

Ситуационная задача 80

Пациентка М., 62 лет, обратилась к врачу-терапевту с жалобами на ноющие боли в лучезапястных и мелких суставах пальцев рук. По утрам отмечается их скованность, тугоподвижность, быстрая утомляемость, общая слабость. Больна несколько лет, неоднократно лечилась в условиях стационара, последнее обострение в течение полугода.

Объективно: температура тела 37,30С. Общее состояние относительно удовлетворительное. Кожа и видимые слизистые чистые, обычной окраски. Периферические лимфоузлы не увеличены. Имеется болезненность и деформация пястнофаланговых и проксимальных межфаланговых суставов 2,3,4 пальцев, движение в этих суставах ограничено. Перкуторно легочной звук. Аускультативно дыхание везикулярное. Тоны сердца ритмичные, приглушены, ЧСС 80 в мин. АД 130/75 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень у края реберной дуги. Селезенка и почки не пальпируются. Пастозность голеней и стоп.

Данные дополнительного обследования:

Общий анализ крови: Нв – 113 г/л, эритроциты – $3,8 \cdot 10^{12}$ /л, цветной показатель – 1,0, лейкоциты – $8,8 \cdot 10^9$ /л, э-1, б-0, п-3, с-38, л-45, м-13, СОЭ-23 мм/час, тромбоциты - $157 \cdot 10^9$ /л.

Общий анализ мочи: уд. Вес – 1019, белок – следы, лейкоциты – 2-3 в п/зр., эритроциты – отсутствуют.

Вопросы:

1. Сформулируйте и обоснуйте предварительный клинический диагноз.
2. Назначьте дополнительные методы исследования (при необходимости).
3. Назначьте лечение, включая режим и диету по М.И. Певзнеру.

1. Ревматоидный артрит развернутая стадия, активность II, АППП (?-не исследовано). Диагноз поставлен на основании жалоб пациентки (ноющие боли в лучезапястных и мелких суставах пальцев рук. По утрам отмечается их скованность, тугоподвижность, быстрая утомляемость, общая слабость) и данных объективного исследования (имеется болезненность и деформация пястнофаланговых и проксимальных межфаланговых суставов 2,3,4 пальцев, движение в этих суставах ограничено)

2. Биохимический анализ крови, определение содержания антител к циклическому цитрулиновому пептиду в крови (АЦЦП), определение содержания РФ в крови, рентгенография кистей, МРТ суставов кистей, исследование синовиальной жидкости, прохождение анкеты (самооценка больным РА основных функциональных нарушений для определения ФК)

3. Режим: палатный

Стол №10

1. НПВП(неселективный ингибитор ЦОГ-1)- Диклофенак мазь наносить на пораженные участки при болях

Селективный ингибитор ЦОГ-2 - Нимесил по 1 пакетик растворять в 150 мл
2 р/сут внутрь

2. Глюкокортикостероиды - Преднизолон 10 мг для внутрисуставного введения

3. Сульфаниламиды - Сульфасалазин в течение первой недели - по 500 мг 1 раз/сут; в течение 2 недели - по 500 мг 2 раза/сут; в течение 3 недели - по 500

мг 3 раза/сут внутрь

4. Биологические модификаторы иммунного ответа - Инфлексимаб 100 мг 1 раз в сутки

Физиотерапевтич. лечение: курортное ежегодно, УФ облучение суставов

■ Ситуационная задача 35

Больной М., 47 лет, предъявляет жалобы на боли в мелких суставах кистей, стоп (преимущественно в 1-х плюснефаланговых), лучезапястных, голеностопных, коленных, больше в левом, правом локтевом, плечевых суставах. Резкое ограничение движений в названных суставах. Боли в поясничном отделе позвоночника. Утренняя скованность в течение 2 часов. Повышение артериального давления до 220/120 мм рт. ст.

Анамнез заболевания. Считает себя больным с 1996 г., когда впервые появились боли, припухлость правого голеностопного сустава, дискомфорт в уретре, закисание глаз. Был обследован, установлен диагноз: Болезнь Рейтера, подострый конъюнктивит, уретрит, артрит. Получал НПВП, тетрациклин, гентамицин. В последующем практически постоянно беспокоили боли в 1-ых плюснефаланговых суставах обеих стоп без отека, гиперемия кожи над ними. К врачу не обращался, самостоятельно принимал НПВП. В 2002г. стали беспокоить боли в мелких суставах кистей и стоп, правом крестцово-подвздошном сочленении, в коленных суставах. Отмечал повышение температуры тела до 37.8°C. В 2003г. при обследовании в мазке выявлены хламидии, осмотрен ревматологом, выставлен диагноз: хронический реактивный артрит. Получал НПВП, циклоферон, антибиотики. В последующем лечился самостоятельно. Ухудшение состояния в 2008г., когда вновь усилились боли в суставах. Находился на обследовании и лечении в терапевтическом отделении: эр - 4.2 Г/л, гемогл. - 127 г/л, лейкоц - 10.0Т/л, СОЭ - 42 мм/ч, мочевины - 10.9 ммоль/л, креатинин - 243.3 ммоль/л, АТ IgG к хламидиям не обнаружены. Осмотрен ревматологом, выставлен диагноз: остеоартроз. Получал НПВП. Ухудшение состояния с начала 2011г., когда стали беспокоить постоянные боли и отечность суставов кистей и стоп, коленных, лучезапястных, локтевых суставов. С апреля 2011г. отмечает повышение температуры тела до 39°C в вечернее время. Лечился у терапевта с диагнозом: ОРЗ. В общем анализе крови: эр - 4.3 Г/л, гемогл. - 148 г/л, СОЭ - 57 мм/ч. В общем анализе мочи: белок - 0.042, лейкоциты - 20-25 в поле зрения. При УЗИ органов брюшной полости: мочекишечный диатез, склеротические изменения паренхимы почек. Получал хондропротекторы (артрон триактив), диклак, мидокалм, нимесил, долларен, цифран, канефрон - без значительного эффекта. Госпитализирован в ревматологическое отделение для дообследования и коррекции лечения.

Анамнез жизни. С 1995г. гипертоническая болезнь. Наследственный и аллергологический анамнез не отягощен. В течение последних 3-х лет за пределы Украины не выезжал.

Осмотр. Общее состояние относительно удовлетворительное. Сознание ясное. Телосложение правильное. Питание достаточное (масса - 85кг, рост - 170см). Кожные покровы и видимые слизистые обычной окраски. ЧДД 18 в минуту. Перкуторно над легкими ясный легочный звук. Аускультативно везикулярное дыхание. Границы относительной сердечной тупости: правая - правый край грудины, верхняя - III ребро, левая - по левой среднеключичной линии. Деятельность сердца ритмичная, тоны приглушены. Артериальное давление 180/90 мм рт. ст. Пульс 70 ударов в минуту. Живот при поверхностной пальпации мягкий, безболезненный. Печень на 2см ниже края реберной дуги. При глубокой пальпации отрезки кишечника обычных свойств. Селезенка

не пальпируется. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. Периферических отеков нет.

Деформация лучезапястных суставов, больше слева, пястно-фаланговых суставов и проксимальных межфаланговых суставов кистей, правого коленного и голеностопных суставов, 1-ых плюснефаланговых суставов стоп за счет отека периартикулярных тканей. Гиперемия кожи над ними. Движения в суставах резко ограничены, болезненны. Плечевые суставы внешне не изменены, движения в них резко ограничены из-за болей.

Данные обследования.

ФЛ № 65029 от 22.06.2011г. - изменений не выявлено.

RW № 64 от 28.05.2012г. - отр.

Общий анализ крови: эр - 4.3 Г/л, гемогл. - 131 г/л, ЦП - 0.9, лейкоц - 8.2 Т/л, э - 1%, п - 1%, с - 84%, л - 10%, м - 4%, СОЭ - 17 мм/ч.

Общий анализ мочи: уд. вес - 1010, белок - 0.25, эритроц. - 0-1 в поле зрения, эпителий плоский - 3-4 в поле

■ зрения, лейкоц - 2-4 в поле зрения, соли - оксалаты един. Клиренс мочевой кислоты - 2.5.

Биохимический анализ крови: мочевины - 18.8 ммоль/л, креатинин - 153.9 ммоль/л, мочевая кислота - 920 ммоль/л.

ЭКГ: ритм синусовый, ЧСС 67 ударов в минуту, нормальное положение ЭОС.

УЗИ левого коленного сустава: артрозные изменения, синовит.

Рентгенография стоп: остеопороз, в проекции эпифизов округлые очаги просветления до 1 см в диаметре.

УЗИ почек: солевой диатез справа и слева, синусовые кисты левой почки.

Радиоизотопное исследование почек: скорость клубочковой фильтрации - 54, реабсорбция - 9.8%.

Вопросы:

1. Сформулируйте и обоснуйте окончательный клинический диагноз.

2. Назначьте дополнительные методы исследования (при необходимости).

3. Назначьте лечение, включая режим и диету по П.И. Певзнеру

■ Диагноз поставлен на основании жалоб (боли в мелких суставах кистей, стоп (преимущественно в 1-х плюснефаланговых), лучезапястных, голеностопных, коленных, больше в левом, правом локтевом, плечевых суставах. Резкое ограничение движений в названных суставах. Боли в поясничном отделе позвоночника. Утренняя скованность в течение 2 часов), анамнеза заболевания и диагностических данных (внесуставные поражения - Болезнь Рейтера, подострый конъюнктивит, уретрит, солевой диатез справа и слева, синусовые кисты левой почки; 1 рентг. стадия на основании заключения

рентгенографии - остеопороз, в проекции эпифизов округлые очаги просветления до 1 см в диаметре)

- а и еще сопутствующий напиши диагноз
- гипертонич болезнът

■ дообследование:

Определение содержания антител к циклическому цитрулиновому пептиду (анти-ССР) в крови (АЦЦП), определение содержания РФ в крови

- Исследование синовиальной жидкости
- Определение содержания антинуклеарных антител к Sm-антигену в сыворотке крови
- не знаю МРТ суставов кистей допиши похуй

Больная Г., 38 лет, **жалуется** на периодическую боль в ниже-боковых отделах живота, чаще во второй половине дня, изредка вздутие и урчание в животе, склонность стула к поносам, изредка повышение температуры тела до субфебрильных цифр.

Анамнез заболевания. Полгода тому назад лечилась антибиотиками по поводу ангины.

Анамнез жизни. Росла и развивалась в удовлетворительных материально-бытовых условиях. Болела корью, ангиной, ОРЗ. Не курит, алкоголем не злоупотребляет. Наследственность не отягощена.

Объективные данные. Пониженного питания. Кожные покровы и видимые слизистые бледноватые. Периферические лимфоузлы не увеличены. Патологических знаков со стороны системы органов дыхания и кроветворения не определяется. Имеет место небольшое припухание мелких суставов кистей рук. Язык со сглаженными сосочками. На слизистой правой щеки афта. Живот слегка вздут, при поверхностной пальпации мягкий, чувствительный в околопупочной и правой подвздошной областях. При глубокой пальпации отмечается болезненность терминального отдела подвздошной кишки, чувствительность отрезков толстой кишки, болезненность справа от пупка. Область желудка безболезненная. Печень, селезенка и почки не пальпируются. Зоны проекции поджелудочной железы безболезненные. Симптомы Ортнера, Кера, Мерфи и Мюсси отрицательные.

Данные дополнительного обследования:

Общий анализ крови. Эритроциты 2,7 Т/л; Hb 96 г/л; лейкоциты 9,1 Г/л; эозинофилы 3; п/я 5%; с/я 55%; лимфоциты 28%; моноциты 10%; СОЭ 28 мм в час.

Общий анализ мочи. Цв. – св. желтая; удельный вес – 1022; сахара, белка, эритроцитов нет; лейкоциты – 2 – 3 в поле зрения.

Общий анализ кала. Определяются видимые остатки непереваренной пищи, при микроскопии – эритроциты 10-15 в поле зрения, жирные кислоты и мыла в избыточном количестве.

Белок крови – 58 г/л. *Проба с D-ксилозой* – 1,1 г.

Рентгенологическое исследование толстой кишки. Рентгенпризнаки тотального колита.

Вопросы:

1. Сформулируйте и обоснуйте окончательный клинический диагноз.
2. Назначьте дополнительные методы исследования (при необходимости).
3. Назначьте лечение, включая режим и диету по М.И. Певзнеру.

1. Язвенный колит, тотальное поражение, тяжелое течение. Обоснование: Пациентка жалуется на боли в нижне-боковых отделах живота, склонность к поносам, вздутие и урчание в животе, а также повышение температуры тела до субфебрильных цифр. При объективном обследовании выявлено припухание мелких суставов кистей рук, афта на слизистой правой щеки, вздутие живота, болезненность терминального отдела подвздошной кишки, чувствительность отрезков толстой кишки и болезненность справа от пупка. Общий анализ крови показывает низкий уровень эритроцитов и гемоглобина, а также повышенную СОЭ. Согласно лабораторным данным ОАК заболевание имеет тяжелое течение (гемоглобин ниже 105г/л). В общем анализе мочи нет протеинурии, гематурии или других включений. Общий анализ кала показал наличие остатков непереваренной пищи, а также эритроцитов и избыточное количество жирных кислот и мыла, что характерно для язвенного колита. Рентгенологическое исследование толстой кишки позволяет выставить диагноз.

2. Эндоскопическое исследование толстой кишки, биохимический анализ крови (включая АЛТ, АСТ, общий билирубин, ГГТ, ЛДГ, электролиты, С-реактивный белок, ЩФ, фибриноген), УЗИ ОБП, анализ крови на железо и ферритин.

3. Диета №4а

Лечение: глюкокортикостероиды (преднизолон 2мг/кг в/в в течение 7 дней или гидрокортизон 8 мг/кг в/в в течение 7 дней), противовоспалительные (месалазин 4г клизмой 1 р/д), препараты железа (Железа (3) гидроксид сахарозный комплекс или железа (3) гидроксид декстран в дозировке по формуле согласно данным железа крови в/в капельно медленной каплей), зондовое питание для пациента с гипотрофией.

Ситуационная задача 87

Больной К., 35 лет, заболел остро: появился сильный озноб, ломота в теле, головная боль, температура повысилась до 39,8С. Одновременно появился сухой кашель и довольно сильные боли в левой половине грудной клетки, связанные с дыханием. Самостоятельно принимал аспирин, анальгин, но температура снижалась незначительно, самочувствие ухудшалось, стала нарастать одышка, однократно была рвота, и больной вызвал скорую помощь.

При осмотре: состояние тяжелое, температура 40,2С, больной вял, с трудом разговаривает (мешает одышка). Лицо гиперемировано, склерит, конъюнктивит, герпетические высыпания на губах, акроцианоз. Дыхание поверхностное, 40 в мин. В легких слева укорочение перкуторного звука ниже уровня IУ ребра, там же дыхание резко ослаблено, в нижних отделах дыхание не выслушивается, на уровне V-VI ребра шум трения плевры. Над правым легким дыхание не изменено, хрипов нет. Тоны сердца глухие, ритмичные. Пульс - 128 в мин., АД - 90/60 мм рт. ст. Печень и селезенка не увеличены; моча немного темнее обычного. Язык сухой, негусто обложен белым налетом, энантемы на слизистой полости рта нет. Менингеальных симптомов нет.

Вопросы:

1. Сформулируйте и обоснуйте предварительный клинический диагноз.
2. Назначьте дополнительные методы исследования (при необходимости).
3. Назначьте лечение, включая режим и диету по М.И. Певзнеру.

1. Негоспитальная пневмония, осложненная левосторонним плевритом. Обоснование: характерное острое начало: интоксикационный синдром, синдром общих воспалительных изменений, синдром воспалительных изменений в легочной ткани. При объективном осмотре определяется характерное для пневмококковой пневмонии гиперемия лица, наличие герпетических высыпаний, акроцианоз, тахипноэ, при аускультации наличие шума трения плевры (указывает на плеврит), ослабление дыхания в области поражения слева.

2. Дополнительные методы исследования:

- Рентген ОГК для подтверждения плеврита и инфекционного процесса в легочной ткани
- ОАК с развернутой формулой, ОАМ, биохимический анализ крови (С-реактивный белок, Д-димер)
- Бактериологическое исследование мокроты для определения возбудителя инфекции и выбора антибиотикотерапии.
- КТ ОГК
- Консультация торакального хирурга

3. Лечение

1. Антибиотикотерапия с использованием амоксициллина/клавуланата или цефтриаксона со следующими дозировками:

- Амоксициллин 125 мг внутримышечно (в/м) или внутривенно (в/в) 3 раза в день или Цефтриаксон 1 г в/м или в/в 1 раз в день (вечером перед сном)

2. Антибактериальная терапия продолжается в течение 7-10 дней до полного выздоровления.

3. НПВС: Нимесулид 100 мг 2 раза в день/ кеторолак 10 мг до 4 раз/сут

4. ГКС: Дексаметазон: 10мг 1 раз в день

5. Бронходилататоров: Формотерол в дозе 12 мкг 2 раза в день./ Атимос 10мкг 2 раза в сутки

6. Улучшение откашливания может быть достигнуто применением Экспекторантов, например, отвара листьев расторопши, 1/3 стакана 3 раза в день

6. Диета: стол №13

7. Режим: постельный.