мать больного, 70 лет, страдает гипертонической болезнью, сахарным диабетом 2 типа, отец умер в возрасте 65 лет от инфаркта миокарда.

Считает себя больным в течение последних 5 лет, когда впервые на фоне полного благополучия появились сильнейшие жгучие, пульсирующие боли в области плюснефалангового сустава I пальца левой стопы около двух часов ночи, вследствие чего больной не мог вновь заснуть. Боли в суставе сопровождались появлением его припухлости, кожа над ним покраснела, стала горячей, натянутой и блестящей. Повысилась температура тела до 38,2°C. Болевой синдром не купировался приемом парацетамола. Кроме того, появились резкое ограничение движений в этом суставе, болезненность при дотрагивании до него, соприкосновении с простыней. К утру интенсивность боли заметно ослабела, но припухлость сустава сохранялась. К врачам пациент обращаться не стал, ничем не лечился; через 2-3 сут. боли в I плюснефаланговом суставе левой стопы купировались полностью, через несколько дней спустя исчезла и припухлость сустава.

Второй приступ болезни последовал примерно через 1 год, с вовлечением в процесс правого голеностопного сустава, боль в суставе носили аналогичный характер, сопровождались общими явлениями в виде субфебрилитета, недомогания, в продромальный период пациент отметил потерю аппетита, гиперсаливацию и жажду. Обратился к врачу, при обследовании выявлены: СОЭ до 52 мм/час, гиперфибриногенемия (6,88 г/л), гиперурикемия (мочевая кислота в крови 546 мкмоль/л), гиперхолестеринемия (общий холестерин 7,2 ммоль/л, липидные фракции не исследовались), гликемия натощак 6,0 ммоль/л, на рентгенограмме правого голеностопного сустава изменения не обнаружены. Был назначен индометацин в дозе 150 мг/сут, на фоне приема которого болевой синдром регрессировал.

В дальнейшем пациент отметил, что частота приступов артрита составляла ранее 1 раз в год, а с течением времени кратность обострений болезни увеличилась до 3-4 раз в год. В последние 3 года отмечаются эпизоды повышения АД, появились боли в поясничной области,

в связи с чем было проведено УЗИ почек, которое выявило камень в нижнем полюсе правой почки размером 13 мм.

При осмотре: общее состояние удовлетворительное. Температура тела 36,7°C. Рост 172 см, вес 94 кг. Окружность талии 107 см. Кожа бледная, сухая. Деформация голеностопных суставов, более выраженная справа, I плюснефаланговых суставов обеих стоп, кожа над суставами не изменена, без локальной гипертермии. Движения в суставах с болезненным ограничением. На обеих кистях округлые малоблезненные образования до 1 см в диаметре, а также внутренней поверхности правой стопы округлые образования до 3 см в диаметре (тофусы), продольно-поперечное плоскостопие (*рисунок 1 и 2*). В легких дыхание везикулярное, хрипы не выслушиваются. ЧД 16 в мин. Перкуторный звук ясный легочный над всеми легочными полями. Тоны сердца приглушены, ритм правильный, шумов и дополнительных тонов не выслушивается. АД 160/80 мм рт.ст., ЧСС 88 уд/мин. Живот мягкий, безболезненный. Печень перкуторно по краю реберной дуги. Периферических отеков нет.

Вопросы:

1. Сформулируйте предварительный диагноз и обоснуйте его.
2. Какие дополнительно методы обследования необходимо выполнить пациенту?
3. Определите тактику ведения пациентки.



Рис. 1. Кисть пациента



Рис. 2. Стопа пациента

Ситуационная задача 8

Пациент А., 35 лет, обратился к врачу с жалобами на боль в поясничном отделе позвоночника, преимущественно в утреннее время, уменьшающаяся после физической нагрузки, боль иррадирует в паховую область справа, правое бедро, а также на утреннюю скованность в позвоночнике продолжительностью до 1 часа.

Из анамнеза известно, что впервые боль в нижней части спины появились 8 лет назад. Обследовался у невролога; при МРТ поясничного отдела позвоночника были выявлены небольшие костные разрастания по задней поверхности L2-L5, артроз фасеточных суставов. На протяжении нескольких лет наблюдается в клинике с диагнозом «Пояснично-крестцовый радикулит». Периодически принимал НПВП, миорелаксанты, витамины группы В с положительным эффектом. В возрасте 25 лет перенес иридоциклит. В последние месяцы отметил увеличение продолжительности утренней скованности, боли в поясничном, грудном отделах позвоночника.

При осмотре: состояние удовлетворительное. Нормостенического телосложения. Кожные покровы и видимые слизистые оболочки физиологической окраски. Периферических отеков нет. Экссудативных изменений в суставах не выявлено. Отмечается сглаженность поясничного лордоза и напряжение прямых мышц спины. Болезненность при пальпации остистых отростков и по паравертебральным линиям в грудном и поясничном отделах позвоночника. Симптом Кушелевского положительный. Симптом Томайера 23 см. Положительные симптомы Шобера и Отта. Ограничение экскурсии грудной клетки. В легких дыхание везикулярное, проводится во все отделы, хрипы не выслушиваются. ЧД 17 в минуту. Тоны сердца звучные, ритм правильный, шумов нет. АД 130/80 мм рт.ст. ЧСС 68 в минуту. Живот при пальпации мягкий, безболезненный во всех отделах. Печень и селезенка не увеличены. Почки не пальпируются, симптом поколачивания в поясничной области отрицательный.

Клинический анализ крови: гемоглобин 132 г/л; эритроциты $4,1 \times 10^{12}$ /л; гематокрит 45%; лейкоциты $6,1 \times 10^9$ /л; палочкоядерные 1%; сегментоядерные 60%; лимфоциты 29%; моноциты 8%; эозинофилы 2%; СОЭ 18 мм/час.

Биохимический анализ крови: общий белок 77 г/л; альбумин 52,1 г/л; КФК 24 ЕД/л; ЛДГ 101 ЕД/л; билирубин общий 6,4 мкмоль/л; АЛТ 17 ЕД/л; АЛТ 32 ЕД/л; ЩФ 41 ЕД/л; креатинин 69 мкмоль/л; мочевины 5,8 ммоль/л; мочевая кислота 281 мкмоль/л; холестерин 4,6 ммоль/л; СРБ 15,3 г/л.

Пациент принес рентгенограмму сакроилиальных сочленений (рис. 1), результаты МРТ КПС (рис. 2 и 3) пояснично-грудного отдела позвоночника (рис. 2).

Вопросы:

1. Сформулируйте предварительный диагноз и его обоснование.
2. Какое дообследование необходимо провести?
3. Определите тактику дальнейшего ведения.



Рис. 1. Рентгенография крестцово-подвздошных суставов

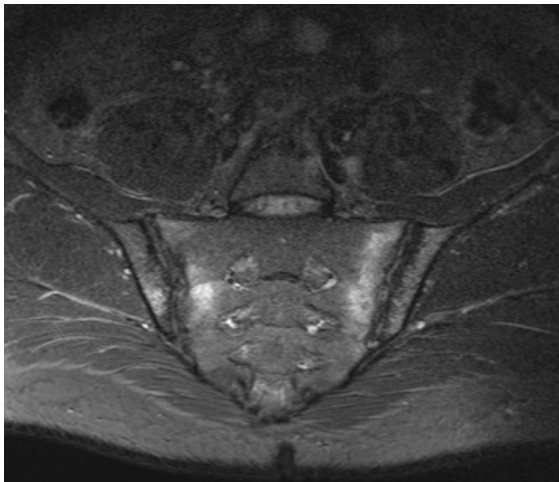


Рис. 2. МРТ крестцово-подвздошных сочленений, STIR



Рис. 3. МРТ поясничного и грудного отделов позвоночника, STIR

Ситуационная задача 9

Больная Ш., 33 лет, обратилась в клинику с жалобами на выраженные боли и припухание суставов кистей, лучезапястных, локтевых, плечевых и коленных суставах, на боль при жевании, утреннюю скованность в пораженных суставах до 14-15 часов дня, потерю веса на 6 кг за последние 4 месяца, выраженную общую слабость. Из анамнеза: около 7

месяцев назад впервые возникли боли в суставах кистей, лучезапястных, а затем коленных суставах. К врачам не обращалась, самостоятельно принимала диклофенак или нимесулид с некоторым положительным эффектом. На фоне приема данных препаратов возникли боли в эпигастрии, изжога.

При осмотре: состояние средней тяжести. Температура тела 37,6°C. Кожный покров и видимые слизистые бледные. Изменения суставов кистей представлены на рисунке. В области левого локтевого сустава 2 подкожных плотных узелковых образования размером 0,5х0,5 см. Коленные суставы деформированы за счет экссудативных изменений, определяется гипертермия кожи при пальпации, положительный симптом баллотирования надколенника с обеих сторон. DAS 28 = 5,6.

В легких дыхание с жестким оттенком, хрипов нет. ЧД 16 в мин. Тоны сердца приглушены, шумов нет, ритм правильный. ЧСС=80 в мин. АД 134/82 мм рт.ст. Живот при пальпации мягкий, умеренно болезненный в эпигастрии и пилородуоденальной зоне. Печень и селезенка не увеличены.

В анализах крови: гемоглобин 86,4 г/л, лейкоциты $9,1 \times 10^9/\text{л}$, тромбоциты $217 \times 10^9/\text{л}$, СОЭ 76 мм/час (по Вестергрену). Электрофорез белков: альбумины 43,7%, глобулины: α_1 - 4,9%, α_2 - 12,8%, β - 12,4%, γ - 26,2%. СРБ 54,7 мг/л, ревматоидный фактор (РФ) 22,1 ЕД/л (норма 0-40 ЕД/л). Сывороточное железо – 6,2 мкмоль/л. Рентгенография кистей: околосуставной остеопороз и единичные кисты в эпифизах II-III пястных костей справа, сужение суставных щелей обоих лучезапястных суставов, II-IV слева и II-III пястно-фаланговых суставов справа. Эзофагогастродуоденоскопия: яркая гиперемия слизистой антрального отдела желудка с 3 эрозивными дефектами, складки слизистой утолщены.

Вопросы:

1. Сформулируйте диагноз и его обоснование.
2. Какое дообследование необходимо провести?
3. Определите тактику ведения.



Ситуационная задача 10

Больная Т., 65 лет, предъявляет жалобы на постоянные ноющие боли в мелких суставах кистей, усиливающиеся после работы, к концу дня, ограничение движений пальцев рук, утреннюю скованность в пределах 20-30 минут.

Анамнез: вышеуказанные жалобы стали беспокоить около года назад. Периодически использует НПВС мази с кратковременным положительным эффектом. Работа не связана с физическим трудом, работает в архиве. Сопутствующая патология: артериальная гипертензия, II степени, 2 стадии, риск 3. Регулярно принимает престариум 5 мг утро, амлотоп 5 мг вечер. Пациентка отмечает, что у мамы и бабушки были "шишки" на пальцах.

При осмотре: состояние удовлетворительное. Кожные покровы чистые. Отеков нет. Пальцы обеих кистей деформированы, узелки Гебердена, Бушара. Пальпация II, IV дистальных межфаланговых суставов справа и III дистального межфалангового сустава слева болезненны, экссудативных изменений нет. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ритмичные. АД 130/80 мм рт. ст. ЧСС 74 в мин. Живот мягкий безболезненный.

Рентгенограмма кистей: *см. рисунок.*

Вопросы:

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Какой стадии рентгенологических изменений соответствуют данные изменения?
3. С каким заболеванием следует проводить дифференциальную диагностику?
4. Какие методы лечения возможно использовать при данном заболевании?



Ситуационная задача 11

Женщина В., 75 лет, предъявляет жалобы на боль в поясничном отделе позвоночника, в мелких суставах кистей, боль в коленных суставах, особенно при первых движениях после периода покоя. Утренняя скованность около 30 мин.

Анамнез: указанные жалобы беспокоят более 10 лет, периодически принимала диклофенак 100 мг/сут. с положительным эффектом. В последнее время пациентка стала отмечать сложности при одевании, принятии душа, подъеме и спуске по лестнице из-за боли в суставах. Сопутствующие заболевания: около 10 лет повышение АД до 180/110 мм рт.ст., 5 лет назад перенесла инфаркт миокарда, стентирование огибающей коронарной артерии.

При осмотре: общее состояние удовлетворительное. Кожный покров нормальной окраски, влажности. Варикозное расширение вен нижних конечностей. Пастозность голеней. Вес 96 кг, рост 162 см. Узелковая деформация II-V дистальных межфаланговых суставов и II-III проксимальных межфаланговых суставов обеих кистей. Дефигурация коленных суставов за счет периартикулярного отека, при сгибании коленных суставов интраартикулярный хруст, объем движений не изменен, пальпация и движения умеренно болезненны. Болезненность при пальпации паравертебральных точек поясничного отдела позвоночника. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧД 18 в мин. Тоны сердца приглушены, ритм правильный. ЧСС 86 в мин. АД 150/90 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень не увеличена.

Клинический анализ крови: гемоглобин 130 г/л, лейкоциты $7,7 \times 10^9/\text{л}$, СОЭ 15 мм/час. Биохимический анализ крови без патологии. Иммунологический анализ крови: ревматоидный фактор отрицательный, С-реактивный белок 8 мг/л.

Представлен рентенограммы коленных суставов, пояснично-грудного отдела позвоночника.

Вопросы:

1. Сформулируйте клинический диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте план дополнительного обследования суставов?
4. Какова тактика ведения больной? (немедикаментозное и медикаментозное).



Ситуационная задача 12

Пациент А., 35 лет, поступил с жалобами на интенсивную боль в левом коленном суставе, правом голеностопном, плюснефаланговых суставах (боль по визуальной аналоговой шкале 8 баллов), слабость, потливость, повышение температуры тела до 39°C , боль и резь в глазах, гнойное отделяемое из глаз.

Заболел около месяца назад, когда появились боль и рези при мочеиспускании, повысилась температура тела до 39°C , примерно в это же время появилась резь в глазах,

лечился у уролога, принимал антибиотик юнидокс солютаб 100 мг 2 раза в день в течение 10 дней с положительным эффектом. Около недели назад появилась боль в вышеперечисленных суставах. Принимал НПВП с незначительным эффектом.

Состояние пациента средней тяжести. Бледен. Пальпируются единичные подчелюстные лимфоузлы. Припухлость, покраснение и болезненность левого коленного, голеностопных, плюсне-фаланговых суставов большого пальца правой стопы. Дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧД 19 в минуту. Тоны сердца ясные, ритм правильный. ЧСС 92 в минуту. Живот мягкий, безболезненный.

В анализ крови: лейкоциты $11 \times 10^9/\text{л}$, СОЭ 47 мм/час.

Бактериологический анализ крови: роста нет.

Анализ мочи: эритроциты 5-7 в п/зр., лейкоциты до 25-30 в п/зр. Белок отс.

Вопросы:

1. Сформулируйте предполагаемый диагноз и его обоснование.
2. Какое дообследование необходимо выполнить?
3. С какими заболеваниями необходимо провести дифференциальную диагностику?
4. Определите лечебную тактику.

Ситуационная задача 13

Пациент Ф., 65 лет, доставлен в клинику по экстренным показаниям в тяжелом состоянии с выраженной тотальной мышечной слабостью до степени обездвиженности, миалгиями, нарушением глотания. Заболел остро за 2 месяца до госпитализации: появились лихорадка до $38,5^{\circ}\text{C}$, общая слабость, поражение кожи в виде эритемы с локализацией на шее, груди, животе. В дальнейшем продолжала нарастать мышечная слабость преимущественно в проксимальных, а затем и в дистальных отделах конечностей, сгибателях мышц шеи, нарушился акт глотания, появилась гнусавость голоса. В анамнезе жизни – оба родителя умерли в возрасте до 50 лет от онкологических заболеваний.

Состояние при поступлении тяжелое. Рост 184 см, вес 78 кг. Самостоятельно себя не обслуживает. Кожа сухая, на эритематозном фоне явления чешуйчатого дерматита; в области ушных раковин и на груди эрозии до 10 мм в диаметре. В легких везикулярное дыхание, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, мягкий систолический шум во всех точках аускультации. АД 95/60 мм рт.ст. ЧСС 88 в мин. Живот мягкий безболезненный. Печень не пальпируется. Стул оформлен.

В анализах крови: анемия легкой степени (гемоглобин 91 г/л), тромбоцитопения ($94 \times 10^9/\text{л}$), СОЭ 26 мм/час. В биохимическом анализе крови КФК 4660 ЕД/л, ЛДГ 7880 ЕД/л, АЛТ 678 ЕД/л, АСТ 2236 ЕД/л, общий белок 48,4 г/л. В анализе мочи протеинурия до 0,5 г/л, миоглобинурия (+).

Рентгенография органов грудной клетки: без признаков очаговых инфильтративных изменений.

Эхокардиография: систолическая функция миокарда несколько снижена (фракция выброса левого желудочка 46% по Simpson), гипокинез всех стенок левого желудочка, диастолическая дисфункция II типа, зон локального нарушения сократимости не выявлено.

Консультирован неврологом: моторная полинейропатия с вялым тетрапарезом.

Вопросы:

1. Предварительный диагноз (основное заболевание, осложнения, сопутствующие заболевания).
2. Дополнительное обследование для уточнения диагноза и дифференциальной диагностики.



Рис. Сыпь на груди и лбу, изменения кожи на руках у больного

Ситуационная задача 14

Пациентка В., 68 лет, поступила с жалобами на боль в икроножных мышцах, затрудняющие передвижение, мышцах надплечья и плечевого пояса, боль в тазобедренных и коленных суставах. При целенаправленном опросе дополнительно было установлено наличие мышечной слабости в мышцах конечностей, повышенной сонливости (не может обходиться без дневного сна), невнятности речи, постоянное ощущение зябкости, особенно кистей рук, шелушение кожи на стопах, сухость и появление трещин на кончиках пальцев кистей рук, снижение памяти, отечность лица.

Из анамнеза установлено, что ухудшение самочувствия начала отмечать около 3-х лет назад в осенне-весенний периоды - немотивированная общая слабость, недомогание, диспептические проявления (тяжесть в эпигастрии, вздутие живота, отрыжка). Амбулаторно выполнены ультразвуковое исследование щитовидной железы, сосудов брахиоцефальной области – клинически значимых патологических отклонений выявлено не было. В общеклинических анализах отмечено снижение уровня лейкоцитов до $2,6 \times 10^9/\text{л}$, дислипидемия, по поводу которой был назначен аторвастатин в дозе 20 мг в сутки. В дальнейшем было выявлено повышение уровня креатинина до 146–162 мкмоль/л. По поводу артериальной гипертензии с максимальными цифрами 150-160/90 мм рт. ст. на протяжении последних лет периодически принимал ингибиторы АПФ (эналаприл 5-10 мг в сутки).

При объективном осмотре: кожа лица с желтоватым оттенком, умеренный периорбитальный отек. Кисти рук: кожа сухая, прохладная, с цианотичным оттенком, гиперкератоз кожи ладонной поверхности, множественные трещины на кончиках пальцев кистей рук. Изменения на коже обеих голеней (гиперемия, плотный отек кожи (см. рисунок). Лимфатические узлы не увеличены. Щитовидная железа пальпаторно не увеличена, подвижная, безболезненная. Речь замедленная, слегка невнятная. Реакция на вопросы отсроченная. АД 145/65 мм рт. ст. Левая граница относительной сердечной тупости смещена на 1,5 см кнаружи от среднеключичной линии. Тоны сердца ритмичные, умеренно приглушены. Над легкими дыхание везикулярное, прослушивается над всеми легочными полями. Живот мягкий, умеренно вздут, безболезненный при пальпации. Печень у края реберной дуги. Периферических отеков нет.

Лабораторно: в общем анализе крови лейкоциты $3,6 \times 10^9/\text{л}$, гемоглобин 127 г/л, эритроциты $4,25 \times 10^{12}/\text{л}$, тромбоциты $156 \times 10^9/\text{л}$; СОЭ – 16 мм/ч.; общий холестерин 7,6 ммоль/л, триглицериды 1,02 ммоль/л, ХС-ЛПНП 5,38 ммоль/л, ХС-ЛПОНП 0,46 ммоль/л, ХС-ЛПВП 1,76 ммоль/л; креатинин 123 мкмоль/л, АЛТ 78 Е/л, АСТ 101 Е/л, КФК 2036 Е/л, ЛДГ 1281 Е/л, общий белок, альбумин, мочевины, щелочная фосфатаза, глюкоза, билирубин, мочевая кислота – в пределах норм. Клубочковая фильтрация 53,1 мл/мин.

Общий анализ мочи – без патологии, суточная протеинурия – белок не обнаружен, анализ мочи по Зимницкому – гипо- и изостенурия.

Вопросы:

1. Сформулируйте предварительный диагноз (основное заболевание, осложнения, сопутствующие заболевания).
2. Обозначьте дифференциально-диагностический ряд.
3. Дополнительное обследование для уточнения диагноза и дифференциальной диагностики.



Ситуационная задача 15

Пациент С., 70 лет, поступил с жалобами на выраженные двусторонние постоянные боли в мышцах верхних и нижних конечностей, на боли в коленных, плечевых суставах и мелких

суставах кистей, повышение температуры тела до 37,8°C ежедневно, скованность «во всем теле» в течение 3-4 часов по утрам.

Анамнез. Заболел остро за 3 недели до госпитализации, когда появились интенсивные мышечные и суставные боли, повысилась температуры тела до 38,3°C. Начало заболевания связывает с переохлаждением. Лечился амбулаторно НПВП с временным эффектом. Через 2 недели после начала заболевания после физической нагрузки состояние ухудшилось, появилась боль в области коленных, плечевых суставов, боли в мышцах верхнего плечевого пояса и нижних конечностей, сохранялась лихорадка, появилась скованность по утрам. Госпитализирован.

При осмотре: общее состояние средней тяжести. Положение в постели активное. Температура тела 36,8°C. Кожные покровы обычной окраски. В височной области слева визуализируется и пальпируется неизвитая безболезненная височная артерия. Периферические лимфоузлы не увеличены. Щитовидная железа не пальпируется. Перкуторно над легкими ясный легочной звук, аускультативно – везикулярное дыхание. Деятельность сердца ритмичная, тоны сердца приглушены. Частота пульса – 76/мин., АД 110/70 мм рт. ст. Живот обычных размеров, мягкий, безболезненный. Печень у края реберной дуги, безболезненная. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный с обеих сторон. Периферических отеков нет. Физиологические отправления без особенностей.

При пальпации определяется болезненность мест прикрепления надостных мышц, дельтовидных мышц, области большого вертела с обеих сторон. Встает со стула с помощью рук. Руки поднимает до уровня 80 градусов. Коленные суставы деформированы за счет пролиферативных изменений, безболезненны при пальпации, объем пассивных движений в них сохранен. Суставы кистей при пальпации безболезненные, объем движений полный.

Клинический анализ крови: Эритроциты $3,99 \times 10^{12}/л$, гемоглобин 115 г/л, лейкоциты $8 \times 10^9/л$ (П – 2%, С – 72%, Э – 1%, Б – 0, Л – 22%, М – 3%), СОЭ 50 мм/час.

Общий анализ мочи - без патологии.

Биохимический анализ крови: глюкоза 4,6 ммоль/л, билирубин общ. 15,2 ммоль/л, АЛТ 45 Ед/л, АСТ 19 Ед/л, СРБ 80 мг/мл.

Ревматоидный фактор – отриц.

Вопросы:

1. Сформулируйте предварительный диагноз и его обоснование.
2. Дополнительное обследование для уточнения диагноза.
3. С какими заболеваниями следует проводить дифференциальный диагноз.
4. Обозначьте принципы лечения.

Ситуационная задача 16

Больной З., 52 лет, наблюдается в ревматологическом центре с диагнозом: «Ревматоидный артрит, полиартрит, серопозитивный, с внесуставными проявлениями (ревматоидные узелки), развернутая стадия, рентгенологическая стадия III, активность 3 (DAS 28 - СОЭ 5,2), ФК II».

Жалобы на боль и припухание суставов кистей, лучезапястных, локтевых, плечевых, коленных и голеностопных суставах, ограничение объема движения в них, утреннюю скованность продолжительностью до 1,5 часов с момента пробуждения.

Из анамнеза известно, что около 7 лет беспокоят боли в плечевых суставах, кратковременные, проходящие самостоятельно. Позже присоединились периодические боли в локтевых и лучезапястных суставах. В январе 2020г. появились боли и припухание левого лучезапястного сустава, затем мелких суставов кистей, кратковременные боли в плечевых,

коленных и голеностопных суставах. В марте 2020г. при обследовании выявлено повышение уровня С-реактивного белка, ревматоидного фактора, установлен диагноз ревматоидного артрита, назначен метотрексат 10 мг/нед (методжкт). Позднее начата комбинированная терапия в связи с сохраняющейся активностью заболевания: метотрексат 15 мг/неделю + Хумира 40 мг подкожно 1 раз в 2 недели. Всего было выполнено 18 инъекций Хумиры, разница DAS28 составила 0,62 по сравнению с визитом начала терапии. Пациент принимал непродолжительный период времени араву, отменена в связи с повышением уровня печеночных ферментов.

При осмотре: общее состояние удовлетворительное. Кожные покровы и видимые слизистые обычной окраски и влажности, чистые. Отеков нет. Лимфатические узлы не пальпируются. В легких дыхание проводится во все отделы, везикулярное, хрипы не выслушиваются. ЧД - 15 в мин. Тоны сердца ясные, ритм правильный. АД 126/74 мм рт ст., ЧСС 68 в мин. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Язык влажный, чистый. Печень у края реберной дуги. Симптом поколачивания в поясничной области отрицательный с обеих сторон. Дизурических расстройств не выявлено. Количество болезненных суставов – 11, количество припухших суставов – 7, оценка активности заболевания пациентом по ВАШ – 67 мм.

В клиническом анализе крови: гемоглобин – 119 г/л, эритроциты – $3,5 \times 10^{12}$ /л, лейкоциты – $11,9 \times 10^9$ /л, эозинофилы – 2%, сегментоядерные нейтрофилы – 64%, моноциты – 9%, СОЭ – 35 мм/ч (по Вестергрену). В биохимическом анализе крови: СРБ 24 мг/л, РФ 290 МЕ/мл.

Вопросы:

1. Оцените эффективность проводимой терапии ревматоидного артрита.
2. Показана ли больному терапия ГИБП? Обоснуйте свой ответ.
3. Какая дальнейшая тактика введения данного больного? Составьте план лечения и схемы назначения лекарственных препаратов, обоснуйте свой выбор.

Ситуационная задача 17

Больной А., 27 лет направлен на консультацию в ревматологический центр с жалобами на боли в поясничном отделе позвоночника, скованность в позвоночнике, преимущественно в первой половине дня, уменьшающуюся при движениях.

Из анамнеза известно, что около 2-х лет периодически беспокоит боль в поясничном отделе позвоночника, ограничение объема движений. Самостоятельно принимал мовалис 7,5 мг х 2 р/сут. - с положительным эффектом. Настоящее ухудшение около 3-х недель, когда отметил усиление болевого синдрома, незначительный эффект от приема НПВП, в связи с чем обратился в поликлинику, направлен на консультацию к ревматологу.

При осмотре: общее состояние удовлетворительное. Кожные покровы и видимые слизистые обычной окраски и влажности, чистые. Отеков нет. Лимфатические узлы не пальпируются. В легких дыхание проводится во все отделы, везикулярное, хрипы не выслушиваются. ЧД 14 в мин. Тоны сердца ясные, ритм правильный. АД 110/70 мм рт ст., ЧСС 64 в мин. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Язык влажный, чистый. Печень у края реберной дуги. Симптом поколачивания в поясничной области отрицательный с обеих сторон. Дизурических расстройств не выявлено. Болезненность при пальпации паравертебральных точек поясничной области. Тест Шобера 2 см. Козелок-стена 11 см. Экскурсия грудной клетки 2 см.

Пациент оценил продолжительность утренней скованности по ВАШ – 65 минут, боль в течение суток по ВАШ – 67 мм, боль в ночное время суток по ВАШ – 65 мм.

Данные лабораторных и инструментальных методов исследования: в клиническом анализе крови: гемоглобин 126 г/л, эритроциты $3,8 \times 10^{12}/л$, лейкоциты $12,8 \times 10^9/л$, эозинофилы – 2%, сегментоядерные нейтрофилы – 68%, моноциты 10%, СОЭ 44 мм/ч (по Вестергрену).

В биохимическом анализе крови: СРБ – 35 мг/л, РФ – отрицательный.

HLA-B27 – положительный.

Рентгенография органов грудной клетки в 2-х проекциях – без особенностей.

Вопросы:

1. Поставьте предварительный диагноз. Как оценить активность заболевания?
2. План обследования пациента.
3. Составьте план ведения, лечения и схемы назначения лекарственных препаратов, обоснуйте свой выбор.

Ситуационная задача 18

Больная Л., 28 лет, по поводу «Недифференцированного васкулита» 3 года назад получала до 60 мг преднизолона, была достигнута полная ремиссия, последние годы получала 5 мг преднизолона, последние полгода самостоятельно снизила дозу до 2,5 мг/сут. Последний месяц стала вновь отмечать слабость, вновь появились боли в суставах и мышцах, стала худеть, снизился аппетит. Накануне повысилась температура до $38,3^{\circ}\text{C}$ с ознобом, появилась заложенность носа, боли в горле при глотании. В семье 2 человека больны ОРВИ. Сегодня ночью состояние резко ухудшилось: резко усилилась головная боль, резкая слабость, тошнота, повторная рвота, нелокализованные боли по всему животу, профузный понос до 6-7 раз.

Объективно: состояние тяжёлое. Апатична. Температура $39,4^{\circ}\text{C}$. Кожа мраморная, сухая, выраженный акроцианоз. Обращает на себя внимание гиперпигментация локтей. В лёгких дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧД 22 в мин. Тоны глухие, ритм правильный. АД 75/40 мм рт.ст. Пульс нитевидный, 115 в минуту. Язык суховат, обложен налётом. Живот болезненный во всех отделах. Симптом Щёткина-Блюмберга сомнительный. Олигурия. Больная госпитализирована в инфекционную больницу по экстренным показаниям.

Вопросы:

1. Сформулируйте причину развившегося состояния и предварительный диагноз.
2. Какое дообследование необходимо пациентке?
3. Определите лечение.

Ситуационная задача 19

Больная Ж., 28 лет, 8 сутки после родов. Жалобы на повышение артериального давления, боли в височной области, в поясничной области и за грудиной, ухудшение зрения.

Анамнез заболевания: данные роды первые, беременность - вторая, первая закончилась самопроизвольным выкидышем на сроке 14 недель в возрасте 23 лет. В 17 лет тромбоз глубоких вен голени слева с последующим рецидивом через 2 года. В возрасте 27 лет при планировании беременности диагностирован первичный АФС. Во время второй беременности на сроках 5, 9 и 15 недель госпитализации с угрозой прерывания. В лабораторных исследованиях - высокие титры волчаночного антикоагулянта, снижение агрегации тромбоцитов, гиперкоагуляция, несмотря на терапию (фраксипарин 0,6 мл, утрожестан, магне В6, кардиоаспирин 150 мг/сут.). В 33-34 недели по данным УЗИ – фетоплацентарная недостаточность, задержка развития плода на 2 недели, преждевременное созревание плаценты. В 36 недель, путем кесарева сечения был извлечен мальчик 2430 г, 48 см. При гистологическом исследовании плаценты – множественные тромбозы. На 5-6 день после

родов, на фоне продолжающегося лечения фраксипарином 0,6 мл/сут., отмечалось повышение артериального давления, боль в височных областях, ухудшение зрения.

Консультация окулиста: отек зрительных нервов. Через 2 дня появились боли в поясничной области и за грудиной, пелена перед глазами усилилась. Исследование гемостаза: ВА в высоком титре, Д-димер 4 мкг/л (норма <0,5 мкг/мл), гипокоагуляция, тромбоцитопения потребления.

Вопросы:

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Какое дополнительное обследование необходимо провести?
3. С какими состояниями необходимо проводить дифференциальный диагноз?
4. Определите дальнейшую тактику лечения.

Ситуационная задача 20

Больная Н., 57 лет, обратилась для планового осмотра. Беспокоит боль в мелких суставах кистей и стоп.

В анамнезе: в течении 8 лет системная красная волчанка, хронического течения, с поражением кожи (дискоидные высыпания на коже), почек (гломерулонефрит), иммунологическими нарушениями (АНФ+, антитела к ДНК+, снижение С3-компонента комплемента). Биопсия почки не проводилась. Получала терапию циклофосфамидом в дебюте заболевания (суммарно введено 3 г/сут.), метипредом 8 таб. В сутки с последующим снижением дозы до 8 мг в сутки. У ревматолога наблюдается нерегулярно. 2 мес. назад в общем анализе крови гемоглобин 85 г/л. Больная получала препараты железа (ферроплекс) без выраженного эффекта: гемоглобин повысился до 90 г/л, эритроциты $2,57 \times 10^{12}/л$. Обратилась к ревматологу в связи с усилением болей в суставах.

При осмотре: высыпания на коже спины, груди, лица папуло-сквамозные (см. рисунок), сопровождаются зудом. Пальпируются мягко-эластической консистенции лимфатические узлы до 1 см в диаметре надключичные, подмышечные. В легких дыхание везикулярное, ослаблено в нижних отделах с обеих сторон, хрипов нет. 1 и 2 тоны над верхушкой приглушены, выслушивается мягкий систолический шум в 1 точке. ЧСС 89 в мин. АД 120/70 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Стул – запоры. Учащено мочеиспускание в ночные часы.

Клин. ан. крови: гемоглобин 92 г/л, эритроциты $3,1 \times 10^{12}/л$, лейкоциты $3,1 \times 10^9/л$, тромбоциты $100 \times 10^9/л$, эозинофилы 2%, сегментоядерные нейтрофилы – 68%, моноциты 10%, СОЭ 34 мм/ч (по Вестергрену).

В биохимическом анализе крови креатинин 108 мкмоль/л (норма лаборатории для женщин до 98 мкмоль/л).

В общем анализе мочи: белок 0,05 г/л, эритроциты 0-2 в поле зрения, лейкоциты 14-16 в поле зрения, бактерии, слизь.

АД стабильное 115/65-120/70 мм рт.ст.

Получает терапию: плаквенил 0,2 г/сут., метилпреднизолон 8 мг/сут., диклофенак 100 мг/сут. при болях в суставах.

Вопросы:

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Какое дообследование необходимо провести?
3. Скорректируйте терапию.



Рис. Высыпания на коже спины

Ситуационная задача 21

Девочка Д., 12 лет, госпитализирована в соматическое отделение детской больницы с жалобами на повышение температуры тела до 38,7 °С, боль в коленных, голеностопных и локтевых суставах, непроизвольные движения рук, лица, повышенную плаксивость, выраженную слабость, утомляемость.

Из анамнеза: за 2 недели до госпитализации отмечала интенсивную боль в горле, лечилась местными средствами.

При осмотре: состояние средней тяжести. Кожные покровы и видимые слизистые бледные, влажные. Грудная клетка симметричная, ЧДД - 16 в минуту. Перкуторно ясный легочный звук. Аускультативно дыхание везикулярное, проводится во все отделы, хрипов нет. Грудная клетка в области сердца не изменена. Границы относительной тупости сердца: правая - по правому краю грудины, левая - по левой среднеключичной линии, верхняя - третье межреберье. При аускультации сердца - тоны приглушены, ритм сохранен, на верхушке выслушивается систолический шум. ЧСС 98 уд/мин. АД 120/80 мм рт.ст. Живот нормальной формы, симметричен. При пальпации живот мягкий, безболезненный. Размеры печени по Курлову: 9х8х7 см. Селезенка не увеличена.

Общий анализ крови: гемоглобин - 127 г/л, лейкоциты - $9,8 \times 10^9$ /л, эритроциты - $4,6 \times 10^{12}$ /л, эозинофилы - 1 %, палочкоядерные - 2 %, сегментоядерные - 67 %, лимфоциты - 21 %, моноциты - 5 %. СОЭ - 25 мм/ч.

Общий анализ мочи: относительная плотность - 1011, реакция кислая, белок, глюкоза, эритроциты отсутствуют, лейкоциты - 1-2 в поле зрения.

Иммунологический анализ крови: СРБ - 41 г/л, АСЛ-О - 720 ЕД (норма до 250 ЕД), титр антигиалуронидазы - 332 ЕД (норма до 300 ЕД).

При рентгенографии органов грудной клетки: очаговых и инфильтративных теней не выявлено.

Консультация невролога: больная эмоционально лабильна. Определяются гиперкинезы рук, туловища, мимической мускулатуры. Выполнение координационных проб затруднено.

Вопросы:

1. Как можно расценить неврологические изменения у данной больной?
2. Перечислите критерии предварительного диагноза и укажите степень активности процесса у данной больной.
3. Сформулируйте предварительный диагноз.

4. Тактика лечения больной.

Ситуационная задача 22

Пациент З., 18 лет, поступил в стационар с жалобами на температуру до 37,5°C, одышку при значительной физической нагрузке, перебои в работе сердца, боль и припухание коленных суставов, выраженную общую слабость, быструю утомляемость.

Из анамнеза: часто болел ОРЗ в детстве.

Настоящее ухудшение около трех недель назад, когда перенес ангину, через неделю назад вновь отметил появление субфебрильной температуры и другие вышеперечисленные жалобы.

При осмотре состояние средней тяжести. Температура тела 37,2°C, кожные покровы обычной окраски, влажные. Зев: небные дужки гиперемизованы, миндалины увеличены, определяются единичные гнойные пробки. В легких аускультативно хрипов нет, перкуторный звук ясный легочный. ЧД в покое 17 в минуту. При перкуссии сердца левая граница на 1,5 см левее среднеключичной линии, остальные границы в пределах нормы. При аускультации тоны приглушены, единичные экстрасистолы. ЧСС - 96 в минуту, пульс 96 в минуту. Имеется мягкий систолический шум на верхушке. АД - 120/80 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не увеличены. Симптом Пастернацкого отрицательный. Коленные суставы отечны, при пальпации локально над суставами температура повышена, определяется болезненность при активных и пассивных движениях.

В клиническом анализе крови: лейкоциты - 12×10^9 /л, п/я - 4%, с/я - 78%, СОЭ - 39 мм/ч. СРБ 32 г/л, фибриноген 5,2 г/л. Титр анти-О-стрептолизина (АСЛ) 800 Ед/л.

На ЭКГ: синусовый ритм, ЧСС - 96 в минуту, вертикальное положение ЭОС, PQ-0,24 с, QRS - 0,08 с, единичные предсердные экстрасистолы.

При рентгенографии органов грудной клетки очаговые и инфильтративные изменения не выявлены, небольшое расширение сердца влево.

При эхокардиографии: незначительная дилатация левого и правого желудочков. ФВ - 49%, митральная регургитация II степени. Створки клапанов не изменены.

Вопросы:

1. Сформулируйте предварительный клинический диагноз и укажите диагностические критерии.
2. Назначьте лечение и обоснуйте его.

Ситуационная задача 23

В стационар поступила больная 28 лет. Заболела 9 лет назад, когда без видимых причин появились боли в мелких суставах кистей, высыпания на коже лица, через некоторое время присоединились отеки. Длительно сохранялась лихорадка (37,6-38,3°C). Практически постоянно проводилось лечение преднизолоном (максимальная доза 40 мг/сут., поддерживающая – 10-15 мг/сут). В течение последних 8 месяцев принимала преднизолон в дозе 15 мг/сут., на этом фоне отметила прибавку в весе на 17 кг, выявлена гипергликемия 8,2 ммоль/л, повышение АД до 180/110 мм рт.ст. Попытки снижения дозы преднизолона ниже 15 мг/сут. вызывали слабость, усиление изменений на коже, нарастание отеков, повышение температуры тела. Госпитализирована для определения дальнейшей тактики лечения.

При осмотре: обращают на себя внимание небольшой рост, ожирение с преимущественным отложением жира над 7 шейным позвонком, в надключичных ямках, яркая гиперемия кожи лица, гнойничковая сыпь на коже спины и плеч, стрии на животе, отеки голеней. Отмечается болезненность при пальпации остистых отростков на уровне 11-12

грудного и 1-2 поясничных позвонков. АД 175/105 мм рт.ст.

Анализ крови: гемоглобин 95 г/л, эритроциты $4,2 \times 10^{12}/л$, лейкоциты $11 \times 10^9/л$ (формула не изменена), СОЭ 37 мм/час; общий белок 62 г/л, альбумин 35 г/л, глюкоза 7,2 ммоль/л, креатинин 120 ммоль/л. АНФ 1:160, АТ к нативной ДНК 1,8 (норма до 1,2). С3 и С4 компоненты комплемента снижены.

Анализ мочи: уд. вес 1018, белок 0,7 г/л эритроциты 8-10 в поле зрения, лейкоциты 4-6 в поле зрения, гиалиновые цилиндры 1-2 в поле зрения.

Анализ кала: повторно положительные реакции на кровь.

Вопросы:

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Составьте план обследования больного, укажите какие дополнительные исследования необходимо провести для постановки диагноза.
3. Назначьте лечение и обоснуйте его.

Ситуационная задача 24

Мужчина 56 лет, страдает ХОБЛ, получает ингаляционные глюкокортикоиды в течение 8 лет, бередуал по потребности. Курит более 30 лет. Переломов у родителей не было. Ранее переломов не было. Страдает артериальной гипертензией, получает лозартан. Направлен терапевтом поликлиники.

Вопросы:

1. Дайте заключение денситометрии.
2. Рассчитайте FRAX для данного больного.
3. Назначьте обследование и лечение.

ROI	BMD($г/см^2$)	BMC($г$)	Площадь($см^2$)	T-score	Z-score
Шейка бедра	0.599	4.35	7.26	-2.8 (-41%)	-2.0 (-33%)
Большой вертел	0.633	0.17	0.26	-1.6 (-26%)	-1.3 (-22%)
Межвертельное пр-во	0.948	27.88	29.41	-1.8 (-28%)	-1.6 (-25%)
Все бедро	0.877	32.39	36.93	-2.0 (-30%)	-1.6 (-26%)
Угол	0.313	0.31	0.99	NC	NC

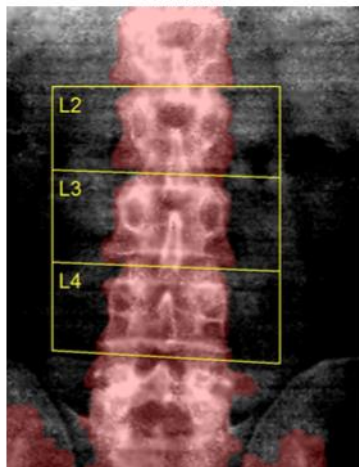
Ситуационная задача 25

Пациент Г., 53 лет, длительное время страдает ревматоидным артритом, постоянно принимает метотрексат 20 мг/неделю, метипред 8 мг/сутки. Обратился к врачу в связи с появлением боли в поясничном отделе позвоночника. Пациенту было рекомендовано проведение двухэнергетической рентгеновской абсорбциометрии (DXA) – результаты представлены. Ранее переломов не было.

Вопросы:

1. Дайте заключение по денситограммам.
2. Сформулируйте диагноз.
3. Назначьте обследование и лечение.

Спина



Не для диагностики.

Информация о скане

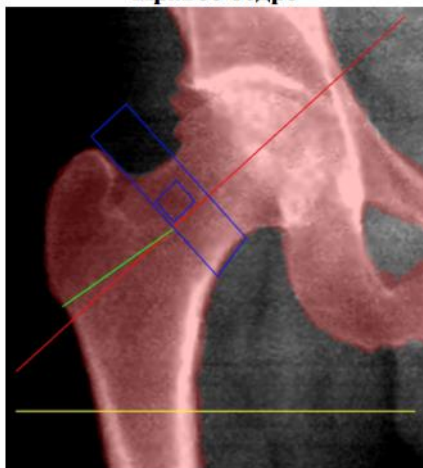
Оператор: Салагаева Т.В.
Направление от: кафедра
Врач: Никифоров Б.В.
Дата сканир.: 13/02/2013 14:41:19
Дата анализа: 13/02/2013 14:49:24
Возраст: 53 Лет
Рост: 170 см Вес: 71 кг
ВМ: 24.57 кг/м² Здоровый [18.5 - 24.9]
Область исслед.: Спина
* Эффектив./полученная доза: 1.95μSv/41μGy
Режим сканир.: точный
Анализ: Автоматический
Прогнозир. возраст Остеопороза: 64 Лет

10-летний прогноз риска перелома

Тип перелома	Страна : Россия	
	Без BMD%	С учетом BMD%
Остеопорозный	18.78	NC
Бедро	4.08	NC

ROI	BMD(g/cm ³)	Данные денситометрии		T-score	Z-score
		BMC(g)	Площадь(см ²)		
L2	0.760	12.81	16.85	-2.5 (67%)	-2.2 (70%)
L3	0.817	15.37	18.83	-2.0 (74%)	-1.7 (77%)
L4	0.785	15.27	19.45	-2.0 (73%)	-1.7 (76%)
Полный	0.788	43.46	55.14	-2.3 (71%)	-1.9 (75%)

Правое бедро



Не для диагностики.

Информация о скане

Оператор: Салагаева Т.В.
Направление от: кафедра
Врач: Никифоров Б.В.
Дата сканир.: 13/02/2013 14:41:19
Дата анализа: 13/02/2013 14:52:02
Возраст: 53 Лет
Рост: 170 см Вес: 71 кг
ВМ: 24.57 кг/м² Здоровый [18.5 - 24.9]
Область исслед.: Правое бедро
* Эффектив./полученная доза: 0.31μSv/20μGy
Режим сканир.: точный
Анализ: Автоматический
Прогнозир. возраст Остеопороза: NC

10-летний прогноз риска перелома

Тип перелома	Страна : Россия	
	Без BMD%	С учетом BMD%
Остеопорозный	4.64	7.38
Бедро	0.24	1.37

ROI	BMD(g/cm ³)	Данные денситометрии		T-score	Z-score
		BMC(g)	Площадь(см ²)		
Шейка бедра	0.742	4.43	5.97	-1.9 (73%)	-1.1 (82%)
Большой вертел	0.717	9.64	13.45	-1.0 (84%)	-0.7 (88%)
Межвертельное пр-во	1.130	23.61	20.89	-0.9 (86%)	-0.7 (89%)
Все бедро	0.935	37.68	40.31	-1.1 (84%)	-0.7 (88%)
Угри	0.443	0.47	1.06	NC	NC

Ситуационная задача 26

На прием к ревматологу обратился мужчина, 36 лет, с жалобами на интенсивные боли в правом плече, усиливающиеся при движении (подъем руки вверх, одевании, причесывание) и левом плече. Направлен терапевтом поликлиники с направительным диагнозом «артрит». Из анамнеза известно, что боль в области плеча появилась после значительной физической нагрузки (игра в хоккей) и падения на правый бок 2 мес. назад. Сразу после травмы обратился в травмпункт, где на рентгенографии правого плечевого сустава не выявлено переломов костей. Боль постепенно уменьшилась, однако 2 недели назад вновь усилилась, беспокоит ночью, препятствует обычным занятиям (причесывание, одевание). Принимал ибупрофен, анальгин с временным положительным эффектом.

При осмотре: пальпаторно определяется болезненность передне-наружной области головки плечевой кости слева, но больше справа. Боль усиливается при отведении правого плеча кзади. Положителен симптом Дауборна – активное отведение руки в сторону и поднятие ее вверх приводит к нарастанию боли при приближении к прямому углу между рукой и туловищем справа, в меньшей степени слева. При дальнейшем подъеме руки боль ослабевает или исчезает. Опускание руки вновь вызывает сильные боли при приближении к прямому углу с туловищем. При движении в других суставах боли нет, объем движений полный. По органам – без патологии.

Вопросы:

1. Поставьте предположительный диагноз.
2. Какие методы исследования можно рекомендовать больному.
3. Какие структуры вовлечены в процесс?
4. Назначьте лечение.

Ситуационная задача 27

На прием обратилась женщина, 56 лет, с жалобами на ограничение правого плеча в движении: невозможность поднять руку, расчесать волосы, почистить зубы, нести сумку, тупые, неинтенсивные боли в области правого плечевого сустава по утрам, проходящие после гимнастики.

Из анамнеза известно, что год назад после чрезмерной для больной физической нагрузки (работала на даче) возникли резкие боли в области правого плечевого сустава, ограничение движения в нем из-за болей, принимала кетонал, затем различные НПВП с положительным эффектом, в область плечевого сустава однократно вводился дипроспан. Боль постепенно уменьшилась, однако нарастало снижение объема движения в правом плечевом суставе.

Из сопутствующих заболеваний – артериальная гипертензия, сахарный диабет 2 типа.

Вопросы:

1. Какое заболевание можно заподозрить у больной?
2. Какие методы обследования, включая методы осмотра больной, следует выполнить?
3. Рекомендации по лечению.

Ситуационная задача 28

На прием к ревматологу обратилась женщина, 54 года, с жалобами на боли в тазобедренных, коленных суставах, больше выраженные в области левого тазобедренного сустава, резко усиливающиеся при ходьбе, при усаживании на стул и вставании с него, а также в ночное время. Из анамнеза известно, что диагноз «остеоартроз» был поставлен 5 лет назад, принимала различные нестероидные противовоспалительные препараты местно и внутрь, непостоянно препараты гиалуроновой кислоты. Страдает артериальной гипертензией, сахарным диабетом (получает инсулин).

При осмотре: больная повышенного питания, ИМТ 36 кг/м². Деформация коленных суставов за счет пролиферативных изменений, отмечается экссудативные явления, больше выраженные слева, справа и слева в подколенной ямке киста Бейкера, при сгибании интраартикулярный хруст. Определяется пальпаторная болезненность и отек в области внутренней части левого колена. При отведении левого бедра возникает боль, определяется выраженная пальпаторная болезненность в области большого вертела. Пассивное сгибание, наружная и внутренняя ротация не вызывает интенсивной боли, ограничения внутренней ротации нет. По органам – без особенностей.

При рентгенографии тазобедренных суставов в прямой проекции: умеренное сужение суставных щелей, остеофиты, данных за асептический некроз головок бедренных костей нет.

Вопросы:

1. Сформулируйте диагноз.
2. Какие симптомы указывают на поражение мягких тканей?
3. Определите тактику лечения.

Ситуационная задача 29

На приеме у ревматолога женщина 30 лет с жалобами на боли в мышцах, больше мышцах плечевого пояса и спины, боли в лучезапястных, плечевых, коленных, голеностопных суставах, утреннюю скованность в течение 2 часов, слабость, быструю утомляемость, плохой сон, снижение веса на 4 кг за полгода, побеление пальцев рук. Из анамнеза известно, что впервые боли в мышцах и суставах появились года назад. Причину заболевания больная назвать затрудняется. Пациентка неоднократно обследовалась, исключались онкологические заболевания, исключена патология желудочно-кишечного тракта, сердечно-сосудистая патология. Направлена на консультацию к ревматологу.

При осмотре: тревожна. Пониженного питания. Экссудативных изменений в суставах нет, объем движений в суставах полный, безболезненный. При пальпации мышц плечевого пояса, верхней части спины, области локтевого сустава, бедер определяется их болезненность. По органам – без патологии.

Вопросы:

1. Какое заболевание можно заподозрить у пациентки?
2. Какие необходимо провести обследования?
3. Критерии диагноза.
4. Назовите методы лечения.

Ситуационная задача 30

На прием обратился мужчина, 45 лет, с жалобами на боль в области правого локтевого сустава, усиливающуюся при разгибании и ротационных движениях локтевого сустава. Боль беспокоит в течение недели. Начало заболевания связывает с тяжелой физической нагрузкой на дачном участке.

При осмотре определяется выраженная болезненность латерального надмыщелка правой плечевой кости, отечность тканей в области латерального надмыщелка. Усиление боли при сжатии пальцев в кулак и одновременном сгибании кисти (положительный симптом Томпсона).

Вопросы:

1. Какую патологию можно заподозрить у больного?
2. С чем связано заболевание?
3. Методы лечения.

Ситуационная задача 31

Пациентка Б., 14 лет, направлена к подростковому врачу для обследования в связи с болями в суставах нижних конечностей.

Жалоб на момент осмотра не предъявляет.

Анамнез: росла и развивалась соответственно возрастным нормам. С детского возраста – хронический тонзиллит. В пубертатном периоде стала испытывать боли в коленных и голеностопных суставах после спортивных тренировок в течение 2-х мес. Обследовалась:

ЭКГ - без патологических изменений. Кандидат в мастера спорта по художественной гимнастике.

Объективно при осмотре: общее состояние удовлетворительное. Кожные покровы нормальной окраски, хорошо поддаются растяжению, отеков нет. Вес 49 кг, рост 161 см. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧД 17 в мин. Перкуторно границы сердца в норме. При аускультации – выслушивается голосистолический шум над верхушкой сердца, I тон ослаблен, выслушиваются экстрасистолы. ЧСС 90 в мин. АД 110/65 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень не выступает из-под края реберной дуги. Симптом поколачивания в поясничной области отрицательный с обеих сторон. Физиологические отправления в норме. При обследовании опорно-двигательного аппарата выявлены следующие симптомы: пассивное сгибание пястно-фалангового сустава 5-го пальца в обе стороны, пассивное сгибание 1-го пальца в сторону предплечья при сгибании в лучезапястном суставе, переразгибание локтевого сустава свыше 10 град., переразгибание коленного сустава свыше 10 град.

ЭКГ: синусовая тахикардия, ЧСС 100 в мин, единичные желудочковые экстрасистолы.

Суточное мониторирование ЭКГ по Холтеру: регистрируется синусовая тахикардия, ср. ЧСС днем – 96 в мин, ср. ЧСС ночью – 88 в мин. Желудочковых экстрасистол – 26 за сутки, наджелудочковых экстрасистол – 102 за сутки.

Эхокардиография: аорта 30 мм. Миксоматозная дегенерация створок митрального клапана, толщина 6 мм, глубина пролабирования 4 мм. Длина передней створки 25 мм, задней – 15 мм. Митральная регургитация I степени. ФВ ЛЖ 60%. СДЛА 20 мм рт.ст. Толщина задней стенки левого желудочка – 0,9 см, межжелудочковой перегородки – 0,9 см.

Вопросы:

1. Назовите ведущие симптомы и синдромы заболевания.
2. Назовите заболевания, имеющие сходные клинические проявления.
3. Какова тактика ведения пациента?