**Ситуационные задачи по ревматологии**

**Задача №1** Больной А., 34 лет, военнослужащий.

При поступлении жалобы на периодические боли в пояснично-крестцовом отделе позвоночника, в левом тазобедренном, в правом лучезапястном суставах, обоих коленных и голеностопных суставах, усиливающиеся в конце рабочего дня и в ночное время , рези в глазах.

Из анамнеза выяснено, что болен в течение 9 лет , когда через месяц после дизурических явлений появились боли , припухлость и повышение местной температуры левого голеностопного сустава. Эти явления носили рецидивирующий характер. Затем присоединились боли в правом голеностопном и обоих коленных суставах. В течение последних 1-1,5 лет на фоне обострения стали появляться боли в пояснично-крестцовом отделе позвоночника, температура тела повышалась до 37,5-38,1 градусов. СОЭ поднималось до 49 мм /ч. Периодически в течение последних двух лет на фоне обострения болей в суставах возникало ощущение песка в глазах, повышенное слезотечение и рези в глазах в конце рабочего дня.

ОБЪЕКТИВНОЕ ОБСЛЕДОВАНИЕ

Больной достаточно активный, телосложение правильное, питание удовлетворительное, трофические нарушения ногтей, по коже полиморфная сыпь, чешуйчатое шелушение в виде бляшек на конечностях. Инъецированность обеих склер.

В поясничном отделе позвоночника при пальпации болезненность и напряжение прямых мышц спины. Ограничение движений в пояснично - крестцовом отделе позвоночника. Симптом Отта - 2,5 см, симптом Шобера - 1,5 см. Болезненность в области крестцово - подвздошных сочленений, положителен симптом Кушелевского. Умеренная дефигурация коленных, голеностопных и правого лучезапястного суставов за счет экссудативно-пролиферативных изменений. В указанных суставах ограничение движений и умеренная болезненность при пальпации. Незначительное повышение кожной температуры над коленными, голеностопными и правым лучезапястным суставом. Болезненность при пальпации ахиллова сухожилия, больше справа.

Внутренние органы без существенных изменений.

**Задание к ситуационной задаче**

1. Установите предварительный диагноз

2. Составьте план дополнительного обследования с указанием ожидаемых результатов

3. Проведите дифференциальный диагноз

4. Наметьте тактику лечения

5. Проведите трудовую экспертизу

**Результаты дополнительного обследования к ситуационной задаче**

Клин. анализ крови: Hb-160 г/л ,L-10,0х10 /л, СОЭ-39 мм/ч.

Биохим. анализ крови : общий белок-84,7 г/л, альбумины - 52%, глобулины - а1 - 3,8%, а2 - 9,2%, в - 12%, у - 23%; билирубин-10,6 мкмоль/л, холестерин- 4,6 ммоль/л, серомукоид-0,09 ед., гексозы-150 ед., СРБ-2, АСЛ - О - 125 ед., сиаловые кислоты - 2,88 ммоль/л, мочевая кислота - 375 мкмоль/л.

Анализ крови на сахар - 4,8 ммоль/л, ПТИ - 87%.

Общий анализ мочи - с/желт., нейтр., уд. вес 1017, белок - нет, сахар - нет, лейкоциты - 4-6 в п/зр., эритр. - 0-1 в п/зр., эпит - 2-4 в п/зр.

Кал на я/г - отриц.

Исследование крови на наличие HLA - B27 (+)

Иммунологическое исследование крови - ЦИК - 75%, ревматоидный фактор IgM - 10,5 усл.ед.

Исследование синовиальной жидкости - выявлена незначительная воспалительная клеточная реакция с преобладанием нейтрофилов.

Расширенный мазок на урогенитальную флору - обнаружено присутствие хламидий.

ЭКГ: вертикальная позиция сердца.

Рентгенография суставов: кисти- умеренно выраженный эпифизарный остеопороз в области правой кисти, единичные кистовидные просветления костной ткани. Голеностопных суставов - сужения суставных щелей, околосуставной остеопороз, справа - единичные эрозии и периостит в области ахиллова сухожилия. Поясничный отдел позвоночника - определяется крупный односторонний синдесмофит. Крестцово-подвздошные сочленения - слева суставные поверхности неровные, нечеткие, суставная щель сужена.

Консультация дермато-венеролога - аллергический дерматит в сочетании с кератодермией.

Консультация окулиста - глазное дно: диски зрительного нерва бледно-розовые, контуры четкие, артерии и вены нормального калибра. Поверхностные сосуды склеры инъецированы, полнокровны.

**Эталон ответов**

1 Болезнь Рейтера, стадия обострения. Активность 2 степени. ФНС 2 степени. Двусторонний хронический конъюнктивит.

2 План дополнительных методов обследования:

Биохимический анализ крови на ревмопробы (уровень мочевой кислоты, ревматоидный фактор, АСЛ-О,

белковые фракции, сиаловые кислоты)

Анализ крови на сахар, ПТИ

Анализ мочи общий

Кал на я/г

ЭКГ

Определение антигена гистосовместимости HLA -B27

Иммунологическое исследование крови на ревматоидный фактор иммуноглобулин М, ЦИК.

Исследование синовиальной жидкости на бак.посев, цитоз

Расширенный мазок на урогенитальную флору

Рентгенологическое исследование пораженных суставов

Консультация окулиста, дермато-венеролога

3 Дифференциальный диагноз: с бактериальными артритами, ревматическим артритом, подагрой, ревматоидным артритом, псориатическим артритом, болезнью Бехтерева.

4 Тактика лечения:

Иммобилизация воспаленных суставов суставов

Антибиотики

НПВС

Кортикостероиды внутрисуставно

**Задача № 2** Больной Л., 39 лет, автослесарь.

При поступлении жалобы на постоянные боли в пояснично-крестцовом отделе позвоночника, а также в тазобедренных и коленных суставах, усиливающиеся при движении, чихании, физической нагрузке, утреннюю скованность около 40 минут в позвоночнике, ограничение движений в пораженных суставах.

Из анамнеза выяснено, что страдает этим заболеванием около 10 лет. Начало болезни острое, с поражения поясничного отдела позвоночника, коленных и тазобедренных суставов. Коленные суставы припухали, воспалительные изменения в суставах носили рецидивирующий характер. В течение последних 2-х лет обострение заболевания сопровождается ощущением утренней скованности в пораженных суставах. Неоднократно находился на лечении у невропатолога по поводу болей в позвоночнике и резко ускоренного СОЭ до 50 мм/ч.

ОБЪЕКТИВНОЕ ОБСЛЕДОВАНИЕ

Больной с трудом передвигается из-за боли в коленных и тазобедренных суставах. По конституции астеник, питание удовлетворительное. Кожные покровы чистые, достаточной влажности.

Отмечается сглаженность поясничного лордоза, атрофия мышц, положительный симптом “тетивы”. Выраженная припухлость и дефигурация коленных суставов за счёт экссудативных изменений. При пальпации определяется болезненность в пояснично-крестцовом отделе позвоночника, в области крестцово-подвздошных сочленений и коленных суставов. Положительны симптомы Кушелевского, Отта, Шобера и Томайера.

Внутренние органы без существенных изменений.

**Задание к ситуационной задаче**

1 Установите предварительный диагноз

2 Составьте план дополнительного обследования с указанием ожидаемых результатов .

3 Проведите дифференциальный диагноз

4 Наметьте тактику лечения

5 Провести трудовую экспертизу

**Эталон ответов**

1 Болезнь Бехтерева, периферическая форма, стадия 2, степень активности 2, ФНС 2 степени.

2 План дополнительных методов исследования:

Клинический анализ крови, анализ крови на сахар и ПТИ

Биохимический анализ крови на ревмопробы (сиаловые кислоты,

ревматоидный фактор, белковые фракции, АСЛ - О)

Определение антигена гистосовместимости HLA-B27

Иммунологическое исследование крови на ревматоидный фактор IgM, ЦИК

Общий анализ мочи

Кал на я/г

Исследование синовиальной жидкости коленных суставов на цитоз

Рентгенограммы позвоночника в 2-х проекциях

Консультация невропатолога

3 Дифференциальный диагноз с ревматоидным артритом, с болезнью Форестье, с псориатической артропатией, с болезнью Рейтера, с паранеопластическим процессом.

4 Тактика лечения:

социальная реабилитация

НПВС

внутрисуставное введение глюкокортикоидов

миорелаксанты

**Результаты дополнительного обследования к ситуационной задаче**

Клин.анализ крови: Hb- 125 г/л, L - 8,2 х10 /л, СОЭ - 50 мм/ч.

Анализ крови на сахар - 4,5 ммоль/л, ПТИ - 85%

Биохим.анализ крови: общ.белок - 85,2 г/л, альбумины 53%, глобулины а1-4%, а2-9%, в-12%, у-22%;

билирубин - 12,5 мкмоль/л, холестерин - 4,5 ммоль/л, СРБ -2, сиаловые кислоты - 2,99 ммоль/л, АСЛ - О – 125 ед.

Определение антигена гистосовместимости HLA - B27 (+)

Исследование крови на ревматоидный фактор Ig M - 12,5 усл.ед.; ЦИК - 80 ед.

Исследование синовиальной жидкости коленных суставов - лейкоциты 4000-6000 клеток/мм.

Ан. мочи без изменений.

Кал на я/г - отриц.

Рентгенограмма костей таза: наличие признаков двустороннего сакроилеита - сужение крестцово-подвздошных суставных щелей с единичными эрозиями суставных поверхностей крестцово-подвздошных сочленений.

На рентгенограмме коленных суставов определяется сужение суставной щели, единичные костные эрозии.

Рентгенограммы пояснично-крестцового отдела позвоночника в 2-х проекциях: наличие симптома “квадратизации” позвонков, синдесмофитоз по передней поверхности позвонков, оссификация передней продольной связки, значительное сужение межпозвонковых суставных щелей.

ЭКГ: вертикальная позиция сердца

Консультация невропатолога: положителен симптом “прямой доскообразной спины”, болезненность паравертебральных точек, остистых отростков и связок позвоночника при надавливании, симптом Ласега 30 с обеих сторон. Болевая и тактильная чувствительность сохранена. В позе Ромберга устойчив.

Задача №3 Больная Т., 22 лет, секретарь-референт. Заболела около 7 месяцев назад: появились боли в крупных суставах, субфебрильная температура тела, увеличение СОЭ до 38 мм/час. Лечилась по поводу реактивного артрита, получала пенициллин и другие препараты. Через 6 месяцев стала нарастать слабость, появились головокружение, головная боль, резкое снижение остроты зрения на левый глаз.

Терапевтом выявлено ослабление пульса на левой лучевой артерии, повышение АД. Направлена в стационар.

При поступлении: состояние относительно удовлетворительное. Кожа умеренно бледная, чистая. Периферические лимфоузлы не увеличены. Суставы не изменены, движения в них в полном объеме. Перкуторный звук ясный, легочный, дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД - 18 в минуту. Левая граница сердца по срединно-ключичной линии, выслушивается систолический шум во всех точках аускультации сердца, над сосудами шеи, брюшной аортой. Резко ослаблена пульсация на левой лучевой артерии. АД на правой руке - 230/130 мм рт. ст., на левой - 150/130 мм рт. ст., на ногах - 220/110 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный во всех отделах. Печень по краю реберной дуги, край ровный, гладкий, пальпация безболезненна.

1. Установить предварительный диагноз.

2. Наметить план дополнительного обследования.

3. Провести дифференциальный диагноз.

4. Определить тактику лечения.

**Результаты дополнительного обследования к ситуационной задаче**

1. Общий анализ крови: эр. - 4,8х1012/л, Нв - 139 г/л, цв.п. - 0,86, лейк. - 5,4х109/л, б - 0%, э - 3%, п/я - 1%, с/я - 60%, лимф. - 29%, мон. - 7%, СОЭ - 51 мм/час.

2. Общий анализ мочи: прозрачная, сл. кислая, уд. вес - 1018, белок - 0,33 г/л, сахара нет, желчные пигм. - 0, лейк. - 0-1-3 в п/зр., эр. - 1-3 в п/зр.

3. ЭКГ - прилагается.

4. Гликемия: 4,23 ммоль/л, ПТИ - 95%.

5. Биохимический анализ крови: СРБ - 2, ДФА - 250 ед., сывороточное железо - 25 ммоль/л, белок - 79 г/л, альбумины - 53%, а - 4%, б1 - 11%, б2 - 13%, г - 19%, фибриноген - 3,34 , холестерин - 4,5 ммоль/л, билирубин - 12,4 мкмоль/л.

6. УЗИ внутренних органов: печень не увеличена, эхооднородна, сосуды и протоки не расширены, желчный пузырь свободен, стенка не утолщена, поджелудочная железа эхооднородна, контур ровный, проток не расширен, почки расположены типично, подвижны, ЧЛК не расширены, паренхима сохранена.

7. Рентгенограмма - прилагается.

8. Консультация окулиста: глазное дно - диски зрительных нервов серовато-розового цвета с расплывчатыми контурами (отек дисков и перипапиллярных отделов сетчатки). Артерии сетчатки резко и неравномерно сужены, местами с прерывистым просветом, стенки их утолщены. Вены извиты. В области макул сетчатка утолщена, неравномерно пигиентирована. Отдельные мелкие атрофические очажки на месте рассосавшихся кровоизлияний.

**Эталон ответов**

1. Предварительный диагноз: неспецифический аортоартериит с поражением дуги аорты и ее ветвей, подострое течение, активность 2 степени.

2. План дополнительного обследования: общий анализ крови, анализ крови на реакцию Вассермана, серологические реакции на сифилис, общий анализ мочи, ЭКГ, аортография, допплерография аорты и ее ветвей, эхокардиоскопия.

3. Сифилитический аортит, гипертрофическая кардиомиопатия, ревматизм, активная фаза.

4. Тактика лечения: глюкортикостероиды, НПВП.

**Задача №4**

 Больная Н., 43 лет. Больной себя считает в течение последних 5 лет, когда впервые появились боли в мелких суставах кистей, локтевых суставах, отмечала умеренное припухание указанных суставов, однако к врачу не обращалась, принимала анальгетики. В этот же период стала отмечать появление стойкой эритемы на щеках и спинке носа в весенне-летний период, периодически без видимой причины повышалась температура тела до субфебрильных цифр. Через 4 года от начала заболевания больная стала отмечать боли практически во всех суставах, в поясничной области. Лечилась амбулаторно по поводу пояснично-крестцового остеохондроза, принимала НПВП, физиопроцедуры с незначительным эффектом. За последние 6 месяцев стала отмечать одышку при незначительной физической нагрузке, отеки ног в вечернее время, боли в правом подреберье и в правой половине грудной клетки, похудела не 10 кг. За 2 недели до обращения к врачу заметила увеличение размеров живота, появление болей за грудиной постоянного характера, одышка стала беспокоить а покое, облегчалась сидя и в коленно-локтевом положении, температура повышалась ежедневно до 38-38,5 С. С амбулаторного приема больная направлена в стационар. При осмотре: состояние средней тяжести, пониженного питания, кожа бледная, эритема на щеках и спинке носа. Пальпируются умеренно увеличенные задне-шейные, подмышечные лимфоузлы подвижные, эластичные, безболезненные. При осмотре суставов отмечается небольшая дефигурация пароксизмальных межфаланговых, пястно-фаланговых суставов, деформаций суставов не отмечается, пальпация умеренно болезненна. При перкуссии грудной клетки выявлено укорочение перкуторного звука в нижних отделах справа от уровня 4 межреберья, в зоне притупления дыхание не проводится, выше места притупления выслушиваются звучные мелкопузырчатые хрипы, ЧДД - 26 в мин. Левая граница относительной сердечной тупости в 5 межреберье по срединно-ключичной линии, тоны приглушены, ритмичны, выслушивается шум трения перикарда, ЧСС - 100 в мин., АД - 110/60 мм рт. ст. Живот увеличен в размерах, распластан, при перкуссии определяется притупление по боковым флангам живота, смещающееся вниз при перемене положения тела. Печень выступает из-под реберной дуги на 3 см. Отеки голеней. Положительный симптом Пастернацкого с обеих сторон.

**Задание к ситуационной задаче**

1. Установить предварительный диагноз.

2. Наметить план дополнительного обследования.

3. Провести дифференциальный диагноз.

4. Определить тактику лечения.

**Результаты дополнительного обследования к ситуационной задаче**

1. Общий анализ крови: СОЭ 45 мм/час, Нв - 87 г/л, эр. - 3,8х1012/л, цв.п. - 0,68 , лейк. - 2,6х109/л, б - 0%, э - 2%, п/я - 8%, с/я - 71%, лимф. - 13%, мон. - 6%, тромб. - 40х109/л.

2. Общий анализ мочи: прозрачная, слабо-кислая, белок - 0,99 г/л, сахара нет, лейк. - 2-6 в п/зр., эр. - 4-8-12 в п/зр., цилиндры гиалиновые - 2-4 в п/зр.

3. ЭКГ - прилагается.

4. Рентгенограмма - прилагается.

5. Гликемия: 4,23 ммоль/л, ПТИ - 95%.

6. Биохимический анализ крови: СРБ - 2, ДФА - 300 ед., сывороточное железо - 20 ммоль/л, ревматоидный фактор - 0.

7. Иммунологический анализ крови: ЦИК - 120 ед., СРБ - 98 мг/л, АТ к нативной ДНК - 360 Ме, АНФ - 1/28, гомогенное свечение.

8. Анализ крови на LЕ-клетки +++.

**Эталон ответов к ситуационной задаче**

1. Предварительный диагноз: системная красная волчанка, подострое течение, активность 2 степени, лимфоаденопатия, артрит, полисерозит - плеврит, перикардит, пневмонит, нефрит.
Осложнение: НК 2-Б ст.

2. План дополнительного обследования: общий анализ крови, общий анализ мочи, ЭКГ, с целью подтверждения нозологической единицы - иммунологический анализ крови на АТ к нативной ДНК, на антинуклеарный фактор, анализ крови на LЕ-клетки, с целью подтверждения характера поражения легких (плеврит, пневмонит) - рентгенография грудной клетки, УЗИ плевральный полостей с определением кол-ва жидкости, плевральная пункция с анализом экссудата общим и на LЕ-клетки, с целью уточнения характера поражения сердца (перикардит, люпус-кардит?) - эхокардиоскопия, с целью оценки функции почек - пробы Зимницкого и Реберга.

3. Ревматоидный артрит с системными проявлениями, лимфогранулематоз (полилимфоаденопатия, плеврит), туберкулез (пневмонит, плеврит, полилимфоаденопатия).

4. Тактика лечения: снижение активности воспалительного процесса, подбор постоянной иммуносупрессивной терапии.

 **Задача № 5**

Больной М., 18 лет. За месяц до поступления перенес ОРВИ, лечился амбулаторно анальгином, парацетамолом, бисептолом. На фоне приема лекарств отметил боль и припухание в коленных суставах, геморрагические высыпания на коже голеней. После отмены лекарств и приема антигистаминных препаратов боль в суставах и высыпания исчезли. Через 3 недели в связи с появившимся субфебрилитетом самостоятельно возобновил прием бисептола. Состояние резко ухудшилось: температура тела повысилась до 38,8 С, появились геморрагические высыпания на голенях, бедрах, ягодицах, резко усилилась головная боль.

С подозрением на менингит госпитализирован в инфекционное отделение. Через 2 дня присоединились схваткообразная боль в животе и понос с примесью крови. Однократно была рвота цвета “кофейной гущи”.

При осмотре: состояние крайне тяжелое, температура тела 38С. Больной резко бледен, истощен. На коже разгибательных поверхностей голеней и стоп множественные сливные геморрагические высыпания. Коленные и голеностопные суставы дефигурированы, движения в них резко болезненны. Пульс ритмичный, слабого наполнения - 110 в мин. Перкуторный звук ясный легочный, дыхание везикулярное, хрипов нет., ЧДД - 24 в мин. Границы относительной сердечной тупости в пределах нормы. Тоны сердца звучные, ритмичные, ЧСС - 110 в мин. АД - 100/60 мм рт. ст. Язык сухой, обложен белым налетом. Живот втянут, при поверхностной пальпации резко болезненный. Стул 3-4 раза в сутки с примесью крови. Симптом Пастернацкого положительный с обеих сторон.

**Задание к ситуационной задаче**

1. Установить предварительный диагноз.

2. Наметить план дополнительного обследования.

3. Провести дифференциальный диагноз.

4. Определить тактику лечения.

**Результаты дополнительного обследования к ситуационной задаче**

1. Общий анализ крови: СОЭ 54 мм/час, эр. - 1,2х1012/л, Нв - 70 г/л, цв.п. - 0,62 , лейк. - 27,3х109/л, б - 0%, э - 7%, п/я - 18%, с/я - 63%, лимф. - 10%, мон. - 2%.

2. Общий анализ мочи: уд. вес - 1015, белок - 0,9 г/л, лейк. - 1-2-3 в п/зр., эр. - 50-60 в п/зр.

3. ЭКГ - прилагается.

4. Рентгенограмма - прилагается.

5. Гликемия: 4,07 ммоль/л.

6. Биохимический анализ крови: АСТ - 5,0 ед/л, мочевая кислота - 0,29 ммоль/л, ревматоидный фактор - 0, СРБ - 2, ДФА - 250 ед.

7. УЗИ внутренних органов: печень не увеличена, эхооднородна, сосуды и протоки не расширены, желчный пузырь свободен, перегиб в пришеечной части, стенка не утолщена, поджелудочная железа эхооднородна, контур ровный, проток не расширен, почки расположены типично, подвижны, ЧЛК расширены, паренхима сохранена.

8. Анализ кала - реакция Грегерсена резко положительная.

**Эталон ответов**

1. Предварительный диагноз: геморрагический васкулит с кожно-геморрагическим, суставным, почечным и абдоминальным синдромом.
Осложнение: желудочно-кишечное кровотечение.

2. План дополнительного обследования: общий анализ крови, общий анализ мочи, ЭКГ, время кровотечения, скорость свертывания крови, кол-во тромбоцитов, консультация окулиста - глазное дно, биомикроскопия конъюнктивы, фиброгастродуоденоскопия, исследование каловых масс, консультация невропатолога.

3. Менингит, тромбоцитопеническая пурпура, реактивный артрит, прободная язва желудка или 12-перстной кишки, гломерулонефрит.

4. Тактика лечения: цитостатики, глюкокортикоиды,

5. дезагреганты.

**Задача № 6**

Больной Н., 20 лет, студент. Страдает врожденным пороком сердца - дефект межжелудочковой перегородки в мышечной части. При поступлении жалуется на сильную слабость, ознобы с подъемом температуры до 39-40 С, проливные поты при снижении температуры, одышку при малейшей физической нагрузке, артралгии.

Болен в течние недели, когда через 3-4 дня после экстракции коренного зуба справа отметил повышение температуры тела, слабость. Принимал жаропонижающие препараты без эффекта. Лихорадка и слабость прогрессировали, присоединились боли в суставах, одышка. Бригадой скорой помощи доставлен в стационар.

При осмотре: состояние тяжелое, пониженного питания, кожа бледно-желтого цвета, пальпируются подчелюстные лимфоузлы слева - 1,5 х 2 см, эластичный, безболезненный, справа - 2 х 3 см, эластичный, умеренно болезненный. Температура тела - 38,9 С. Суставы не изменены. При перкуссии грудной клетки перкуторный звук ясный легочный, дыхание везикулярное, в нижних отделах ослабленное, единичные незвучные влажные мелкопузырчатые хрипы, ЧДД - 24 в мин. Левая граница относительной сердечной тупости в 5 межреберье по срединно-ключичной линии, тоны приглушены, ритмичны, выслушивается грубый систолический шум в 3-4 межреберье слева от грудины, проводящийся в межлопаточную область, диастолический шум над аортой в положении стоя, ЧСС - 100 в мин., АД - 110/60 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень выступает из-под реберной дуги на 5 см. Пальпируется селезенка. Отеки голеней. Положительный симптом Пастернацкого с обеих сторон.

**Задание к ситуационной задачи**

1. Установить предварительный диагноз.

2. Наметить план дополнительного обследования.

3. Провести дифференциальный диагноз.

4. Определить тактику лечения.

**Результаты дополнительного обследования к ситуационной задаче**

1. Общий анализ крови: СОЭ - 44 мм/час, эр. - 2,6х1012/л, Нв - 107 г/л, цв.п. - 0,7 , лейк. - 19,3х109/л, б - 0%, э - 2%, п/я - 10%, с/я - 71%, лимф. - 12%, мон. - 5%.

2. Общий анализ мочи: прозрачная, слабо-кислая, уд. вес - 1008, белок - 0,066 г/л, сахара нет, желчн. пигм. - 0, лейк. - 0-1-2 в п/зр., эр. - 2-3-5 в п/зр., эпителий - 0-1-3 в п/зр., бактерии ++, соли - мочевая кислота.

3. ЭКГ - прилагается.

4. ЭХО-КС - аорта не уплотнена, 25 мм, левое предсердие - 40 мм, ЛЖ - КДР 43 мм, КСР - 30 мм, фракция выброса - 0,58, МЖП - 15мм, дефект в мышечной части диаметром - 0,8 см, ЗСЛЖ - 17 мм, аортальный клапан - крупные вегетации на створках, амплитуда открытия - 1,0 , митральный клапан - без патологии, в Д-режиме выявлены патологические потоки на аортальном клапане и через дефект в межжелудочковой перегордке, правый желудочек незначительно расширен.

**Эталон ответов к ситуационной задаче**

1. Предварительный диагноз: острый бактериальный эндокардит.

Осложнение: НК - 2 - Б

Сопутствующие: врожденный порок сердца: дефект мышечной части межжелудочковой перегордки.

2. План дополнительного обследования: общий анализ крови, общий анализ мочи, ЭКГ, анализ крови на стерильность, посев на гемокультуру и чувствительность к антибиотикам, рентгенография грудной клетки, УЗИ внутренних органов, фонокардиография.

3. Сепсис, ревматизм, острая фаза, гемолитическая анемия, гемолитический криз.

4. Тактика лечения: внутривенное введение антибиотиков в больших дозах.

**Задача № 7**

Больная С., 19 лет, студентка. Предъявляет жалобы на боли в коленных, локтевых, голеностопных, лучезапястных и плечевых суставах, непостоянного мигрирующего характера, немотивированную общую слабость, повышенную утомляемость, субфебрильную лихорадку, одышку при незначительной физической нагрузке, перебои и чувство “замирания” в работе сердца.

Из анамнеза известно, что в школьном возрасте перенесла острую ревматическую лихорадку, лечилась в стационаре пенициллином. Приступив год назад к учебе в университете, стала отмечать одышку при физической нагрузке (подъеме в лестницу на 2-3 этаж, быстрой ходьбе), иногда тупые ноющие боли в прекордиальной области. К врачу не обращалась, самостоятельно принимала корвалол, валидол, валериану. За месяц до поступления в стационар перенесла фоликулярную ангину, лечилась эритромицином в течение 6 дней. Несмотря на исчезновение болей в горле и нормализацию температуры тела, значительного улучшения общего самочувствия не отмечала, нарастала слабость, появилась потливость, через 2 недели стала повышаться температура тела до субфебрильных цифр, в течение нескольких дней присоединились указанные при поступлении жалобы.

При осмотре: состояние средней степени тяжести, кожа бледная, влажная, акроцианоз, застойный румянец на щеках. Гиперемия и дефигурация левого голеностопного и правого лучезапястного суставов, все крупные и средние суставы болезненны при пальпации. При аускультации легких - ослабление дыхания и небольшое количество незвучных мелкопузырчатых хрипов в нижних отделах обоих легких, ЧДД - 20 в мин. Левая граница относительной сердечной тупости в 5 межреберье на 1 см кнутри от передней подмышечной линии, правая - в 4 межреберье на 0,5 см кнаружи от правого края грудины. Конфигурация сердца митральная. При аускультации сердца - ослабление первого тона на верхушке, акцент П тона на легочной артерии, выслушивается систолический шум с максимумом на верхушке, проводящийся в левую подмышечную область. Тоны аритмичны, выслушивается 8-10 внеочередных сокращений в мин. ЧСС - 78-84 в мин. АД - 110/70 мм рт. ст. Печень выступает из-под реберной дуги на 6 см, край закруглен, ровный, слегка болезненный при пальпации. Отеки голеней.

**Задание к ситуационной задаче**

1. Установить предварительный диагноз.

2. Наметить план дополнительного обследования.

3. Провести дифференциальный диагноз.

4. Определить тактику лечения.

**Результаты дополнительного обследования к ситуационной задаче**

1. ЭКГ - прилагается.

2. Общий анализ крови: СОЭ - 44 мм/час, эр. - 3,6х1012/л, Нв - 117 г/л, цв.п. - 0,9 , лейк. - 9,3х109/л, б - 0%, э - 2%, п/я - 8%, с/я - 71%, лимф. - 13%, мон. - 6%.

3. Общий анализ мочи: желтая, слабо-кислая, уд. вес - 1008, белок - 0,066 г/л, сахара нет, эпителий плоский - 1-7-12 в п/зр., лейк. - 5-7 в п/зр., эр. - 0-1-5 в п/зр., цилиндры гиалиновые 1-3 в п/зр.

4. Биохимический анализ крови: АСТ - 12 ед/л, мочевина - 8,6 ммоль/л, билирубин - 17,0 мкмоль/л, СРБ - 1, белок - 70 г/л.

5. Гликемия: 5,76 ммоль/л, ПТИ - 64%.

6. ЭХО-КС: аорта не уплотнена, не расширена (25 мм), левое предсердие увеличено (43 мм), ЛЖ не расширен (КДР - 43 мм, КСР - 30 мм), фракция выброса - 0,58, МЖП утолщена (24 мм), ЗСЛЖ утолщена (25 мм), аортальный клапан не изменен, митральный клапан - уплотнены створки, в М-режиме однонаправленное движение створок, неполное смыкание, в Д-режиме выявлен патологический поток на митральном клапане, рпавый желудочек не расширен (30 мм).

6. Рентгенография - прилагается.

**Эталон ответов к ситуационной задаче**

1. Предварительный диагноз: ревматизм: активная фаза, активность 2 степени, возвратный ревмокардит, подострое течение, ревматический артрит. Ревматический порок сердца: недостаточность митрального клапана, нарушение ритма по типу желудочковой экстрасистолии, НК 2-Б стадии.

2. План дополнительного обследования: общий анализ крови, общий анализ мочи, ЭКГ, эхокардиоскопия, анализ крови на АСЛ-О, АСГ, АСК, СРБ, ДФА, сиаловые кислоты, посев крови на гемокультуру, рентгенография голеностопных и лучезапястных суставов, суставов кистей рук, рентгенография грудной клетки, рентгенография грудной клетки с контрастированием пищевода, проба Нечипоренко.

3. Неревматический миокардит, инфекционный эндокардит.

4. Тактика лечения: антибиотики пенициллинового ряда, НПВП. Обсудить вопрос о целесообразности назначения глюкокортикоидов. Диуретики, титрирование дозы ингибиторов АПФ.

**Задача № 8**

Больной М., 55 лет, водитель. При поступлении жалуется на припухание и боль в правом голеностопном суставе и мелких суставах правой стопы, покраснение кожи над ними, ограничение движений в них.

Из анамнеза установлено, что страдает внезапными приступами болей в суставах правой стопы около 8 лет, когда впервые на фоне относительного благополучия ночью появились интенсивные боли в первом пальце правой стопы. Одновременно обнаружено было припухание, покраснение и повышение кожной температуры в области поражения. Самостоятельный прием анальгетиков привел к значительному уменьшению болевого синдрома и восстановлению функции суставов. В последующем было замечено, что рецидивирование артрита 1-го плюсне-фалангового сустава возникает после праздничных застолий или интенсивной физической работы. Боль в области правого голеностопного сустава присоединилась в течение последних 6 месяцев. Периодически в области порвженных суставов отмечается треск при ходьбе, особенно по неровной поверхности.

Объективно: телосложение правильное, повышенного питания. В области хрящевой части ушных раковин пальпируются безболезненные плотные образования величиной 0,3 х 0,2 см, белесоватые на изгибе. Кожные покровы чистые, достаточной влажности. Тургор тканей сохранен. Отмечаются костные деформации в области 1-го и 2-го плюсне-фаланговых суставов рпавой стопы с формированием hallus valgus, сочетающиеся с припухлостью, покраснением кожи и повышением местной температуры над этими же суставами. Симптом бокового сжатия правой стопы - положительный. Незначительное ограничение движений 1-го и 2-го пальцев правой стопы. Правый голеностопный сустав припухший, горячий и болезненный при пальпации. Объем активных и пассивных движений в нем ограничен из-за боли.

Внутренние органы без существенных видимых изменений.

**Задание к ситуационной задаче**

1. Установить предварительный диагноз.

1. 2. Составить план дополнительного обследования с указанием ожидаемых результатов.

2. Провести дифференциальный диагноз.

3. Наметить тактику лечения.

**Результаты дополнительного обследования к ситуационной задаче**

1. Клин. анализ крови: Нв - 158 г/л, эр. - 4,5х1012/л, лейк. - 7,9х109/л, СОЭ - 26 мм/час.

2. Анализ крови на сахар - 4,66 ммоль/л, ПТИ - 87%.

3. Биохимический анализ крови: билирубин - 13,5 мкмоль/л, холестерин - 5,8 ммоль/л, креатинин - 65 мкмоль/л, остаточный азот - 16,5 ммоль/л.

4. Биохимический анализ крови на ревмопробы: мочевая кислота - 589 мкмоль/л, СРБ - 2, ревматоидный фактор - 0, АСЛ-О - 125 ед., сиаловые кислоты - 2,99 ммоль/л (по нейтраминовой кислоте), общий белок - 77,5 г/л, белковые фракции - альбумины - 53%, глобулины а1 - 3%, а2 - 9%, в - 14%, у - 21%.

5. Общий анализ мочи: уд. вес - 1015, реакция слабо-кислая, белок - 0,066 г/л, эр. - 0-2 в п/зр., лейк. - 0-2-4 в п/зр.

6. Кал на я/г - отрицательный.

7. ЭКГ - прилагается.

8. Исследование синовиальной жидкости: наличие игольчатых кристаллов, расположенных внутриклеточно и двоякопреломляющих свет в поляризационном микроскопе. Цитоз 10 000 - 60 000 клеток на мм3 (преимущественно нейтрофилы).

9. Аспирация содержимого тофусов - наличие кристаллов мочевой кислоты.

10. УЗИ почек - почки расположены типично, подвижность сохранена, чашечно-лоханный комплекс не изменен. В области кортикальной зоны левой почки прослеживаются очаги незначительно выраженной гиперэхогенности и симптомы микролитиаза.

11. Анализ мочи по Нечипоренко: эр. - 1000х103/л, лейк. - 4000х103/л.

12. Анализ мочи по Зимницкому: дневной диурез - 1200 мл, ночной диарез - 700 мл, уд. вес - 1003-1015 ед.

13. Компьютерная томография области почек: обнаружены очаги интерстициального фиброза и микроконкременты в области кортикального слоя левой почки.

14. Консультация уролога: данных за микробное поражение почек нет. Картина почечной патологии не противоречит метаболической нефропатии.

15. Рентгенография - прилагается.

**Эталон ответов к ситуационной задаче**

1. Предварительный диагноз: подагра, смешанная форма, олигоартрит 1-го и 2-го правых плюсне-фаланговых суставов и правого голеностопного сустава, активность 1-2 степени. Подагрическая нефропатия. Вторичный олигоостеоартроз 1-го и 2-го плюсне-фаланговых и голеностопного суставов справа. ФНС 1 степени.

2. План обследования: клинический анализ крови, биохимический анализ крови на ревмопробы (уровень мочевой кислоты, ревматоидный фактор, АСЛ-О, сиаловые кислоты, белковые фракции), исследование синовиальной жидкости на наличие кристаллов мочекислого натрия методом поляризационной микроскопии, аспирация содержимого тофусов на кристаллы мочевой кислоты, кал на я/г, УЗИ - обследование почек, общий анализ мочи, анализ мочи по Нечипоренко и Зимницкому, при необходимости - ренография и компьютерная томография области почек, консультация уролога, ЭКГ, рентгенография пораженных суставов.

3. Дифференциальный диагноз со вторичным синовитом при первичном остеоартрозе, с ревматоидным артритом, с болезнью Рейтера, с псевдоподагрой, с паранеопластическим процессом, с амилоидозом почек.

4. Тактика лечения: купирование острого приступа подагры:

а) покой и иммобилизация пораженных суставов

б) диета с ограничением продуктов, богатых пуринами и отказ от алкоголя

в) колхицин или большие дозы НПВС коротким курсом

г) при отсутствии эффекта рекомендуется внутрисуставное введение глюкокортикоидов

Базисная терапия в данном случае будет состоять из соблюдения диеты и приема аллопуринола на 4-6 месяцев под контролем уровня мочевой кислоты в крови.

**Задача № 9**

Больная З., 59 лет, станочница. При поступлении жалобы на периодические боли в суставах нижних конечностей, которые резко усиливались при длительной ходьбе, физическом напряжении, спуске по лестнице, чувство утренней скованности в них около получаса, треск при движениях в коленных суставах, неприятные ощущения в поясничном отделе позвоночника.

Из анамнеза выяснено, что страдает данным заболеванием 12 лет. Начало заболевания постепенно с поражения коленных и голеностопных суставов, а также поясничного отдела позвоночника. Изредка после интенсивной физической работы в области коленных суставов отмечалась припухлость, которая держалась в течение 7-8 дней и исчезала после ограничения движений в коленных суставах и применения индометациновой мази. В последнее время состояние ухудшилось, боли в суставах и позвоночнике стали более интенсивными и продолжительными, присоединилось чувство утренней скованности.

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

**Задание к ситуационной задаче**

1. Установить предварительный диагноз.

2. Составить план дополнительного обследования с указанием ожидаемых результатов.

3. Провести дифференциальный диагноз.

4. Наметить тактику лечения.

**Результаты дополнительного обследования к ситуационной задаче**

1. Анализ крови: Нв - 123 г/л, лейк. - 7,3х109/л, СОЭ - 20 мм/час.

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

3. Биохиимичский анализ крови: общий белок - 79,2 г/л, альбумины - 53%, глобулины а1 - 4%, а2 - 9%, в - 9%, у - 25%, ревматоидный фактор - 0, мочевая кислота - 335 мкмоль/л, АСЛ-О - 125 ед., сиаловые кислоты - 2,36 ммоль/л, холестерин - 5,2 ммоль/л, билирубин - 12,4 мкмоль/л, СРБ - 1.

4. Анализ мочи - без изменений.

5. Кал на я/г - отрицательный.

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

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

8. ЭКГ - прилагается.

9. Рентгенография поясничного отдела позвоночника - прилагается.

10. Рентгенография коленных суставов - прилагается.

11. Сцинтиграфия с пирофосфатом технеция: повышение концентрации препарата в области верхнего поясничного отдела позвоночника, в коленных суставах.

12. Тепловизорное обследование суставов: при исследовании в инфракрасных лучах определяются зоны резко выраженной гипотермии в области коленных суставов.

**Эталон ответов к ситуационной задаче**

Предварительный диагноз: первичный полиостеоартроз, безузелковый, двусторонний гонартроз III степени, медленно-прогрессирующее течение, спондилез, ФНС 2 степени.

2. План дополнительного обследования: клинический анализ крови, биохимический анализ крови на ревмопробы (ревматоидный фактор, АСЛ-О, сиаловые кислоты, уровень мочевой кислоты, белковые фракции), анализ крови на сахар, ПТИ, кал на я/г, иммунологическое исследование крови на иммуноглобулины А,G,М, исследование синовиальной жидкости на цитоз, сцинтиграфия с пирофосфатом технеция, тепловизорное обследование суставов.

3. Дифференциальный диагноз с ревматоидным артритом, болезнью Бехтерева, псориатической артропатией, диабетической артропатией, ревматической полимиалгией, подагной.

4. Тактика лечения: разгрузка пораженных суставов, механические вспомогательные приспособления (бандаж, корсет, трость), НПВС и анальгетики, любриканты, физиолечение, сосудистая терапия, при неэффективности - хирургическое лечение.

 **Задача № 10**

Больная С, 46 лет, поступила в клинику с жалобами на интенсивную боль, похолодание правой голени, возникшие около двух часов назад без видимой причины, одышку при умеренных физических нагрузках (подъем по лестнице на 1 -2 этажа), ночной кашель с отделением небольшого количества мокроты, периодически возникающее при нагрузках ощущение учащенного сердцебиения, ноющие боли в области сердца, купирующиеся приемом валидола. В детстве однократно перенесла двустороннюю гнойную ангину, в дальнейшем чувствовала себя удовлетворительно. С 30 лет стала отмечать одышку при физических нагрузках, которая постепенно нарастала. С 35 лет стали беспокоить приступы учащенного неритмичного сердцебиения, которые купировались введением новокаинамида. От предложенного оперативного вмешательства отказывалась. Принимала аллапинин, верошпирон, эналаприл, тромбо-АСС с некоторым эффектом. За месяц до поступления в клинику развился затяжной приступ учащенного сердцебиения, который бригаде СМП не удалось купировать обычной дозой новокаинамида. Было рекомендовано заменить аллапинин на обзидан, в остальном лечение продолжить. Заметно наросла одышка, появился влажный кашель по ночам.

При осмотре состояние средней тяжести. Кожа правой голени холодная, бледная, пульсация на тыльной артерии стопы не определяется. Голени и стопы пастозны. Число дыханий 20 в минуту, дыхание жесткое, в базальных отделах справа выслушиваются единичные незвонкие влажные мелкопузырчатые хрипы. Правая граница сердца по правому краю грудины, верхняя - по верхнему краю III ребра, левая - по левой средне-ключичной линии. Пальпируется пульсация в 3-4 межреберье слева от грудины. ЧСС 96 ударов в минуту, ритм неправильный, дефицит пульса 14 в минуту. I тон на верхушке несколько усилен, определяется акцент II тона во втором межреберье слева от грудины. На верхушке выслушиваются шум между I и II тонами, проводящийся в левую подмышечную область, и шум после II тона, который усиливается в положении лежа на левом боку. АД 110 и 70 мм.рт.ст. Живот мягкий, безболезненный, печень и селезенка не увеличены.

В анализах крови: Нв 13,5 г%, эритр. 4,1 млн., лейк. 4,9 тыс., лейк. формула не изменена, тромб. 195 тыс., СОЭ 7 мм/час, об. белок 7,8г%, альбумин 4,1 г%, глюкоза 101 мг%, креатинин 1,2 мг%, общий билирубин 1,0 мг%, прямой билирубин 0,2 мг%, СРБ +, латекс тест отрицательный, АСЛО ниже 200 ед. На рентгенограммах грудной клетки сосудистый рисунок легких усилен, по левому контуру увеличены 2-я и 3-я дуги, в первой косой проекции пищевод отклоняется по дуге большого радиуса, плевральные синусы свободны. ЭКГ прилагается.

**Дайте письменный ответ на следующие вопросы:**

1. Проведите диагностический поиск
2. После II этапа диагностического поиска сформулируйте предварительный диагноз.
3. Нужно ли проводить дополнительные исследования (если нужно, то какие), какую информацию Вы ожидаете получить от этих исследований?
4. Сформулируйте клинический диагноз. Укажите диагностические критерии.
5. Назначьте лечение и обоснуйте его.

**Эталон решения задачи**

***На первом этапе диагностического поиска*** анализ жалоб больной позволяет выделить три ведущих синдрома - сердечная недостаточность, нарушение ритма сердца и острое нарушение кровообращения в нижней конечности. Предположение о кардиальном характере одышки связано с наличием других жалоб, говорящих о заболевании сердца (нарушения ритма, кардиалгии), нетипичным для бронхолегочных заболеваний характером кашля, который можно расценить как застойный.

В основе неритмичного сердцебиения при нагрузках может лежать экстрасистолия, однако более вероятно предположение о наличии мерцательной аритмии, причем постоянной ее формы (иначе пришлось бы предположить, что нагрузки каждый раз провоцируют возникновение пароксизма мерцательной аритмии). Наличие у больной постоянной формы мерцательной аритмии делает еще более вероятным кардиальный характер одышки, а также может служить объяснением остро возникшей ишемии нижней конечности (можно предположить тромбоэмболию). Однако остается неясным характер основного заболевания, осложнившегося мерцательной аритмией, сердечной недостаточностью и тромбоэмболией. С учетом пола и возраста больной, отсутствия характерного болевого синдрома (стенокардии) диагноз ИБС представляется маловероятным; следует исключать в первую очередь гипертоническую болезнь, пороки сердца, миокардит, кардиомиопатии, гипертиреоидное состояние.

В анамнезе заболевания обращают на себя внимание тяжелая ангина, а также порядок возникновения симптомов - в первую очередь одышка, и позднее - приступы неритмичного сердцебиения, купирующиеся новокаинамидом (речь идет, наиболее вероятно, о мерцании или трепетании предсердий). Причиной появления одышки и мерцательной аритмии в молодом возрасте могут быть заболевания, протекающие с перегрузкой и дилатацией левого предсердия, следствием чего становится легочная гипертензия. К таким заболеваниям относятся прежде всего митральные пороки сердца (митральный стеноз), некоторые врожденные пороки сердца, а также дилатационная кардиомиопатия (в т.ч. как исход миокардита). Однако наличие в анамнезе тяжелой ангины, наряду с отсутствием непосредственной связи одышки с ОРВИ, делает наиболее вероятным диагноз ревматического порока сердца, хотя и отсутствуют в анамнезе эпизоды, которые можно расценить как первичный ревмокардит, ревматический полиартрит, хорея (ревматическая лихорадка могла протекать латентно). Предположение о пороке сердца подтверждается тем, что после возникновения одышки и мерцательной аритмии больной была предложена операция.

Наконец, при непосредственном обследовании больной ***на втором этапе диагностического поиска*** выявлены прямые признаки митрального стеноза (усиление I тона, диастолический шум на верхушке), который носит почти исключительно ревматический характер. Прямых признаков аортального порока сердца не выявлено. Выявление застойных хрипов (наряду с умеренной дилатацией сердца влево, акцентом II тона над легочной артерией) подтверждает наличие нарушения кровообращения по малому кругу (отсутствуют отеки, гепатомегалия, признаки выпота в плевральных полостях, в сердечной сорочке, асцит). Подтверждено предположение о наличии мерцательной аритмии и развитии ишемии нижней конечности.

***На третьем этапе диагностического поиска*** необходимо провести общий анализ крови в сочетании с определением уровня фибриногена, СРБ, электрофорезом белков (выявление острофазовых показателей), определение антистрептококковых антител (признаки активности ревматического процесса), общий анализ мочи; провести ЭКГ-исследование (зафиксировать мерцательную аритмию, определить признаки гипертрофии желудочков), ЭХО-КГ (выявить прямые и косвенные признаки митрального стеноза, исключить признаки перикардита), суточное мониторирование ЭКГ по Холтеру (оценить «разброс» ЧСС, периоды выраженной тахисистолии, паузы, наличие сопутствующей желудочковой экстрасистолии), рентгенографию органов грудной клетки (оценить размеры сердца, признаки застоя в легких, исключить гидроторакс), а также УЗДГ сосудов нижних конечностей (для подтверждения диагноза тромбоэмболии) и чреспищеводную эхокардиографию (для выявления первичного тромба в ушке левого предсердия). Показаны также осмотр ЛОР-врача для оценки состояния миндалин (с посевом с их поверхности), определение уровня ТТГ и УЗИ щитовидной железы (для исключения тиреотоксикоза и оценки состояния щитовидной железы перед возможным назначением кордарона).

В патогенезе митрального стеноза выделяют следующие этапы: перегрузка левого предсердия с развитием пассивной легочной гипертензии и мерцательной аритмии; активная легочная гипертензия (рефлекс Китаева), перегрузка и дилатация правых отделов сердца с развитием застоя по большому кругу кровообращения, терминальная стадия с развитием необратимых изменений в печени, почках, кахексией. У больной имеются признаки активной легочной гипертензии (выраженная одышка с застойными хрипами в легких) и начальные признаки перегрузки правого желудочка (появление патологической пульсации за счет гипертрофии правого желудочка, ЭКГ).

Следовало в первую очередь принять все возможные меры для купирования очередного пароксизма мерцательной аритмии в пределах 2-х суток, не ограничиваясь введением новокаинамида (внутривенное введение кордарона, нибентана, электрическая кардиоверсия), поскольку у больной сохраняются неплохие шансы на удержание синусового ритма (отсутствует выраженная дилатация левого предсердия, не назначалось большинство эффективных при мерцательной аритмии антиаритмиков, включая кордарон). В случае сохранения мерцательной аритмии или ее рецидивов следовало начать терапию непрямыми антикоагулянтами для профилактики тромбообразования в предсердии. В качестве меры первичной профилактики, которая позволила бы оттянуть момент установления постоянной формы мерцательной аритмиии снизить риска тромбообразования, должно рассматриваться своевременное оперативное вмешательство (которое и было предложено) с ушиванием ушка левого предсердия и, возможно, проведением процедуры типа «лабиринт».

На данном этапе необходимо в первую очередь провести лечение развившегося осложнения - при отсутствии показаний к экстренной тромбэмболэктомии (которые определяются совместно с хирургом с учетом данных УЗДГ) назначить гепарин п/к с последующим переводом на прием непрямых антикоагулянтов (под контролем ПИ и МНО), в/в вливания препаратов, улучшающих периферическое кровообращение (трентал, реополиглюкин, актовегин). Клинически имеются показания к оперативному лечению порока (комиссуротомия или протезирования клапана), которые необходимо подтвердить данными ЭХО-КГ. В качестве предоперационной подготовки назначить урежающую ритм терапию (дигоксин, β-адреноблокаторы, предпочтительно метопролол), препараты для лечения сердечной недостаточности (ингибиторы АПФ, верошпирон, петлевые диуретики). При отказе больной от операции необходимо решить вопрос (с учетом размеров левого предсердия, величины градиента на митральном клапане и площади митрального отверстия, наличия или отсутствия внутрисердечных тромбов) о целесообразности планового восстановления синусового ритма (с назначением кордарона); при согласии - вернуться к вопросу об устранении мерцательной аритмии через 6 месяцев после операции. При наличии признаков активности ревматического процесса операцию отложить на 6 месяцев и назначить, наряду с регулярными (раз в месяц) инъекциями экстенциллина, НПВС и аминохинолины (делагил, плаквенил). Перед началом такой терапии дополнительно провести ЭГДС и осмотр окулиста (для выявления противопоказаний к лечению).

**Задача № 11** Больная Е., 31 лет, почтальон.

*Жалобы при поступлении*: на выраженные боли и припухание суставов кистей, лучезапястных, локтевых, плечевых и коленных суставах, на боли при жевании, на утреннюю скованность в пораженных суставах, длящуюся до 14-15 часов дня, на субфебрилитет, потерю веса на 6 кг за последние 4 месяца, выраженную общую слабость.

*Из анамнеза*: около 7 месяцев назад впервые в жизни возникли ноющие боли в суставах кистей, лучезапястных, а затем коленных суставах, общая слабость. К врачам не обращалась, старалась больше отдыхать, нерегулярно принимала анальгин без существенного эффекта. Ухудшение состояния в последние 4 месяца, когда значительно усилились боли в суставах, в процесс вовлеклись локтевые, плечевые и височно-нижнечелюстные суставы, развились скованность, субфебрилитет, похудание. По совету соседки принимала аспирин, индометацин с незначительным положительным эффектом, однако на фоне приема этих препаратов возникли боли в эпигастрии, изжога.

*При осмотре*: состояние средней тяжести. Температура тела 37,4ºС. Кожные покровы и видимые слизистые бледные, в области левого локтевого сустава 2 подкожных плотных узелковых образования размером 0,5х0,5 см. Отмечается припухлость и гиперемия пястно-фаланговых, лучезапястных и локтевых суставах, ограничение объема активных и пассивных движений в суставах кистей, локтевых, плечевых суставах из-за болей. Определяется западение межкостных промежутков на обеих кистях. Коленные суставы дефигурированы, увеличены в объеме, определяется гипертермия кожи при пальпации, баллотирование надколенников. В легких дыхание с жестким оттенком, хрипов нет. ЧД=17 в мин. Тоны сердца несколько приглушены, шумов нет, ритм правильный. ЧСС=78 в мин. АД=132 и 80 мм рт.ст. Живот при пальпации мягкий, умеренно болезненный в эпигастрии и пилородуоденальной зоне. Печень и селезенка не увеличены.

*В анализах крови*: Hb 99,4 г/л, лейкоциты 9,1 тыс., тромбоциты 519 тыс., СОЭ 46 мл/час. Электрофорез белков: альбумины 43,7%, глобулины: α1- 4,9%, α2- 12,8%, β- 12,4%, γ- 26,2%. С-реактивный белок +++, фибриноген 4,38 мг/дл, реакция Ваалера-Роуза 1:1028. Железо 152 мг/дл.

*Рентгенография кистей*: околосуставной остеопороз и единичные кисты в эпифизах II-III пястный костей справа, сужение рентгеновских суставных щелей обоих лучезапястных суставов, II-IV слева и II-III пястно-фаланговых суставов справа.

*Эзофагогастродуоденоскопия*: яркая гиперемия слизистой антрального отдела желудка, складки слизистой утолщены. Эрозий и язв не выявлено.

**Дайте письменные ответы на следующие вопросы:**

1. Проведите диагностический поиск.
2. После второго этапа диагностического поиска сформулируйте предварительный диагноз.
3. Составьте план обследования больного, укажите какие дополнительные исследования необходимо провести для постановки диагноза.
4. Сформулируйте клинический диагноз. Укажите диагностические критерии.
5. Назначьте лечение и обоснуйте его.

**Эталон решения задачи**

***На I этапе диагностического поиска*** выявляются характерные жалобы , позволяющие предположить наличие суставного синдрома. Речь может идти как об артралгиях, так и об артрите. Второе более вероятно, так как суставной синдром представлен не только болями, но и припуханием суставов, имеет место утренняя скованность. Обращает на себя внимание множественность и симметричность поражения суставов с вовлечением в процесс суставов кистей. Кроме того жалобы на субфебрилитет, похудание свидетельствуют в пользу общевоспалительного синдрома. Артрит носит хронический и прогрессирующий характер, в процесс вовлекаются новые суставы. Локализация поражения и характер поражения суставов вместе с общими симптомами позволяют заподозрить ревматоидный артрит. Появление болей в эпигастрии на фоне приема аспирина и индометацина позволяет думать о развитии НПВП-ассоциированной гастропатии.

***На II этапе диагностического поиска*** обращают на себя внимание бледность кожных покровов и слизистых, что может указывать на развитие анемии. В области левого локтевого сустава выявляются ревматоидные узелки. Отчетливо определяется симметричный артрит пястно-фаланговых, лучезапястных, локтевых, плечевых и коленных суставов. В коленных суставах выявляется значительное количество выпота. Боли при пальпации эпигастрия и пилородуоденальной зоны подтверждают предположение о развитии гастропатии на фоне приема НПВП.

После II этапа диагностического поиска можно сформулировать ***предварительный диагноз***: Ревматоидный артрит: полиартрит с системными проявлениями (ревматоидные узелки). Анемия? НПВП-ассоциированная гастропатия?

***На III этапе диагностического поиска*** выявляется анемия с нормальным уровнем железа в крови, что позволяет расценивать ее как анемию хронического воспаления в рамках основного заболевания. Отмечаются неспецифические признаки воспаления: увеличение СОЭ, тромбоцитоз, повышение концентраций α2 глобулинов и фибриногена, С-реактивного белка, что укладывается в картину ревматоидного артрита. Обращает на себя внимание выявление ревматоидного фактора в высоком титре, что также подтверждает диагноз ревматоидного артрита. Рентгенологическая картина соответствует ревматоидному артриту II рентгенологической стадии. Выраженность клинических проявлений (скованность, экссудация, гипертермия в суставах), уровни СОЭ и С-реактивного белка позволяют расценить активность процесса, как соответствующую III степени. Больная не может выполнять профессиональные обязанности - степень функциональных недостаточности II. Данные ЭГДС подтверждают наличие НПВП-ассоциированной гастропатии, не приведшей, однако, к развитию эрозивно-язвенного поражения желудка.

***Клинический диагноз*:** Ревматоидный артрит: серопозитивный полиартрит II рентгенологической стадии, III степени активности с системными проявлениями (ревматоидные узелки), функциональная недостаточность II ст. НПВП-ассоциированная гастропатия.

*План лечения*: учитывая высокую активность процесса и наличие системных проявлений целесообразно назначить преднизолон 10 мг/сут внутрь и метотрексат 10 мг в неделю в/м. Учитывая наличие гастропатии, в качестве НПВП следует предпочесть селективные ингибиторы ЦОГ-2 - мелоксикам, нимесулид или целекоксиб в комбинации с ингибитором протонной помпы омепразолом в дозе 20-40 мг/сут.

**Задача № 12** Больная Д., 18 лет, студентка.

*Жалобы при поступлении:* на боли в коленных, локтевых и межфаланговых суставах кистей, чувство «скованности» в них, боли под лопатками при глубоком дыхании, чувство нехватки воздуха, общую слабость, повышение температуры тела до субфебрильных цифр.

*Из анамнеза:* Заболела остро 3 месяца назад, когда появились резкие боли в правом плечевом и лучезапястном суставах, чувство «скованности» в них, слабость в руках и ногах, боли в пояснице, повышение температуры тела до 38°. Вскоре появились эритематозные высыпания на спинке носа и щеках. Лечилась в местной больнице, где состояние расценивалось как ревматизм в активной фазе, ревмокардит, полиартрит, поражение почек. В анализах крови была выявлена анемия (Hb 90 г/л), увеличение СОЭ до 35 мм/ч. Проводилось лечение пенициллином, индометацином, антигистаминными средствами, на фоне чего температура тела снизилась до субфебрильных значений. Однако сохранялись артралгии, распространившиеся на коленные суставы и межфаланговые суставы кистей, стало возникать чувство нехватки воздуха, затем появились боли под лопатками при глубоком дыхании.

*При осмотре:* температура тела 38,3°. Кожные покровы бледные, капилляриты ладоней, лимфаденопатия, увеличение в объеме и гипертермия левого коленного сустава. На коже щек и спинки носа яркая эритема. В легких дыхание везикулярное, хрипы не выслушиваются. ЧД=17 в мин. Перкуторно границы сердца не расширены. Тоны сердца приглушены, выслушивается ритм галопа, слабый систолический шум на верхушке. Пульс 100 в мин, ритмичный. АД 120 и 70 мм рт.ст. Печень выступает на 2,5 см из-под края правой реберной дуги, при пальпации мягко-эластичная, безболезненная. Пальпируется нижний полюс селезенки. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный с обеих сторон.

*В анализах крови:* Hb 66 г/л, гематокрит 33%, ЦП=0,80, лейкоциты 2,9 тыс., тромбоциты 112 тыс., СОЭ 59 мм/ч. Общий белок 7,2 г/дл, альбумин 2,9 г/дл, креатинин 1,4 мг/дл. IgM 140 мг%, IgA 225 мг%, IgG 1800 мг%, комплемент 0. Титр АСЛ-О ниже 250 ед. Латекс-тест отриц., реакция Ваалера-Роуза отриц., Антинуклеарные антитела 1:160, LE-клетки найдены.

*В анализах мочи:* уд. вес 1010, рН 5, белок 1,75 ‰, сахара нет, лейкоциты 4-6 в п/зр., эритроциты 7-10 в поле зрения, цилиндры гиалиновые 3-4 в п/зр., цилиндры зернистые 1-2 в п/зр.

*ЭКГ:* синусовая тахикардия, отриц. зубцы Т в I, III, aVF, V3-V5 отведениях.

*Рентгенография органов грудной клетки:* умеренное усиление легочного рисунка, утолщение и уплотнение междолевой плевры.

*УЗИ брюшной полости и почек:* печень и селезенка несколько увеличены, нормальной эхогенности. Почки не изменены.

**Дайте письменные ответы на следующие вопросы:**

1. Проведите диагностический поиск.
2. После второго этапа диагностического поиска сформулируйте предварительный диагноз.
3. Составьте план обследования больного, укажите какие дополнительные исследования необходимо провести для постановки диагноза.
4. Сформулируйте клинический диагноз. Укажите диагностические критерии.
5. Назначьте лечение и обоснуйте его.

 **Эталон решения задачи**

***На I этапе диагностического поиска*** у больной можно выделить суставной синдром, кожный синдром, общевоспалительный синдром. Кроме того имеющиеся жалобы на одышку и боли в грудной клетке при глубоком дыхании позволяет думать о возможном поражении легких, плевры и/или сердца. Сочетание данных синдромов позволяет заподозрить заболевание из группы ревматических болезней. В круг дифференциально-диагностического поиска можно включить ревматоидный артрит, системную красную волчанку и ревматизм. Последнее предположение наименее вероятно, так как отсутствует связь симптомов с перенесенной ранее стрептококковой инфекцией, лечение антибиотиками и НПВП было неэффективным.

***На II этапе диагностического поиска*** обращает на себя внимание поражение кожи (эритема в виде «бабочки», капилляриты). Сочетание лимфаденопатии и гепатоспленомегалии указывает на поражение ретикулоэндотелиальной системы. Наличие тахикардии и ритма галопа говорит о поражении сердца. Артрит левого коленного сустава, при отсутствии артритов пястно-фаланговых, проксимальных межфаланговых, лучезапястных суставов не укладывается в типичную картину ревматоидного артрита, кроме того полиорганность поражения свидетельствует больше в пользу дебюта СКВ. Наличие же тяжелого системного варианта РА с такими обширными поражениями внутренних органов предполагало бы значительно более выраженный суставной синдром.

***На III этапе диагностического поиска*** были выявлены умеренная анемия, лейкопения, тромбоцитопения, увеличение СОЭ, умеренная гипоальбуминемия, повышение содержания IgG в сочетании с акомплементемией, положительный LE-клеточный феномен и значимое повышение титра антинуклеарных антител, а также изменения в анализах мочи, характерные для нефрита (гипостенурия, протеинурия, лейкоцитурия, эритроцитурия, цилиндрурия). Выявленные на ЭКГ изменения конечной части желудочкового комплекса подтверждают предположения о поражении сердца, вероятно воспалительной природы, а данные рентгенографии органов грудной клетки – поражения плевры.

Таким образом, сочетание суставного синдрома, кожного синдрома, общевоспалительного синдрома, поражения ретикулоэндотелиальной системы, сердца, почек и плевры вместе с лейко- и тромбоцитопенией, анемией, специфическими иммунными маркерами (положительные АНА и LE-клетки, акомплементемия) позволяют поставить диагноз СКВ. Выявление поражения почек в первые месяцы болезни свидетельствует об остром течении заболевания. Отрицательные результаты исследований на ревматоидный фактор еще раз подтверждают предположение об отсутствии РА. Низкий титр АСЛ-О говорит об отсутствии недавней стрептококковой инфекции.

***Клинический диагноз****:* Системная красная волчанка острого течения с поражением кожи (эритема в зоне «бабочки», капилляриты), сердца (миокардит), серозных оболочек (плеврит), почек (нефрит), суставов (артралгии, артрит левого коленного сустава), гематологическими нарушениями (анемия, лейкопения, тромбоцитопения), III степени активности.

У данной больной имеется 7 положительных диагностических критериев СКВ Американской ревматологической ассоциации.

*План лечения:* больной показана терапия преднизолоном перорально в дозе 60 мг в сутки. Учитывая наличие люпус-нефрита, а также острое течение заболевания, к терапии целесообразно добавить цитостатические иммуносупрессанты – азатиоприн 100 мг в сутки.