

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ
Федеральное государственное бюджетное образовательное
учреждение высшего образования
«Приволжский исследовательский медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации

ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ

ПО ДИСЦИПЛИНЕ

«Ревматология»

направление подготовки 31.06.01 Клиническая медицина
направленность Внутренние болезни

Квалификация выпускника:
Исследователь. Преподаватель-исследователь

Форма обучения:
заочная

Н.Новгород

2018

Фонд оценочных средств по дисциплине по выбору «Ревматология» предназначен для контроля знаний по программе подготовки кадров высшей квалификации в аспирантуре по направлению подготовки 31.06.01 «Клиническая медицина» и направленности «Внутренние болезни»

Текущий контроль осуществляется в течение всего срока освоения данной специальности. Промежуточная аттестация обучающихся проводится по итогам обучения и является обязательной.

**Паспорт фонда оценочных средств по дисциплине
«Ревматология»**

Компетенция (код)	Результаты обучения по дисциплине	Наименование оценочного средства	
		вид	количество
УК-1	<p><i>Знать:</i> основные методы научно-исследовательской деятельности в избранной профессиональной области, в том числе и в междисциплинарных областях;</p> <p><i>Уметь:</i> генерировать и анализировать варианты решения исследовательских и практических задач и оценивать потенциальные реализации этих вариантов;</p> <p><i>Владеть:</i> навыками оценки современных научных достижений и результатов деятельности по решению исследовательских и практических задач, в том числе в междисциплинарных областях;</p>	<p>Ситуационные задачи</p> <p>Тесты</p>	<p>8</p> <p>14</p>
УК-5	<p>моделированию научно-педагогической деятельности, требования общества, предъявляемые к науке и научным работникам;</p> <p><i>Уметь:</i> формулировать задачи своего личностного и профессионального роста, выбирать и эффективно использовать образовательные технологии, методы и средства обучения с целью обеспечения планируемого уровня личностного и профессионального развития, оценивать последствия принятого решения и нести за него ответственность;</p> <p><i>Владеть:</i> навыками профессионально-творческого саморазвития;</p>	<p>Вопросы для собеседования</p> <p>Ситуационные задачи</p>	<p>11</p> <p>8</p>

ОПК-4	<p><i>Знать:</i> алгоритм подготовки разработанных методов и методик, направленных на охрану здоровья граждан к внедрению в практическое здравоохранение с учетом структуры современной системы здравоохранения;</p> <p><i>Уметь:</i> генерировать новые методы и методики, направленные на охрану здоровья граждан с высоким потенциалом эффективности и целесообразности внедрения в практическое здравоохранение;</p> <p><i>Владеть:</i> навыками внедрения разработанных методов и методик, направленных на охрану здоровья граждан на основе сравнительного анализа конечных научных результатов;</p>	Вопросы для собеседования	4
ОПК-5	<p><i>Знать:</i> современные методы лабораторной и инструментальной диагностики;</p> <p><i>Уметь:</i> использовать современные технологии для получения научных результатов;</p> <p><i>Владеть:</i> навыками реализации диагностических методов и анализа результатов полученных научных данных;</p>	Вопросы для собеседования	3
ОПК-6	<p><i>Знать:</i> Основные способы рационального планирования профессионального обучения и развития</p> <p><i>Уметь:</i> Планировать научную и профессиональную деятельность</p> <p><i>Владеть:</i> Навыками профессионального самовоспитания и самообразования</p>	Вопросы для собеседования	3
ПК-4	<p><i>Знать:</i> источники информации по внутренним болезням;</p> <p><i>Уметь:</i> ориентироваться и критически анализировать широкий контент информации в области внутренних болезней;</p> <p><i>Владеть:</i> навыками логического аргументируемого анализа;</p>	Вопросы для собеседования Ситуационные задачи Тесты	7

ПК-5	<p><i>Знать:</i> основные методы, используемые для лабораторной и инструментальной диагностики заболеваний, значение специальных и дополнительных методов исследования для дифференциальной диагностики, методы поиска, обработки и использования информации по внутренним болезням, принципы доказательной медицины для проведения системного анализа медицинской информации;</p> <p><i>Уметь:</i> определить необходимость специальных методов исследования и интерпретировать их результаты, собирать и обрабатывать клинико-эпидемиологические данные, использовать принципы доказательной медицины для проведения системного анализа медицинской информации, внедрять в практическое здравоохранение результаты научных исследований, современных методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации заболеваний внутренних органов;</p> <p><i>Владеть:</i> навыками проведения специальных клинических и лабораторных тестов по отдельным патологическим синдромам и постановки диагноза, проведения необходимой профилактики и лечения внутренних болезней;</p>	Вопросы для собеседования	7
ПК-6	<p><i>Знать:</i> современную международную классификацию болезней, критерии и стандарты оказания диагностической и лечебной медицинской помощи;</p> <p><i>Уметь:</i> оценить полученную информацию, используя международную классификацию болезней и других проблем, связанных со здоровьем, качество оказания медицинской помощи;</p> <p><i>Владеть:</i> навыками определения патологических состояний в области внутренних болезней, оценки качества оказания специализированной помощи в лечебных учреждениях;</p>	<p>Вопросы для собеседования</p> <p>Тесты</p> <p>Рефераты</p>	<p>2</p> <p>2</p>

2. Перечень оценочных средств и форм их представления в ФОС

№	Наименование оценочного средства	Краткая характеристика оценочного средства	Представление оценочного средства (в фонде)
1.	Разноуровневые задачи и задания	<p>А) Задания репродуктивного уровня. Позволяют оценивать и диагностировать знание фактического материала (базовые понятия, алгоритмы, факты) и умение правильно использовать специальные термины и понятия, узнавание объектов изучения в рамках определенного раздела дисциплины/модуля: тестовые задания (открытой и закрытой форм), простые ситуационные задачи с коротким ответом или простым действием, задания на установление правильной последовательности, задания на нахождение ошибок в последовательности (определить правильный вариант последовательности действий) и др.</p> <p>Б) Задания реконструктивного уровня. Позволяют оценивать и диагностировать умения синтезировать, анализировать, обобщать фактический и теоретический материал с формулированием конкретных выводов, установлением причинно-следственных связей: задания на принятие решения в нестандартной ситуации, задания на оценку последствий принятых решений и эффективности выполнения действия, комплексные практические контрольные задания с многоходовыми решениями в типичной и в нестандартной ситуациях и др.</p> <p>В) Задания творческого уровня. Это частично регламентированные задания, имеющие нестандартное решение и позволяющие оценивать и диагностировать умения, интегрировать знания различных областей, аргументировать собственную точку зрения.</p>	Комплект разноуровневых ситуационных задач
2.	Собеседование	Средство контроля, организованное как специальная беседа с обучающимся на темы, связанные с изучаемой дисциплиной, и рассчитанное на выяснение объема знаний обучающегося.	Вопросы по темам/разделам дисциплины, зачетные/ экзаменационные вопросы
3.	Тестовые задания	Система заданий, позволяющая автоматизировать процедуру измерения уровня знаний и умений обучающихся.	Фонд тестовых заданий

4.	Экзаменационные материалы	Итоговая форма оценки знаний	Перечень вопросов и заданий к экзамену по дисциплине
----	---------------------------	------------------------------	------------------------------------------------------

Критерии оценивания:

<i>код компетентности</i>	<i>оценка 5 «отлично»</i>	<i>оценка 4 «хорошо»</i>	<i>оценка 3 «удовлетворительно»</i>	<i>оценка 2 «неудовлетворительно»</i>
УК-1,5, ОПК 4-6, ПК 4-6	<i>глубокое усвоение программного материала, логически стройное его изложение, дискуссионность данной проблематики, умение связать теорию с возможностями ее применения на практике, свободное решение задач и обоснование принятого решения, владение методологией и методиками исследований, методами моделирования</i>	<i>твердые знания программного материала, допустимы несущественные неточности в ответе на вопрос, правильное применение теоретических положений при решении вопросов и задач, умение выбирать конкретные методы решения сложных задач, используя методы сбора, расчета, анализа, классификации, интерпретации данных, самостоятельно</i>	<i>знание основного материала, допустимы неточности в ответе на вопросы, нарушение логической последовательности в изложении программного материала, умение решать простые задачи на основе базовых знаний и заданных алгоритмов действий, испытывать затруднения при решении практических задач;</i>	<i>незнание значительной части программного материала, неумение даже с помощью преподавателя сформулировать правильные ответы на задаваемые вопросы, невыполнение практических заданий;</i>

		<p><i>применяя</i></p> <p><i>математический</i></p> <p><i>и</i></p> <p><i>статистический</i></p> <p><i>аппарат;</i></p>		
--	--	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--	--

3. Оценочные средства

3.1. Текущий контроль

3.1.1. Контролируемый раздел дисциплины «Введение в ревматологию», формируемые компетенции ОПК-4, ОПК-5,6

3.1.1.1. Перечень вопросов для собеседования для контроля компетенции ОПК-4:

1. Этапы развития мировой и отечественной ревматологии
2. Лабораторные методы исследования в ревматологии
3. Современные инструментальные методы исследования в ревматологии
4. Роль исследования синовиальной жидкости в диагностике ревматологической патологии.

3.1.1.2. Перечень вопросов для собеседования для контроля компетенции ОПК-5,6

1. Внутрисуставные манипуляции. Показания к проведению.
2. Обследование больного с патологией суставов
3. Классификация заболеваний опорно-двигательного аппарата

3.1.2. Контролируемый раздел дисциплины «Воспалительные и дегенеративные заболевания суставов», формируемые компетенции УК-5:

3.1.2.1. Перечень вопросов для собеседования для контроля компетенции УК-5

1. Определение ревматоидного артрита. Классификация ревматоидного артрита. Этиология и патогенез. Клиническая картина: основные синдромы, суставные и системные проявления ревматоидного артрита. Диагностические критерии ревматоидного артрита. Формулировка диагноза ревматоидного артрита.
2. Лечение ревматоидного артрита. Методы самоконтроля пациентов при ревматоидном артрите.
3. Серонегативный спондилоартрит. Диагностические критерии. Роль генетических факторов в развитии заболевания. Диагностические тесты на функциональное состояние позвоночника. Лабораторная диагностика. Инструментальные методы обследования.
4. Серонегативный спондилоартрит Общие подходы к лечению.
5. Анкилозирующий спондилит. Диагностические критерии. Рентгенологическая картина. Лечение.
6. Псориатический артрит. Характеристика суставного синдрома. Рентгенологическая картина. Лечение.
7. Реактивный артрит. Роль триггерной инфекции в развитие заболевания. Характеристика суставного синдрома. Лабораторная диагностика. Подходы к лечению.
8. Подагра. Распространенность. Этиология. Первичная и вторичная подагра. Причины развития вторичной подагры и гиперурикемии. Патогенез острого артрита и поражений почек. Патоморфологическая картина. Клинические признаки

- острого артрита и хронической подагры. Рентгенологическая характеристика.
9. Подагра. Связь с сопутствующей патологией. Диагностика и дифференциальный диагноз. Лечение бессимптомной гиперурикемии, купирование острого подагрического приступа, рецидивирующего подагрического артрита и «острой подагрической почки».
 10. Болезнь отложения кристаллов пирофосфата кальция. Диагностика и лечение.
 11. Дегенеративное поражение суставов (остеоартроз, спондилоартроз)

3.1.3. Контролируемый раздел дисциплины «Диффузные болезни соединительной ткани» формируемые компетенции ПК-5:

3.1.3.1. Перечень вопросов для собеседования для контроля компетенции ПК-4,5

1. Системная красная волчанка. Эпидемиология. Этиология и патогенез. Клиническая картина. Полисиндромность заболевания. Клинические варианты течения. Данные лабораторных методов исследования. Иммунные нарушения при СКВ. Морфологические проявления СКВ, морфология люпус-нефрита. Критерии диагноза. Клинико-лабораторная характеристика активности.
2. Системная красная волчанка Диагностика и дифференциальная диагностика. Классификация СКВ. Лечение
3. Системная склеродермия. Патоморфологические изменения. Основные клинические синдромы: поражение кожи, синдром Рейно, суставной синдром, поражение скелетных мышц и костей, висцеральные проявления - поражение легких, почек, сердца, пищеварительного тракта, нервной и эндокринной систем. Диагностические критерии системной склеродермии. Классификация. Лечение.
4. Воспалительные миопатии. Классификация воспалительных миопатий. Распространенность. Этиология и патогенез. Особенности поражения кожи, мышц и суставов, висцеральная патология. Данные лабораторных исследований. Спектр антител при воспалительных миопатиях. Данные электромиографии. Клинико-иммунологические подтипы полимиозита и дерматомиозита.
5. Воспалительные миопатии Критерии диагноза. Дифференциальная диагностика. Особенности дерматомиозита в детском возрасте. Вторичные дерматомиозиты. Принципы лечения.
6. Миофасциальный болевой синдром. Этиология и патогенез. Клиническая картина. Диагностика и дифференциальная диагностика. Лечение.
7. Дерматомиозит. Схемы глюкокортикостероидной терапии. Пульс-терапия. Использование цитостатических иммунодепрессантов, циклоспорина А, иммуноглобулина

3.1.4. Контролируемый раздел дисциплины «Васкулиты», формируемые компетенции ПК-5:

3.1.4.1. Перечень вопросов для собеседования для контроля компетенции ПК-5,6

Перечень вопросов для собеседования:

1. Системный васкулит. Определение. Первичные и вторичные васкулиты. Классификация по калибру пораженных сосудов, по клинико-патогенетическому принципу. Гистологические типы васкулита. Распространенность.
2. Системный васкулит Этиология. Иммуногенетические маркеры васкулитов. Иммунопатология васкулитов. Роль иммунных комплексов, аутоантител, васкулиты, ассоциированные с антинейтрофильными цитоплазматическими антителами. Роль антиэндотелиальных антител и антител к фосфолипидам. Общие принципы и алгоритм диагностики васкулитов. Общие принципы терапии.

3. Узелковый полиартериит. Клиническая картина. Общие проявления. Полисистемность висцеральных поражений. Диагностика. Классификационные критерии. Лечение. Пульс-терапия. Экстракорпоральные методы лечения. Прогноз.
4. Гранулематоз Вегенера.. Клиническая картина. Особенности поражения верхних дыхательных путей, легких и почек. Данные лабораторных и рентгенологических исследований. Классификационные критерии. Дифференциальная диагностика. Лечение и прогноз.
5. Облитерирующий тромбангиит. Эпидемиология. Клиническая картина. Особенности поражений артерий и вен. Дифференциальная диагностика с атеросклеротическими поражениями сосудов.
6. Болезнь Чарджа-Стросса. Клиническая картина. Особенности поражения легких. Классификационные критерии. Диагностика и лечение.
7. Эссенциальный криоглобулинемический васкулит. Определение. Типы криоглобулинов. Клиническая картина. Данные лабораторных исследований. Лечение

3.2. Промежуточный контроль

3.2.1. Контролируемая компетенция УК-1

3.2.1.1. Ситуационные задачи

Задача № 1.

Больной П., 49 лет, поступил с жалобами на боль в левом плюснефаланговом суставе слева, выраженную припухлость в суставе, невозможность передвигаться из-за боли в стопе, фиксируются эпизоды болезненного мочеиспускания с изменением цвета мочи.

Из анамнеза известно, что с 35 лет пациент регулярно употреблял пиво до 1,5 л в день. За 5 лет поправился с 70 до 92 кг. С 41 года стал отмечать повышение АД до 160/90 мм.рт.ст. Регулярную гипотензивную терапию не получал. В 45 лет после очередного приема алкоголя на утро проснулся от боли в 1 плюснефаланговом суставе слева. Отек распространился на всю стопу. Обратился к хирургу, рекомендован прием НПВП. В дальнейшем артриты рецидивировали до 5 раз в год – в основном беспокоили плюснефаланговые суставы, реже моноартриты коленных суставов. Пациент купировал их самостоятельно приемом НПВП.

Настоящее обострение 2 дня: ночью появилась выраженная боль и припухлость первого плюснефалангового сустава слева. Накануне принимал алкоголь. При расспросе выяснилось, что отец страдал приступами артрита, умер в 60 лет от ОНМК.

При поступлении: ИМТ=36, деформация левого плюснефалангового сустава за счет экссудативно-воспалительных изменений. Ограничение подвижности за счет выраженной боли. Наличие тофусов на разгибательной поверхности локтевых суставов, в области ушных раковин. АДЦ 170/100 мм.рт.ст.

При лабораторном обследовании: мочевая кислота – 750 ммоль/л, холестерин – 10,5 ммоль/л, триглицериды – 9,6 г/л, мочевины – 8,9 ммоль/л, креатинин – 94 ммоль/л. Обнаружены ураты в моче, выявлена протеинурия 0,6 г/л, единичные эритроциты в моче, удельный вес мочи – 1009 ед. Клиренс мочевой кислоты 6 мл/мин. Уровень креатинина и СКФ в пределах нормы.

Рентгенологически определяется сужение суставной щели первых плюснефаланговых суставов, Rg-симптом «пробойника» - дефекты костной ткани в эпифизах первых плюсневых костей, костные эрозии в области эпифизов. ЭКГ – признаки гипертрофии левого желудочка.

1. Дайте характеристику изменениям со стороны мочевой кислоты, о каком типе идет речь.

Имеется повышение мочевой кислоты до 750 ммоль/л, при этом уровень мочевой кислоты в моче остается в пределах нормы, но наблюдается снижение клиренса мочевой кислоты до 6 мл/мин (при норме 9 мл/мин). Т.о. имеется снижение экскреции – выведения мочевой кислоты, что свидетельствует о почечном типе гиперурикемии.

2. Сформулируйте диагноз.

Первичная подагра, почечный тип, хронический подагрический полиартрит, среднетяжелое течение, фаза обострения, рентгенологически II ст., ФК 2 ст, с поражением почек (развитие уратной нефропатии по типу интерстициального нефрита без нарушения функции почек, синдром артериальной гипертензии 2 ст.).

3. Назначьте немедикаментозное лечение данного больного.

Отказ от приема алкоголя, соблюдение малопуриновой диеты, нормализация массы тела, обильное питье.

4. Назначьте медикаментозное лечение данного больного.

НПВП в полных терапевтических дозах, возможно сочетание с колхицином. При неэффективности использовать глюкокортикостероиды внутрисуставно.

После стихания приступа артрита начать базисную терапию урикодепрессантами (аллопуринол, фебукостат) и урикозуриками (пробенецид, бензбромарон) с поддержанием мочевой кислоты в пределах 297-357 мкмоль/л.

Цитратная терапия снижает риск уролитиаза (блемарен, уралит).

Антигипертензивная терапия – ингибиторы АПФ/сартаны.

5. Какой прогноз Вы бы дали заболеванию у данного пациента.

У пациента уже в дебюте заболевания имелось поражение почек, в настоящее время наблюдается стойкий подъем АД. Без лечения прогноз неблагоприятный из-за угрозы прогрессирования поражения почек и развития почечной недостаточности.

Задача № 2.

Больной М., 45 лет, поступил в клинику с жалобами на боли в области грудного поясничного отделов позвоночника, достигающие максимума во вторую половину ночи, усиливающиеся в покое, слегка уменьшающиеся при физической нагрузке и значительно уменьшающиеся при приеме НПВП. Кроме того пациент отмечает уменьшение объема движений в поясничном отделе, ограничение экскурсий грудной клетки (не может глубоко вдохнуть), боли в пятках.

Из анамнеза заболевания известно, что эти симптомы появились 7 лет назад, но были менее выражены по своей интенсивности. В то время обращался в поликлинику и лечился

у невролога с диагнозом «остеохондроз». 3 года назад впервые при проведении ОАК лечащий врач обратил внимание на увеличение СОЭ. Проводился поиск источника инфекции, опухолей. 3 недели назад случился эпизод острого переднего увеита. Консультировавший больного офтальмолог направил пациента к ревматологу.

Анамнез жизни без особенностей. Кожных заболеваний нет. Туберкулез, венерические заболевания отрицает. Вредных привычек нет. Гемотрансфузии не проводились.

При осмотре выявлены некоторые изменения осанки (выраженный кифоз в грудном отделе, сглаженность поясничного лордоза), ограничение экскурсии грудной клетки, тест Томайера 15 см, тест Шобера 11 см, расстояние затылок-стена 5 см. Обнаружена припухлость ахиллова сухожилия, слегка болезненна при пальпации. Кожный покров чистый, включая волосистые участки кожи головы. По остальным органам и системам без особенностей.

Данные лабораторных методов: увеличение СОЭ, повышение СРБ до 20 мг/л, нормальный ОАМ, РФ отрицательный, HLA B27 антиген выявлен.

По рентгенограмме костей таза: двусторонний сакроилиит III стадии, в области грудного и поясничного отделов позвоночника определяются синдесмофиты, оссификация паравертебральных связок. Рентгенография органов грудной клетки без особенностей. УЗИ органов брюшной полости и почек без отклонений от нормы.

1. Сформулируйте диагноз.

Идиопатический анкилозирующий спондилоартрит, центральная форма, двусторонний сакроилиит III стадии, энтезиты (ахиллобурсит справа, талалгии), острый передний увеит в стадии обратного развития.

2. Проведите дифференциальный диагноз.

Гиперостоз Форестье – оссификация связок позвоночника у пожилых людей, но при нем нет воспалительной активности, нет сакроилиита, не изменяется высота межпозвонковых дисков.

Мышечно-скелетные боли в нижней части спины невоспалительного генеза – механический ритм вертебралгий, отсутствие ограничения амплитуды сгибаний в сагиттальной плоскости, нет воспалительных изменений в крови.

Инфекционный спондилит – при томографическом исследовании позвоночника выявляются «натечники» в мягких тканях, наличие инфекционных очагов (туберкулез, бруцеллез и др.).

3. Назовите рентгенологические стадии сакроилиита. Какие признаки характерны для стадии у данного пациента.

Рентгенологически различают:

0 стадию – нет изменений.

1 стадию – подозрение, изменения видны на МРТ.

2 стадию – минимальный сакроилиит.

3 стадию – умеренный сакроилиит: склероз и эрозии с обеих сторон, расширение суставной щели, в местах эрозий.

4 стадию – анкилоз.

4. Перечислите элементы профилактики деформаций позвоночника, немедикаментозная терапия.

Сохранение правильной позы в вертикальном положении, отказ от курения, использование жестких матрасов, сон на спине или животе, ежедневные физические или дыхательные упражнения, курсы массажа и ФТЛ 2 раза в год.

5. Какие группы лекарственных препаратов используются в лечении данного заболевания? Какое лечение Вы назначите данному пациенту.

НПВП – для данного больного монотерапия НПВП предпочтительна на старте лечения, т.к. он не получал систематического лечения данными препаратами. Например, диклофенак 100 мг 2 раза в день.

Базисная терапия – метотрексат, сульфасалазин – неэффективны при центральной форме анкилозирующего спондилита и как следствие не могут быть использованы для лечения данного больного.

Генно-инженерные биологические противовоспалительные препараты – при неэффективности НПВП и сохраняющейся высокой активностью заболевания.

Задача № 3

Женщина, 55 лет, обратилась к врачу с жалобами на боли в суставах кистей: проксимальных межфаланговых 3, 4 и 5 пальцев левой руки, 2 и 3 пальцев правой руки, пястно-фаланговых 3 и 4 пальцев левой руки, 3 и 4 пальцев правой руки; их отек, а также беспокоит утренняя скованность около 2 часов.

Из анамнеза известно, что пациентка страдает болями в суставах около 3 лет. Лечилась с самостоятельно НПВП с периодически удовлетворительным эффектом. Также беспокоит АГ около 3 лет с подъемами АД до 170/103 мм.рт.ст., однако постоянной антигипертензивной терапии не получал. Семейный анамнез - спокойный.

При осмотре: состояние удовлетворительное. ИМТ – 30 кг/м². Кожные покровы чистые, обычной окраски. При осмотре суставов отмечается болезненность суставов кистей: проксимальных межфаланговых 3, 4 и 5 пальцев левой руки, 2 и 3 пальцев правой руки, пястно-фаланговых 3 и 4 пальцев левой руки, 3 и 4 пальцев правой руки, ограничение их подвижности, отек. Также выявлено ограничение движения в лучезапястных суставах обеих кистей и болезненность при пальпации, болезненность при пальпации плюсне-фаланговых суставов обеих стоп. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, ритмичные. ЧСС – 76 уд.в мин., АД – 159/101 мм.рт.ст. Живот мягкий, при пальпации безболезненный во всех отделах. Печень и

селезенка не увеличены. Дизурий нет. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный.

В анализах: ОАК – Hb – 103 г/л, лейкоциты – $5,5 \cdot 10^9$ /л, тромбоциты – $220 \cdot 10^9$ /л, СОЭ – 32 мм.рт.ст. ОАМ – без патологии. Биохимический анализ крови: общий холестерин – 6,8 ммоль/л, глюкоза натощак – 5,1 ммоль/л, АлАТ – 27 Ед/л, АсАТ – 21 Ед/л, креатинин – 83 мкмоль/л, РФ – 270 Ед/мл.

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.

Ревматоидный артрит серопозитивный, развернутая стадия, активность средняя, АЦЦП и МСV не определялись, ФК II.

Артериальная гипертония I стадии, 2 степени, риск 2.

2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

Диагноз ревматоидного артрита установлен на основании жалоб больного на боли в суставах кистей: проксимальных межфаланговых и пястно-фаланговых; ограничение движения в этих суставах, их отек, утренняя скованность около 2 часов; на основании выявленной при осмотре суставов болезненность суставов кистей: проксимальных межфаланговых, пястно-фаланговых кистей, ограничение их подвижности, отек; ограничение движения в лучезапястных суставах обеих кистей и болезненность при пальпации, болезненность при пальпации плюсне-фаланговых суставов обеих стоп.

Серопозитивный – на основании данных биохимического анализа крови - РФ – 270 Ед/мл.

Развернутая стадия – длительность болезни более 1 года при наличии типичной симптоматики.

Активность средняя – подсчет индекса DAS28 (количество болезненных и припухших суставов, СОЭ, общая оценка состояния здоровья по ВАШ) – не обязательный компонент ответа.

АЦЦП и МСV как дополнительная иммунологическая характеристика не определялись.

Функциональный класс II – сохранено самообслуживание, профессиональная деятельность, ограничена непрофессиональная деятельность.

Артериальная гипертония I стадии, 2 степени, риск 2. Диагноз артериальной гипертонии установлен на основании жалоб больного на нестабильность АД, данных анамнеза

(пациент отмечает повышение АД в течение 4 лет); установление степени АГ основано на цифрах АД, измеренных во время приема. Стадия АГ установлена на основании предполагаемого отсутствия поражения органов-мишеней. Степень риска ССО поставлена на основании наличия гиперхолестеринемии.

3. Дифференциальный диагноз с какими заболеваниями требуется провести? Привести минимум 3 нозологии и обосновать почему выбор сделан не в их пользу.

Остеоартроз – вовлечение дистальных межфаланговых суставов, отсутствие выраженной утренней скованности, увеличение выраженности боли в конце дня.

Подагра – выявление кристаллов в синовиальной жидкости и тофусах, выраженное покраснение, припухлость сустава, связь с нарушением диеты, прослеживается наследственность.

Псориатический артрит – моноартрит, асимметричный олигоартрит, симметричный полиартрит, частое поражение дистальных межфаланговых суставов, характерные для псориаза изменения ногтей и кожи, прослеживается наследственность.

Реактивный артрит – олигоартрит, асимметричный, с преимущественным поражением нижних конечностей, бывает вызван различными микроорганизмами.

4. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.

Пациенту рекомендовано: СРБ, АЦЦП, Анти-МСV, рентген кистей и стоп, коленных суставов. Для установления природы анемии – сывороточный ферритин.

5. Препараты каких группы лекарственных средств Вы бы рекомендовали пациенту. Обоснуйте свой выбор.

Для уменьшения болей в суставах назначают НПВП. ГКС в низких/средних дозах эффективно контролируют клинические проявления и прогрессирование деструкции суставов, используется в комбинации с БПВП. БПВП (метотрексат, лефлуномид, сульфасалазин, соли золота, азатиоприн) и ГИБП (ингибиторы ФНО α : инфликсимаб, адалимумаб, этанерцепт; анти-В-клеточный препарат – ритуксимаб) уменьшают боль и воспаление, улучшает функции и замедляет прогрессирование деструкции суставов.

Задача №4

Мужчина, 32 лет, обратился к врачу с жалобами на субфебрильную температуру, боль и покраснение в левом коленном и голеностопном суставе, появившееся неделю назад.

Из анамнеза известно, что три недели назад перенес кишечную инфекцию (была высокая температура, жидкий стул до 8 раз в сутки). Эти проявления были купированы регидроном, за медицинской помощью не обращался.

При осмотре состояние относительно удовлетворительное. Кожные покровы чистые, физиологической окраски. Периферические лимфоузлы не увеличены. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет, ЧД – 16 в 1 минуту. Тоны сердца приглушены, ритмичные, ЧСС – 72 уд. в мин., АД – 130/80 мм.рт.ст. Живот вздут, при пальпации безболезненный во всех отделах. Печень и селезенка не увеличены. Дизурии нет. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный.

Локально: коленный сустав слева увеличен в размерах, имеется значительное количество жидкости, симптом «баллотирования» надколенника, кожные покровы в области сустава гиперемированы. Левый голеностопный сустав обычных размеров, но при сгибании появляется боль, кожные покровы в области сустава гиперемированы.

В анализах крови: гемоглобин - 130 г/мл, эритроциты - $6,4 \cdot 10^{12}$ /л, лейкоциты - $11,8 \cdot 10^9$ /л, сдвиг лейкоцитарной формулы влево. СОЭ - 25 мм/ч, СРБ-7 мг/л, РФ - отр.

При рентгенографии левого коленного сустава — расширенная суставная щель, имеется эрозия суставной поверхности. При рентгенографии левого голеностопного сустава - расширенная суставная щель.

При бактериологическом исследовании кала патогенной микрофлоры не выявлено, дисбактериоз.

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.

Вероятный реактивный артрит, постэнтероколитический с поражением левого коленного и левого голеностопного сустава, степень активности II, ФНС II.

2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

Диагноз поставлен на основании:

-жалоб больного: субфебрильная температура, боль и покраснение в левом коленном и голеностопном суставе, появившееся неделю назад.

-анамнеза: три недели назад перенес кишечную инфекцию (была высокая температура, жидкий стул до 8 раз в сутки). Эти проявления были купированы регидроном, за медицинской помощью не обращался

-лабораторных исследований: лейкоцитоз со сдвигом формулы влево, ускорение СОЭ, повышенный уровень СРБ.

-инструментальных данных: при рентгенографии левого коленного сустава— расширенная суставная щель, имеется эрозия суставной поверхности, при рентгенографии левого голеностопного сустава- расширенная суставная щель.

Реактивный артрит вероятный, т.к. имеется два больших критерия, а именно ассиметричный олигоартрит нижних конечностей и наличие предшествующей клинически выраженной энтероколитической инфекции.

II (средняя) степень активности, т.к. присутствует умеренная гиперемия, умеренные экссудативные проявления, СОЭ в интервале от 20 до 40 мм/ч, СРБ ++.

ФНС II (функциональная недостаточность суставов), т.к. ограничение движений выражено настолько, что лишает больного профессиональной трудоспособности.

3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.

Пациенту рекомендовано: консультация ревматолога с решением вопроса о необходимости госпитализации; консультация уролога, общий анализ мочи, антитела в сыворотке крови к хламидийной инфекции, соскоб эпителия из уретры с целью исключения урогенитальной патологии; HLA-B27 с целью выявления наследственной предрасположенности; исследование синовиальной жидкости с целью исключения других артропатий; лабораторное подтверждение энтероколитической инфекции путем выявления антител в сыворотке крови; ЭКГ, ЭХО-КС, УЗИ органов брюшной полости и почек с целью исключения вовлечения в патологический процесс других органов и систем.

4. Препарат каких групп Вы бы рекомендовали пациенту в составе комбинированной терапии. Обоснуйте свой выбор.

Санация очага кишечной инфекции антибактериальными препаратами не проводится, особенно при отсутствии лабораторных подтверждений триггерных инфекции.

1. нестероидные противовоспалительные препараты с целью подавления воспалительной активности заболевания (диклофенак, мовалис, нимесулид) под прикрытием блокаторов протонной помпы (омепразол).

2. пункция коленного сустава с эвакуацией жидкости и последующим введением глюкокортикостероидов внутрисуставно (дипроспан)

3. при длительно сохраняющейся активности воспалительного процесса, развитии рефрактерности к проводимому лечению, системности процесса (появление лихорадки, снижение массы тела, лимфоаденопатии, анемии и др.), узурации суставов, а также при

хроническом и часто рецидивирующем течении РеА в комплексную терапию включают базисные препараты, способные индуцировать ремиссию заболевания (сульфасалазин, метотрексат)

4. при стихании воспалительных явлений назначают физиотерапевтические процедуры (фонофорез гидрокортизона, лазеро- и магнитолазеротерапия, диатермия, УФО, парафиновые и озокеритовые аппликации на область пораженных суставов), массаж и лечебную гимнастику.

5. Разработайте индивидуальную программу реабилитации пациента.

1. Диспансерная группа (III)- в первые 3 месяца после госпитализации наблюдение ревматолога - ежемесячно, затем 1 раз в 3 месяца в течение года, в последующем - 2 раза в год; Гастроэнтеролог (по показаниям) - 1 раз в 3 месяца в течение 1 года, в дальнейшем 2 раза в год.

2. Клинический анализ крови, общий анализ мочи, анализ секрета предстательной железы, анализ кала, СРБ - 1 раз в 3 месяца, рентгенография пораженных суставов - 1 раз в год;

3. Санаторно-курортное лечение в санаториях артрологического, гастроэнтерологического профиля.

4. Перевод во II-ю группу диспансерного наблюдения

Задача 5

Пациентка Н., 23 лет, обратилась с жалобами на выраженные боли и припухание суставов кистей и стоп, лучезапястных суставов (боли более интенсивны ночью и в ранние утренние часы). Также беспокоят скованность в пораженных суставах по утрам, которая длится около 2 часов, периодически возникающий субфебрилитет, выраженная общая слабость.

Из анамнеза известно, что близкая родственница больной страдает ревматоидным артритом. Пациентка по профессии программист. Данные жалобы появились около полугода назад, когда после перенесенного простудного заболевания впервые возникли боли и скованность в пястно – фаланговых суставах около часа по утрам, через несколько месяцев припухлость и скованность появилась и в обоих лучезапястных суставах, за мед. помощью не обращалась, принимала обезболивающие, мазала суставы вольтареном, без особого эффекта. В течение последнего месяца в процесс вовлеклись суставы стоп, стала отмечать субфебрильную температуру, похудела на 8 кг за последние 3 месяца.

При осмотре состояние средней тяжести. Температура тела 37,6°C. Кожные покровы и видимые слизистые бледные. Отмечаются припухлость и гиперемия в пястно-фаланговых и плюстно-фаланговых, лучезапястных, ограничение объема активных и

пассивных движений в суставах кистей и стоп, лучезапястных суставах из-за болей, положительный симптом «сжатия» На передней поверхности левой голени и в области правого локтя имеются округлые образования размером с горошину, безболезненные. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧД - 17 в минуту. Тоны сердца несколько приглушены, шумов нет, ритм правильный. ЧСС - 68 в минуту. АД - 110/75 мм рт. ст. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не увеличены, симптом Пастернацкого отрицательный с 2х сторон, отеков нет.

Лабораторные методы обследования:

ОАК: HGB - 90 г/л, Лей - $7.0 \cdot 10^9$ /л, Тр - $240 \cdot 10^9$ /л, СОЭ - 56 мм/ч.

ОАМ: уд. плотность 1018 г/л, рН - кислая, белок - отр. г/л, глюкоза - отр; кетоновые тела - отр;

Биохимический анализ крови: СРБ - 31,5 мкмоль/л, РФ - 64 МЕ/мл, глюкоза - 5.6 ммоль/л, креатинин - 60 мкмоль/л, мочевины - 5,3 ммоль/л, холестерин 5,4 ммоль/л, билирубин общ. - 17,4 мкмоль/л, АлАТ - 67 Е/л, АсАТ - 73 Е/л, фибриноген - 4,38 мг/л.

Инструментальные методы обследования.

Рентгенография кистей: околоуставной остеопороз, кисты в эпифизах II-III пястных костей справа, в эпифизах II-IV пястных костей помимо кист имеются единичные эрозии, сужение рентгеновских суставных щелей обоих лучезапястных и пястно-фаланговых суставов справа.

Рентгенография стоп: околоуставной остеопороз в эпифизах плюсневых костей обеих стоп, единичные кисты.

Эзофагогастродуоденоскопия: Складки слизистой желудка слегка гиперемированы, не отечны, эрозий и язв не визуализируется.

1. Предположите наиболее вероятный диагноз:

Ревматоидный артрит серопозитивный, ранняя стадия, активность II, с системными проявлениями (ревматоидные узелки), эрозивный (рентгенологическая стадия II), ФК II;

2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

Диагноз ревматоидной артрит поставлен на основании жалоб на боли и припухание суставов кистей, лучезапястных, суставах стоп, утреннюю скованность в пораженных суставах, длящуюся около 2 часов, периодически возникающий субфебрилитет, выраженную общую слабость, из анамнеза известно, что семейный анамнез отягощен по

ревматоидному артриту, а так же постепенное вовлечение в процесс новых суставов. При физикальном обследовании выявляется отечность пястнофаланговых суставов кистей, обоих лучезапястных суставов и плюснефаланговых суставов, подвижность в них ограничена. Положительный симптом «сжатия» пораженных суставов. На передней поверхности левой голени и на правом локте имеются «ревматоидные узелки».

Ранняя стадия: на основании длительности заболевания, около 1 года (от 6 мес. до 1 года);

Активность II: на основании повышения СОЭ (56 мм/ч), наличия лихорадки, снижения массы тела, присоединения суставов стоп;

С системными проявлениями: на передней поверхности левой голени и на правом локте имеются «ревматоидные узелки»;

Эрозивный (рентгенологическая стадия II): наличие единичных эрозий, множественных кист и околоуставного остеопороза пораженных суставов;

Серопозитивный: наличие в крови РФ;

ФК II: сохранены: самообслуживание, профессиональная деятельность, ограничена: непрофессиональная деятельность;

3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.

1) Ежегодная рентгенография суставов кистей и стоп (оценка прогрессирования заболевания, его активности, эффективности лечения);

2) Биохимический анализ крови на АЦЦП (более диагностически значимый критерий РА);

3) Повторение ФЭГДС, для контроля состояния ЖКТ больной на фоне лечения НПВС.

4) ЭхоКГ: для исключения ревматического поражения сердца.

4. Предложите схему лечения пациента. Препараты каких групп Вы бы рекомендовали пациенту в составе комбинированной терапии. Обоснуйте свой выбор.

Больной показано стационарное лечение:

- Госпитализации подлежат больные с обострением РА;

- Госпитализация показана для подбора БПВП;

Основная цель фармакотерапии РА – достижение ремиссии (или низкой активности) заболевания, а также снижение риска коморбидных заболеваний

1) Избегать провоцирующих факторов (ОРВИ, инфекции, стресс, отказ от курения, поддержание нормальной МТ);

2) Диспансерное наблюдение врача ревматолога;

3) Медикаментозная терапия:

1. Базисная противовоспалительная терапия (БПВТ) (должна начинаться как можно раньше, в пределах 3-6 мес. от момента развития симптомов болезни):

- Антиметаболиты (Метотрексат) + препараты фолиевой кислоты;
- Иммунодепрессанты (Лефлунамид).

2. НПВС:

- Не селективные ингибиторы ЦОГ – 2;
- Селективные ингибиторы ЦОГ – 2 (Коксибы);

3. Внутрисуставное введение глюкокортикостероидов для купирования болевого синдрома и синовитов. Возможно использование системных глюкокортикостероидов при не достаточной эффективности БПВТ.

4. Генно-инженерные биологические препараты (добавляют в базисной терапии при её недостаточной эффективности):

- ингибиторы ФНО- α (Инфлексимаб);
- анти- В клеточный препарат (Ритуксимаб);
- блокатор ко-стимуляции Т– лимфоцитов (Абатацепт);
- блокатор рецепторов интерлейкина 6 (Тоцилизумаб);

4) ЛФК и физиотерапия

5) Контроль ОАК (гемоглобин, лейкоцитоз, тромбоциты) и биохимического анализа крови (АлАТ, АсАТ, глюкоза, креатинин, мочевины) не реже 1 раза в 1 - 3 мес.

5. Разработайте индивидуальную программу реабилитации пациента.

Периодичность обследования и методы лечения больных РА определяются характером и тяжестью течения заболевания, а также проводимой терапией.

1. Пожизненное диспансерное наблюдение (Д III) – осмотры врачом - ревматологом 1 раз в 3 месяца, стоматологом, офтальмологом, невропатологом — 2 раза в год;

2. Обучение больной: объяснение необходимости постоянного приёма препаратов, а также возможность самостоятельного (постепенного) изменения дозы последних (ГКС, метотрексат);
3. Общеклиническое исследование крови и мочи выполняется 4 раза в год, при лечении базисными средствами (D-пеницилламин, цитостатики, лефлуномид и др.) — клинический анализ крови и мочи 1 раз в месяц, биохимическое и иммунологическое исследование крови (СРБ, фибриноген, АЛТ, АСТ, креатинин, ревматоидный фактор, ЦИК) — 2 раза в год, рентгенография суставов — 1 — 2 раза в год, рентгенография органов грудной клетки — 1 раз в год. При постоянном приеме НПВП (ГКС) 1 раз в 6 месяцев (по показаниям — чаще) проводится контрольная фиброгастроуденоскопия.

Задача № 6.

Женщина, 58 лет, обратилась к врачу с жалобами на боли в суставах кистей: проксимальных межфаланговых 3, 4 и 5 пальцев левой руки, 2 и 3 пальцев правой руки, пястно-фаланговых 3 и 4 пальцев левой руки, 3 и 4 пальцев правой руки; ограничение движения в этих суставах, их отек, а также беспокоит утренняя скованность около 1-1,5 часов.

Из анамнеза известно, что пациентка страдает болями в суставах около 2 лет. Беспокоили боли также в лучезапястных, коленных суставах, лечилась с самостоятельно НПВП с периодически удовлетворительным эффектом. Также беспокоит АГ около 4 лет с подъемами АД до 165/105 мм.рт.ст., однако постоянной антигипертензивной терапии не получал. Семейный анамнез - спокойный.

При осмотре: состояние удовлетворительное. ИМТ – 29 кг/м². Кожные покровы чистые, обычной окраски. При осмотре суставов отмечается болезненность суставов кистей: проксимальных межфаланговых 3, 4 и 5 пальцев левой руки, 2 и 3 пальцев правой руки, пястно-фаланговых 3 и 4 пальцев левой руки, 3 и 4 пальцев правой руки, ограничение их подвижности, отек. Также выявлено ограничение движения в лучезапястных суставах обеих кистей и болезненность при пальпации, болезненность при пальпации плюсне-фаланговых суставов обеих стоп. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, ритмичные. ЧСС – 70 уд.в мин., АД – 160/100 мм.рт.ст. Живот мягкий, при пальпации безболезненный во всех отделах. Печень и селезенка не увеличены. Дизурий нет. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный.

В анализах: ОАК – Hb – 102 г/л, лейкоциты – $6 \cdot 10^9$ /л, тромбоциты – $250 \cdot 10^9$ /л, СОЭ – 30 мм.рт.ст. ОАМ – без патологии. Биохимический анализ крови: общий холестерин – 6,9 ммоль/л, глюкоза натощак – 5,2 ммоль/л, АлАТ – 26 Ед/л, АсАТ – 20 Ед/л, креатинин – 81 мкмоль/л, РФ – 250 Ед/мл.

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.

Ревматоидный артрит серопозитивный, развернутая стадия, активность средняя, АЦЦП и МСV не определялись, ФК II.

Артериальная гипертония I стадии, 2 степени, риск 2.

2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

Диагноз ревматоидного артрита установлен на основании жалоб больного на боли в суставах кистей: проксимальных межфаланговых и пястно-фаланговых; ограничение движения в этих суставах, их отек, утренняя скованность около 1-1,5 часов; на основании выявленной при осмотре суставов болезненность суставов кистей: проксимальных межфаланговых, пястно-фаланговых кистей, ограничение их подвижности, отек; ограничение движения в лучезапястных суставах обеих кистей и болезненность при пальпации, болезненность при пальпации плюсне-фаланговых суставов обеих стоп.

Серопозитивный – на основании данных биохимического анализа крови - РФ – 250 Ед/мл.

Развернутая стадия – длительность болезни более 1 года при наличии типичной симптоматики.

Активность средняя – подсчет индекса DAS28 (количество болезненных и припухших суставов, СОЭ, общая оценка состояния здоровья по ВАШ) – не обязательный компонент ответа.

АЦЦП и МСV как дополнительная иммунологическая характеристика не определялись.

Функциональный класс II – сохранено самообслуживание, профессиональная деятельность, ограничена непрофессиональная деятельность.

Артериальная гипертония I стадии, 2 степени, риск 2. Диагноз артериальной гипертонии установлен на основании жалоб больного на нестабильность АД, данных анамнеза (пациент отмечает повышение АД в течение 4 лет); установление степени АГ основано на цифрах АД, измеренных во время приема. Стадия АГ установлена на основании предполагаемого отсутствия поражения органов-мишеней. Степень риска ССО поставлена на основании наличия гиперхолестеринемии.

3. Дифференциальный диагноз с какими заболеваниями требуется провести? Привести минимум 3 нозологии и обосновать почему выбор сделан не в их пользу.

Остеоартроз – вовлечение дистальных межфаланговых суставов, отсутствие выраженной утренней скованности, увеличение выраженности боли в конце дня.

Подагра – выявление кристаллов в синовиальной жидкости и тофусах, выраженное покраснение, припухлость сустава, связь с нарушением диеты, прослеживается наследственность.

Псориатический артрит – моноартрит, асимметричный олигоартрит, симметричный полиартрит, частое поражение дистальных межфаланговых суставов, характерные для псориаза изменения ногтей и кожи, прослеживается наследственность.

Реактивный артрит – олигоартрит, асимметричный, с преимущественным поражением нижних конечностей, бывает вызван различными микроорганизмами.

4. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.

Пациенту рекомендовано: СРБ, АЦЦП, Анти-МСУ, рентген кистей и стоп, коленных суставов. Для установления природы анемии – сывороточный ферритин.

5. Препараты каких группы лекарственных средств Вы бы рекомендовали пациенту. Обоснуйте свой выбор.

Для уменьшения болей в суставах назначают НПВП. ГКС в низких/средних дозах эффективно контролируют клинические проявления и прогрессирование деструкции суставов, используется в комбинации с БПВП. БПВП (метотрексат, лефлуномид, сульфасалазин, соли золота, азатиоприн) и ГИБП (ингибиторы ФНО α : инфликсимаб, адалимумаб, этанерцепт; анти-В-клеточный препарат – ритуксимаб) уменьшают боль и воспаление, улучшает функции и замедляет прогрессирование деструкции суставов.

Задача № 6

Больной П., 34 лет, поступил в клинику с жалобами на повышение температуры до 38,5 град., боли в суставах, мышцах, обильную мелкоточечную сыпь на коже стоп, голеней, онемение нижних конечностей по типу носков, общая слабость, похудел за последний месяц на 6 кг. Данная симптоматика появилась 3 недели назад: сначала повышение температуры и артралгии, потом присоединилась сыпь, еще через неделю появились онемение, общая слабость, потеря аппетита и веса.

Из анамнеза жизни известно, что в 20 лет в результате ДТП произошел разрыв селезенки с большой кровопотерей и дальнейшей спленэктомией, перенес несколько гемотрансфузий. Туберкулез, венерические заболевания, аллергии – отрицает. Без вредных привычек.

Объективно: состояние средней тяжести. Температура 38,2 град., выраженная слабость при сохраненной мышечной силе в конечностях. На коже стоп, голеней до уровня

коленных суставов обильная мелкоточечная геморрагическая сыпь с большей концентрацией элементов на стопах, без зуда, не возвышающаяся над поверхностью кожи. При проведении пробы на чувствительность – зона гиперестезии с обеих сторон по типу носков. Периферические лимфоузлы не пальпируются.

По лабораторным данным: в ОАК - увеличение СОЭ до 45 мм/ч; в ОАМ – протеинурия (1,5 г/л), микрогематурия (10-15 эритроц. в поле зрения). Суточная потеря белка с мочой – 4 г/сут. Биохимический анализ крови – без изменений. Иммунологический анализ выявил наличие криоглобулинов в сыворотке крови, РФ – 250 МЕ/мл, снижение активности общего комплемента (10 ед); антинуклеарный фактор и антитела к ДНК, ANCA антитела – не обнаружены. Антитела к ВИЧ отрицательны.

Рентген органов грудной клетки, УЗИ органов брюшной полости и почек – без патологии.

1. Сформулируйте диагноз

Вторичный криоглобулинемический васкулит, (скорее всего ассоциированный с инфекцией вируса гепатита С), пурпура, артралгии, миалгии, дистальная сенсорная полинейропатия, гломерулонефрит, с изолированным мочевым синдромом без признаков нарушения функции почек (СКФ 110 мл/мин).

2. Проведите дифференциальный диагноз

Узелковый полиартериит – характер поражения нервных проводников отличается – у пациента только чувствительные расстройства, без двигательных нарушений и болевого синдрома; нет симптома орхита, эпидидимита, абдоминального синдрома, повышения артериального давления, повышения уровня креатинина крови.

Микроскопический полиартериит – также есть поражение почек, но не вовлекаются в процесс легкие, не выявлены ANCA.

Гранулематоз Вегенера – у больного нет поражения ЛОР-органов, легких, не выявлены ANCA, не типичное для гранулематоза Вегенера поражение нервной системы.

Эозинофильный гранулематоз – у пациента нет бронхиальной астмы, нет аллергологического анамнеза, нет эозинофилии, нет поражения придаточных пазух носа.

Гигантоклеточный артериит – пациент младше 50 лет, нет изменений сосудов крупного калибра.

Артериит Такаясу – нет ишемии в зоне какого-либо крупного сосуда, нет повышения АД (поражение почечных артерий), асимметрии пульса и давления (поражение плечевых артерий), нарушения зрения, головокружения, обмороков.

3. Какова этиология возникновения данного заболевания у пациента, если нужно назначьте дообследование.

Травма селезенки с большой кровопотерей и последующей массивной гемотрансфузией можно предположить наличие инфекционного агента-триггера васкулита. Т.к. антитела к ВИЧ не выявлены в качестве дообследования надо провести анализ на гепатит В и С.

4. Назовите основные группы препаратов для лечения данного заболевания

Глюкокортикостероиды

Цитостатики (циклофосфамид, метотрексат, азатиоприн)

Противовирусные препараты

Плазмаферез

5. Назначьте лечение для данного пациента и обоснуйте.

Монотерапия глюкокортикостероидами. Т.к. нефрит протекает без нарушения функции почек, без нефротического синдрома при умеренной суточной потере

белка, при наличии вируса гепатита С можно начать противовирусную терапию на 1 год.

Задача № 7

Девушка, 19 лет. Обратилась к участковому терапевту с жалобами на геморрагические высыпания на голенях, бедрах, ягодицах, отечность голеностопных суставов, болезненность при движении в них, повышение температуры тела до $37,6^{\circ}\text{C}$, общую слабость.

Из анамнеза заболевания известно, что 1,5 недели назад заболела ОРВИ, лечилась самостоятельно, принимала НПВС (анальгин). На фоне приема лекарственных препаратов появилась мелкопятнистая сыпь на коже голеней, бедер; отечность коленных суставов, болезненность их при движении.

Объективно: Состояние средней степени тяжести. Температура тела $37,3^{\circ}\text{C}$. Кожные покровы бледные, сухие. На коже разгибательных поверхностей стоп, голеней и бедер симметричные геморрагические высыпания, местами имеющие сливной характер, возвышающиеся над поверхностью кожи. При надавливании высыпания не исчезают. Голеностопные суставы увеличены в объеме, движения в них болезненны. В легких дыхание везикулярное. ЧД-18 в мин. Границы сердца в пределах нормы. Тоны сердца ритмичные. ЧСС-90 в мин. АД 110/70 мм.рт.ст. Живот при пальпации умеренно болезненный в мезогастрии. Стул, диурез в норме.

В анализах крови: Нб -110 г/л, эритроциты $3,8 \cdot 10^{12}/\text{л}$, лейкоциты- $10,6 \cdot 10^9/\text{л}$, п/я-4%, с/я-74%, СОЭ-25мм/ч, тромбоциты- $180 \cdot 10^9/\text{л}$.

В анализах мочи: относительная плотность-1015, белок-отр., глюкоза-отр., эритроциты-0-1 в п.зр., лейкоциты-0-1 в п.зр.

Биохимия крови: АЛАТ- 12,6 Ед/л, АСАТ- 18,6 Ед/л, глюкоза крови- 4,4 ммоль/л, общий билирубин- 15 мкмоль/л, общий белок- 68 г/л, общий холестерин- 4,3 ммоль/л, креатинин- 76 мкмоль/л, мочевины- 4,6 ммоль/л, СРБ - 12 мг/л.

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.

Геморрагический васкулит, кожно-суставная форма, средней степени тяжести, активность II.

2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

Диагноз геморрагического васкулита выставлен на основании жалоб больной на геморрагические высыпания на голенях, бедрах, ягодицах, отечность голеностопных суставов, болезненность при движении в них. Из анамнеза заболевания - больная перенесла ОРВИ и на фоне приема НПВС появились вышеописанные жалобы. На основании объективного осмотра: при осмотре на коже разгибательных поверхностей стоп, голеней и бедер симметричные геморрагические высыпания, местами имеющие сливной характер, возвышающиеся над поверхностью кожи. При надавливании высыпания не исчезают. Голеностопные суставы увеличены в объеме, движения в них болезненны.

Клинический вариант: Кожно-суставная форма выставлена на основании поражения со стороны кожи нижних конечностей и голеностопных суставов.

Степень тяжести: Средняя степень тяжести поставлена на основании наличия обильных распространенных высыпаний на коже, артралгий, периодически возникающих болей в животе.

II степень активности на основании: Общее состояние больной средней степени тяжести. Температура тела $37,3^{\circ}$ С, симптомы интоксикации. Выраженный кожный геморрагический синдром. Выраженный суставной синдром со всеми признаками воспаления. В анализах крови - лейкоцитоз с нейтрофилиезом и сдвигом лейкоцитарной формулы влево, СОЭ-25 мм/ч.

3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.

-коагулограмма, с целью оценки функции свертывающей системы крови и выявления ДВС-синдрома;

-проведение эндоскопических исследований (ЭФГДС, колоноскопия), с целью исключения желудочно-кишечного кровотечения;

-иммунологические исследования: вирусологические исследования (обнаружение вирусов гепатита В и С), АСЛО, с целью нахождения этиологического фактора; анализ крови на РФ, Le-клетки, АТ к ДНК с целью дифференциальной диагностики с другими ревматологическими заболеваниями;

-УЗИ органов брюшной полости и почек, с целью оценки состояния органов;

- консультация ЛОРа, стоматолога, гинеколога необходимы в связи с частой связью данного заболевания с инфекциями слизистых оболочек.

4. Предложите схему лечения пациента. Препараты каких групп Вы бы рекомендовали пациенту в составе комбинированной терапии. Обоснуйте свой выбор.

Необходима госпитализация в стационар.

Схема лечения в условиях стационара:

-режим постельный (ограничение двигательной активности) на период кожных высыпаний;

-гипоаллергенная диета;

-деагрегантная терапия (курантил) препятствует образованию сгустков крови за счет нарушения склеивания тромбоцитов;

-антикоагулянтная терапия (гепарин, фраксипарин) препятствует образованию сгустков крови за счет воздействия на факторы свертывания;

-глюкокортикостероиды (преднизолон) оказывают противовоспалительное и противоотечное действие;

-антибактериальная терапия (защищенные пенициллины, цефалоспорины), с целью лечения инкурентных инфекций в дебюте или на фоне болезни, а также лечения имеющихся очагов инфекций;

-НПВС (анальгин, диклофенак) обладают обезболивающим, противовоспалительным и жаропонижающим эффектами;

-инфузионная терапия (5% р-р глюкозы), с целью уменьшения признаков воспаления и интоксикации.

Основанием для выбора данных групп лекарственных препаратов служат результаты доказательной медицины и российские рекомендации по лечению ревматологических болезней.

5. Разработайте индивидуальную программу реабилитации пациента.

- пожизненное диспансерное наблюдение (ДШ) – осмотр участкового терапевта 3 раза в год;

- Пожизненное соблюдение строгой гипоаллергенной диеты;

- Исключения тяжелого физического труда, переохлаждений, психо – эмоционального стресса, введения иммуноглобулинов;
- весной и осенью 2х недельные курсы приема курантила и аскорутина;
- санаторно-курортное-лечение по поводу сопутствующих заболеваний в местных санаториях, в нежаркое время года, с исключением электро- и грязелечения, в период полной клинической ремиссии.

Задача 8

43-летний мужчина, курильщик с 15-летним стажем, жалуется на одышку при нагрузке, кашель, кровохарканье, боли в мышцах и суставах и общую слабость, которые беспокоят около 6 месяцев. Из перенесенных заболеваний отмечает хронический синусит.

Объективно: болезненность при пальпации в области лобных и гайморовых пазух. В легких – единичные влажные хрипы, ЧД – 20 в минуту. Тоны сердца ритмичны, ЧСС 82 в минуту. АД – 140/90 мм рт ст. При осмотре конечностей признаков «часовых стекол» и «барабанных палочек» нет. Пальпация живота – без особенностей.

Рентгенологически выявляются множественные узелки с признаками локальной инфильтрации в базальных отделах обоих легких.

Лабораторные данные: Нв – 108 г/л; количество лейкоцитов – 11000/мкл; СОЭ – 82 мм/ч; РФ - 1:4; в моче – положительная реакция на белок и эритроциты.

Вопросы.

1. Сформулируйте и обоснуйте диагноз.
2. С какими заболеваниями необходимо проведение дифференциальной диагностики?
3. Что бы Вы хотели исследовать у больного для подтверждения диагноза?
4. Назовите основные принципы терапии.

Наиболее вероятный диагноз – гранулематоз Вегенера. Классификационные критерии диагноза включают: воспаление носа и полости рта, изменения при рентгенологическом исследовании легких (узелки, инфильтраты или полости), изменения мочи (микрогематурия), биопсию (гранулематозное воспаление в стенке артерии или в периваскулярном и экстраваскулярном пространстве). У больного имеется более 2-х критериев диагноза (3 – воспаление носа, узелки и инфильтраты в легких, микрогематурия, а также важный дополнительный признак - кровохарканье), что достаточно для его постановки.

Для окончательного подтверждения диагноза решающее значение имеет биопсия.

Дифференциальный диагноз проводится с заболеваниями, при которых наблюдается легочно-почечный синдром (узелковый полиартериит, синдром Гудпасчера, СКВ и т.д.), а также с заболеваниями, протекающими с гранулематозом (туберкулез, саркоидоз, системные микозы, бериллиоз).

Стандартная терапия основана на пероральном приеме циклофосфида в дозе 2 мг/кг/день в сочетании с ГКС (начальная доза – 1 мг/кг/день, с последующим снижением и

переходом на альтернирующий прием препарата). При отсутствии лечения летальность в течение 1-го года составляет 80%. Раннее начало терапии существенно улучшит прогноз.

3.2.1.2. Тестовые задания

1. Показания к определению антифосфолипидных антител: 1. Рецидивирующий тромбоз, 2. СКВ или другие аутоиммунные заболевания, протекающие с тромботическими осложнениями, 3. Необъяснимая тромбоцитопения, 4. Сетчатое ливедо, 5. Рецидивирующая потеря плода:
А. верно 1,2,5
Б. верно 1,2,3,4
В. верно 1,2,3,5
Г. верно 2,3,4,5
Д. верно все перечисленное
2. Укажите неверное высказывание:
А. СРБ – классический острофазовый белок плазмы крови, который рассматривается как наиболее чувствительный лабораторный маркер инфекции и воспаления.
Б. нормальный уровень СРБ у взрослых составляет менее 15 мг/л
В. СРБ является лабораторным критерием ревматоидного артрита
Г. увеличение СРБ является предиктором развития рентгенологических изменений, свидетельствующих о тяжелом деструктивном поражении суставов при раннем ревматоидном артрите.
Д. СРБ является информативным маркером для оценки эффективности терапии анкилозирующего спондилоартрита
3. К нежелательным лекарственным реакциям генно-инженерных биологических препаратов относятся 1. Туберкулез, 2. Гепатиты, 3. Цитопения, 4. Кожный васкулит, 5. Периферическая невропатия:
А. верно все перечисленное
Б. верно 1,2,5
В. верно 1,3,5
Г. верно 1,2,3,4
Д. верно 1,2,3,5
4. Побочные эффекты препаратов метотрексата не включает:
А. лейкопения
Б. нарушение функции печени (холестаз)
В. диспепсия
Г. снижение массы тела
Д. тромбоцитопения
5. При длительном использовании НПВС у больных с заболеваниями ревматологического профиля возрастает риск

А. Гастропатий

Б. Вторичных васкулитов

В. Снижения массы тела

Г. Онкологических заболеваний

6. Эрозивный характер заболевания суставов может быть подтвержден при примении

А. УЗИ

Б Рентгенографии

В. МРТ

Г Компьютерной томографии

Д. Верно все перечисленное

7 К васкулитам с поражением сосудов мелкого калибра относится все перечисленное, кроме:

А. пурпура Шенлейна-Геноха

Б. криоглобулинемический васкулит

В. гранулематоз Вегенера

Г. болезнь Хортона

Д. микроскопический полиангиит

8. К васкулитам с поражением сосудов крупного калибра относится:

А. узелковый полиартериит

Б. пурпура Шенлейна-Геноха

В. артериит Такаясу

Г. болезнь Кавасаки

Д. гранулематоз Вегенера

9. К диагностическим критериям артериита Такаясу относится все перечисленное, кроме:

А. шум на подключичных артериях или брюшной аорте

Б. болезненность при пальпации или снижение пульсации височных артерий, не связанные с атеросклерозом сонной артерии

В. разница АД на правой и левой руке более 10 мм.рт.ст.

Г. ослабление пульса на плечевой артерии

Д. перемежающаяся хромота

10. К диагностическим критериям гигантоклеточного артериита относятся: 1. Возраст старше 50 лет, 2. Выраженные головные боли, 3. Симптомы ревматической полимиалгии, 4. Увеличение СОЭ больше 30 мм/ч, 5. Нарушение зрения:

А. верно 1,2,5

Б. верно 1,2,3,4

В. верно 1,2,3,5

Г. верно 2,3,4,5

Д. верно 2,3,5

11. К диагностическим критериям узелкового полиартериита относятся: 1. Сетчатое ливедо, 2. Боль в яичках, 3. Склерит или эписклерит, 4. Диффузные миалгии, 5. Мононеврит или полинейропатия:
А. верно 1,2,4,5
Б. верно 1,2,3,4
В. верно 1,2,3,5
Г. верно 2,3,4,5
Д. верно 2,4,5
12. Для гранулематоза Вегенера характерны: 1. Обнаружение ANCA к протеиназе-3, 2. Язвы в полости рта, 3. Узелки, инфильтраты или полости в легких, 4. гематурия, 5. Псевдоопухоли орбиты глазного яблока:
А. верно 2,3,4,5
Б. верно 1,2,3,4
В. верно 1,2,3,5
Г. верно 1,3,4,5
Д. верно все перечисленное
13. К диагностическим критериям эозинофильного гранулематоза относятся: 1. Эозинофилия более 10%, 2. гематурия, 3. Аллергия в анамнезе, 4. синуситы, 5. Мононевропатия или полинейропатия:
А. верно 1,2,4
Б. верно 1,3,4,5
В. верно 1,2,3,5
Г. верно 3,4,5
Д. верно 2,4,5
14. К основным группам ЛС, используемым при системных васкулитах, относятся: 1. глюкокортикостероиды, 2. цитостатики, 3. антикоагулянты, 4. плазмаферез, 5. Противовирусные препараты:
А. верно 1,2,4,5
Б. верно 1,3,4,5
В. верно 1,2,3,5
Г. верно 2,3,4,5
Д. верно все перечисленное

Правильные ответы 1 –Г, 2- В, 3- Б, 4 – В, 5- А, 6-Д, 7- Б, 8- Д, 9- Д, 10- Б, 11- А, 12- Б, 13- А, 14-Д

3.2.2. Контролируемая компетенция УК-4:

3.2.2.1. Ситуационные задачи

Задача № 1.

Больной П., 49 лет, поступил с жалобами на боль в левом плюснефаланговом суставе слева, выраженную припухлость в суставе, невозможность передвигаться из-за боли в стопе, фиксируются эпизоды болезненного мочеиспускания с изменением цвета мочи.

Из анамнеза известно, что с 35 лет пациент регулярно употреблял пиво до 1,5 л в день. За 5 лет поправился с 70 до 92 кг. С 41 года стал отмечать повышение АД до 160/90 мм.рт.ст. Регулярную гипотензивную терапию не получал. В 45 лет после очередного приема

алкоголя на утро проснулся от боли в 1 плюснефаланговом суставе слева. Отек распространился на всю стопу. Обратился к хирургу, рекомендован прием НПВП. В дальнейшем артриты рецидивировали до 5 раз в год – в основном беспокоили плюснефаланговые суставы, реже моноартриты коленных суставов. Пациент купировал их самостоятельно приемом НПВП.

Настоящее обострение 2 дня: ночью появилась выраженная боль и припухлость первого плюснефалангового сустава слева. Накануне принимал алкоголь. При расспросе выяснилось, что отец страдал приступами артрита, умер в 60 лет от ОНМК.

При поступлении: ИМТ=36, деформация левого плюснефалангового сустава за счет экссудативно-воспалительных изменений. Ограничение подвижности за счет выраженной боли. Наличие тофусов на разгибательной поверхности локтевых суставов, в области ушных раковин. АДЦ 170/100 мм.рт.ст.

При лабораторном обследовании: мочевая кислота – 750 ммоль/л, холестерин – 10,5 ммоль/л, триглицериды – 9,6 г/л, мочевины – 8,9 ммоль/л, креатинин – 94 ммоль/л. Обнаружены ураты в моче, выявлена протеинурия 0,6 г/л, единичные эритроциты в моче, удельный вес мочи – 1009 ед. Клиренс мочевой кислоты 6 мл/мин. Уровень креатинина и СКФ в пределах нормы.

Рентгенологически определяется сужение суставной щели первых плюснефаланговых суставов, Rg-симптом «пробойника» - дефекты костной ткани в эпифизах первых плюсневых костей, костные эрозии в области эпифизов. ЭКГ – признаки гипертрофии левого желудочка.

1. Дайте характеристику изменениям со стороны мочевой кислоты, о каком типе идет речь.

Имеется повышение мочевой кислоты до 750 ммоль/л, при этом уровень мочевой кислоты в моче остается в пределах нормы, но наблюдается снижение клиренса мочевой кислоты до 6 мл/мин (при норме 9 мл/мин). Т.о. имеется снижение экскреции – выведения мочевой кислоты, что свидетельствует о почечном типе гиперурикемии.

2. Сформулируйте диагноз.

Первичная подагра, почечный тип, хронический подагрический полиартрит, среднетяжелое течение, фаза обострения, рентгенологически II ст., ФК 2 ст, с поражением почек (развитие уратной нефропатии по типу интерстициального нефрита без нарушения функции почек, синдром артериальной гипертензии 2 ст.).

3. Назначьте немедикаментозное лечение данного больного.

Отказ от приема алкоголя, соблюдение малопуриновой диеты, нормализация массы тела, обильное питье.

4. Назначьте медикаментозное лечение данного больного.

НПВП в полных терапевтических дозах, возможно сочетание с колхицином. При неэффективности использовать глюкокортикостероиды внутрисуставно.

После стихания приступа артрита начать базисную терапию урикодепрессантами (аллопуринол, фебукостат) и урикозурификами (пробенецид, бензбромарон) с поддержанием мочевой кислоты в пределах 297-357 мкмоль/л.

Цитратная терапия снижает риск уролитиаза (блемарен, уралит).

Антигипертензивная терапия – ингибиторы АПФ/сартаны.

5. Какой прогноз Вы бы дали заболеванию у данного пациента.

У пациента уже в дебюте заболевания имелось поражение почек, в настоящее время наблюдается стойкий подъем АД. Без лечения прогноз неблагоприятный из-за угрозы прогрессирования поражения почек и развития почечной недостаточности.

Задача № 2.

Больной М., 45 лет, поступил в клинику с жалобами на боли в области грудного поясничного отделов позвоночника, достигающие максимума во вторую половину ночи, усиливающиеся в покое, слегка уменьшающиеся при физической нагрузке и значительно уменьшающиеся при приеме НПВП. Кроме того пациент отмечает уменьшение объема движений в поясничном отделе, ограничение экскурсий грудной клетки (не может глубоко вдохнуть), боли в пятках.

Из анамнеза заболевания известно, что эти симптомы появились 7 лет назад, но были менее выражены по своей интенсивности. В то время обращался в поликлинику и лечился у невролога с диагнозом «остеохондроз». 3 года назад впервые при проведении ОАК лечащий врач обратил внимание на увеличение СОЭ. Проводился поиск источника инфекции, опухолей. 3 недели назад случился эпизод острого переднего увеита. Консультировавший больного офтальмолог направил пациента к ревматологу.

Анамнез жизни без особенностей. Кожных заболеваний нет. Туберкулез, венерические заболевания отрицает. Вредных привычек нет. Гемотрансфузии не проводились.

При осмотре выявлены некоторые изменения осанки (выраженный кифоз в грудном отделе, сглаженность поясничного лордоза), ограничение экскурсии грудной клетки, тест Томайера 15 см, тест Шобера 11 см, расстояние затылок-стена 5 см. Обнаружена припухлость ахиллова сухожилия, слегка болезненна при пальпации. Кожный покров чистый, включая волосистые участки кожи головы. По остальным органам и системам без особенностей.

Данные лабораторных методов: увеличение СОЭ, повышение СРБ до 20 мг/л, нормальный ОАМ, РФ отрицательный, HLA B27 антиген выявлен.

По рентгенограмме костей таза: двусторонний сакроилиит III стадии, в области грудного и поясничного отделов позвоночника определяются синдесмофиты, оссификация паравертебральных связок. Рентгенография органов грудной клетки без особенностей. УЗИ органов брюшной полости и почек без отклонений от нормы.

1. Сформулируйте диагноз.

Идиопатический анкилозирующий спондилоартрит, центральная форма, двусторонний сакроилиит III стадии, энтезиты (ахиллобурсит справа, талалгии), острый передний увеит в стадии обратного развития.

2. Проведите дифференциальный диагноз.

Гиперостоз Форестье – оосификация связок позвоночника у пожилых людей, но при нем нет воспалительной активности, нет сакроилиита, не изменяется высота межпозвонковых дисков.

Мышечно-скелетные боли в нижней части спины невоспалительного генеза – механический ритм вертебралгий, отсутствие ограничения амплитуды сгибаний в сагиттальной плоскости, нет воспалительных изменений в крови.

Инфекционный спондилит – при томографическом исследовании позвоночника выявляются «натечники» в мягких тканях, наличие инфекционных очагов (туберкулез, бруцеллез и др.).

3. Назовите рентгенологические стадии сакроилиита. Какие признаки характерны для стадии у данного пациента.

Рентгенологически различают:

0 стадию – нет изменений.

1 стадию – подозрение, изменения видны на МРТ.

2 стадию – минимальный сакроилиит.

3 стадию – умеренный сакроилиит: склероз и эрозии с обеих сторон, расширение суставной щели, в местах эрозий.

4 стадию – анкилоз.

4. Перечислите элементы профилактики деформаций позвоночника, немедикаментозная терапия.

Сохранение правильной позы в вертикальном положении, отказ от курения, использование жестких матрасов, сон на спине или животе, ежедневные физические или дыхательные упражнения, курсы массажа и ФТЛ 2 раза в год.

5. Какие группы лекарственных препаратов используются в лечении данного заболевания? Какое лечение Вы назначите данному пациенту.

НПВП – для данного больного монотерапия НПВП предпочтительна на старте лечения, т.к. он не получал систематического лечения данными препаратами. Например, диклофенак 100 мг 2 раза в день.

Базисная терапия – метотрексат, сульфасалазин – неэффективны при центральной форме анкилозирующего спондилита и как следствие не могут быть использованы для лечения данного больного.

Генно-инженерные биологические противовоспалительные препараты – при неэффективности НПВП и сохраняющейся высокой активностью заболевания.

Задача № 3

Женщина, 55 лет, обратилась к врачу с жалобами на боли в суставах кистей: проксимальных межфаланговых 3, 4 и 5 пальцев левой руки, 2 и 3 пальцев правой руки,

пястно-фаланговых 3 и 4 пальцев левой руки, 3 и 4 пальцев правой руки; их отек, а также беспокоит утренняя скованность около 2 часов.

Из анамнеза известно, что пациентка страдает болями в суставах около 3 лет. Лечилась с самостоятельно НПВП с периодически удовлетворительным эффектом. Также беспокоит АГ около 3 лет с подъемами АД до 170/103 мм.рт.ст., однако постоянной антигипертензивной терапии не получал. Семейный анамнез - спокойный.

При осмотре: состояние удовлетворительное. ИМТ – 30 кг/м². Кожные покровы чистые, обычной окраски. При осмотре суставов отмечается болезненность суставов кистей: проксимальных межфаланговых 3, 4 и 5 пальцев левой руки, 2 и 3 пальцев правой руки, пястно-фаланговых 3 и 4 пальцев левой руки, 3 и 4 пальцев правой руки, ограничение их подвижности, отек. Также выявлено ограничение движения в лучезапястных суставах обеих кистей и болезненность при пальпации, болезненность при пальпации плюсне-фаланговых суставов обеих стоп. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, ритмичные. ЧСС – 76 уд.в мин., АД – 159/101 мм.рт.ст. Живот мягкий, при пальпации безболезненный во всех отделах. Печень и селезенка не увеличены. Дизурий нет. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный.

В анализах: ОАК – Нв – 103 г/л, лейкоциты – $5,5 \cdot 10^9$ /л, тромбоциты – $220 \cdot 10^9$ /л, СОЭ – 32 мм.рт.ст. ОАМ – без патологии. Биохимический анализ крови: общий холестерин – 6,8 ммоль/л, глюкоза натощак – 5,1 ммоль/л, АЛАТ – 27 Ед/л, АсАТ – 21 Ед/л, креатинин – 83 мкмоль/л, РФ – 270 Ед/мл.

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.

Ревматоидный артрит серопозитивный, развернутая стадия, активность средняя, АЦЦП и MCV не определялись, ФК II.

Артериальная гипертония I стадии, 2 степени, риск 2.

2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

Диагноз ревматоидного артрита установлен на основании жалоб больного на боли в суставах кистей: проксимальных межфаланговых и пястно-фаланговых; ограничение движения в этих суставах, их отек, утренняя скованность около 2 часов; на основании выявленной при осмотре суставов болезненность суставов кистей: проксимальных межфаланговых, пястно-фаланговых кистей, ограничение их подвижности, отек;

ограничение движения в лучезапястных суставах обеих кистей и болезненность при пальпации, болезненность при пальпации плюсне-фаланговых суставов обеих стоп.

Серопозитивный – на основании данных биохимического анализа крови - РФ – 270 Ед/мл.

Развернутая стадия – длительность болезни более 1 года при наличии типичной симптоматики.

Активность средняя – подсчет индекса DAS28 (количество болезненных и припухших суставов, СОЭ, общая оценка состояния здоровья по ВАШ) – не обязательный компонент ответа.

АЦЦП и MCV как дополнительная иммунологическая характеристика не определялись.

Функциональный класс II – сохранено самообслуживание, профессиональная деятельность, ограничена непрофессиональная деятельность.

Артериальная гипертензия I стадии, 2 степени, риск 2. Диагноз артериальной гипертензии установлен на основании жалоб больного на нестабильность АД, данных анамнеза (пациент отмечает повышение АД в течение 4 лет); установление степени АГ основано на цифрах АД, измеренных во время приема. Стадия АГ установлена на основании предполагаемого отсутствия поражения органов-мишеней. Степень риска ССО поставлена на основании наличия гиперхолестеринемии.

3. Дифференциальный диагноз с какими заболеваниями требуется провести? Привести минимум 3 нозологии и обосновать почему выбор сделан не в их пользу.

Остеоартроз – вовлечение дистальных межфаланговых суставов, отсутствие выраженной утренней скованности, увеличение выраженности боли в конце дня.

Подагра – выявление кристаллов в синовиальной жидкости и тофусах, выраженное покраснение, припухлость сустава, связь с нарушением диеты, прослеживается наследственность.

Псориатический артрит – моноартрит, асимметричный олигоартрит, симметричный полиартрит, частое поражение дистальных межфаланговых суставов, характерные для псориаза изменения ногтей и кожи, прослеживается наследственность.

Реактивный артрит – олигоартрит, асимметричный, с преимущественным поражением нижних конечностей, бывает вызван различными микроорганизмами.

4. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.

Пациенту рекомендовано: СРБ, АЦЦП, Анти-МСV, рентген кистей и стоп, коленных суставов. Для установления природы анемии – сывороточный ферритин.

5. Препараты каких группы лекарственных средств Вы бы рекомендовали пациенту. Обоснуйте свой выбор.

Для уменьшения болей в суставах назначают НПВП. ГКС в низких/средних дозах эффективно контролируют клинические проявления и прогрессирование деструкции суставов, используется в комбинации с БПВП. БПВП (метотрексат, лефлуномид, сульфасалазин, соли золота, азатиоприн) и ГИБП (ингибиторы ФНОα: инфликсимаб, адалимумаб, этанерцепт; анти-В-клеточный препарат – ритуксимаб) уменьшают боль и воспаление, улучшает функции и замедляет прогрессирование деструкции суставов.

Задача №4

Мужчина, 32 лет, обратился к врачу с жалобами на субфебрильную температуру, боль и покраснение в левом коленном и голеностопном суставе, появившееся неделю назад.

Из анамнеза известно, что три недели назад перенес кишечную инфекцию (была высокая температура, жидкий стул до 8 раз в сутки). Эти проявления были купированы регидроном, за медицинской помощью не обращался.

При осмотре состояние относительно удовлетворительное. Кожные покровы чистые, физиологической окраски. Периферические лимфоузлы не увеличены. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет, ЧД – 16 в 1 минуту. Тоны сердца приглушены, ритмичные, ЧСС – 72 уд. в мин., АД – 130/80 мм.рт.ст. Живот вздут, при пальпации безболезненный во всех отделах. Печень и селезенка не увеличены. Дизурии нет. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный.

Локально: коленный сустав слева увеличен в размерах, имеется значительное количество жидкости, симптом «баллотирования» надколенника, кожные покровы в области сустава гиперемированы. Левый голеностопный сустав обычных размеров, но при сгибании появляется боль, кожные покровы в области сустава гиперемированы.

В анализах крови: гемоглобин - 130 г/мл, эритроциты - $6,4 \cdot 10^{12}/л$, лейкоциты - $11,8 \cdot 10^9/л$, сдвиг лейкоцитарной формулы влево. СОЭ - 25 мм/ч, СРБ-7 мг/л, РФ - отр.

При рентгенографии левого коленного сустава — расширенная суставная щель, имеется эрозия суставной поверхности. При рентгенографии левого голеностопного сустава - расширенная суставная щель.

При бактериологическом исследовании кала патогенной микрофлоры не выявлено, дисбактериоз.

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.

Вероятный реактивный артрит, постэнтероколитический с поражением левого коленного и левого голеностопного сустава, степень активности II, ФНС II.

2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

Диагноз поставлен на основании:

-жалоб больного: субфебрильная температура, боль и покраснение в левом коленном и голеностопном суставе, появившееся неделю назад.

-анамнеза: три недели назад перенес кишечную инфекцию (была высокая температура, жидкий стул до 8 раз в сутки). Эти проявления были купированы регидроном, за медицинской помощью не обращался

-лабораторных исследований: лейкоцитоз со сдвигом формулы влево, ускорение СОЭ, повышенный уровень СРБ.

-инструментальных данных: при рентгенографии левого коленного сустава— расширенная суставная щель, имеется эрозия суставной поверхности, при рентгенографии левого голеностопного сустава- расширенная суставная щель.

Реактивный артрит вероятный, т.к. имеется два больших критерия, а именно асимметричный олигоартрит нижних конечностей и наличие предшествующей клинически выраженной энтероколитической инфекции.

II (средняя) степень активности, т.к. присутствует умеренная гиперемия, умеренные экссудативные проявления, СОЭ в интервале от 20 до 40 мм/ч, СРБ ++.

ФНС II (функциональная недостаточность суставов), т.к. ограничение движений выражено настолько, что лишает больного профессиональной трудоспособности.

3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.

Пациенту рекомендовано: консультация ревматолога с решением вопроса о необходимости госпитализации; консультация уролога, общий анализ мочи, антитела в сыворотке крови к хламидийной инфекции, соскоб эпителия из уретры с целью исключения урогенитальной патологии; HLA-B27 с целью выявления наследственной предрасположенности; исследование синовиальной жидкости с целью исключения других артропатий; лабораторное подтверждение энтероколитической инфекции путем выявления антител в сыворотке крови; ЭКГ, ЭХО-КС, УЗИ органов брюшной полости и почек с целью исключения вовлечения в патологический процесс других органов и систем.

4. Препарат каких групп Вы бы рекомендовали пациенту в составе комбинированной терапии. Обоснуйте свой выбор.

Санация очага кишечной инфекции антибактериальными препаратами не проводится, особенно при отсутствии лабораторных подтверждений триггерных инфекции.

1. нестероидные противовоспалительные препараты с целью подавления воспалительной активности заболевания (диклофенак, мовалис, нимесулид) под прикрытием блокаторов протонной помпы (омепразол).

2. пункция коленного сустава с эвакуацией жидкости и последующим введением глюкокортикостероидов внутрисуставно (дипроспан)

3. при длительно сохраняющейся активности воспалительного процесса, развитии рефрактерности к проводимому лечению, системности процесса (появление лихорадки, снижение массы тела, лимфоаденопатии, анемии и др.), узурации суставов, а также при хроническом и часто рецидивирующем течении РеА в комплексную терапию включают базисные препараты, способные индуцировать ремиссию заболевания (сульфасалазин, метотрексат)

4. при стихании воспалительных явлений назначают физиотерапевтические процедуры (фонофорез гидрокортизона, лазеро- и магнитолазеротерапия, диатермия, УФО, парафиновые и озокеритовые аппликации на область пораженных суставов), массаж и лечебную гимнастику.

5. Разработайте индивидуальную программу реабилитации пациента.

1. Диспансерная группа (III)- в первые 3 месяца после госпитализации наблюдение ревматолога - ежемесячно, затем 1 раз в 3 месяца в течение года, в последующем - 2 раза в год; Гастроэнтеролог (по показаниям) - 1 раз в 3 месяца в течение 1 года, в дальнейшем 2 раза в год.

2. Клинический анализ крови, общий анализ мочи, анализ секрета предстательной железы, анализ кала, СРБ - 1 раз в 3 месяца, рентгенография пораженных суставов - 1 раз в год;

3. Санаторно-курортное лечение в санаториях артрологического, гастроэнтерологического профиля.

4. Перевод во II-ю группу диспансерного наблюдения

Задача 5

Пациентка Н., 23 лет, обратилась с жалобами на выраженные боли и припухание суставов кистей и стоп, лучезапястных суставов (боли более интенсивны ночью и в ранние утренние часы). Также беспокоят скованность в пораженных суставах по утрам,

которая длится около 2 часов, периодически возникающий субфебрилитет, выраженная общая слабость.

Из анамнеза известно, что близкая родственница больной страдает ревматоидным артритом. Пациентка по профессии программист. Данные жалобы появились около полугода назад, когда после перенесенного простудного заболевания впервые возникли боли и скованность в пястно – фаланговых суставах около часа по утрам, через несколько месяцев припухлость и скованность появилась и в обоих лучезапястных суставах, за мед. помощью не обращалась, принимала обезболивающие, мазала суставы вольтареном, без особого эффекта. В течение последнего месяца в процесс вовлеклись суставы стоп, стала отмечать субфебрильную температуру, похудела на 8 кг за последние 3 месяца.

При осмотре состояние средней тяжести. Температура тела 37,6°С. Кожные покровы и видимые слизистые бледные. Отмечаются припухлость и гиперемия в пястно-фаланговых и плюсне-фаланговых, лучезапястных, ограничение объема активных и пассивных движений в суставах кистей и стоп, лучезапястных суставах из-за болей, положительный симптом «сжатия» На передней поверхности левой голени и в области правого локтя имеются округлые образования размером с горошину, безболезненные. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧД - 17 в минуту. Тоны сердца несколько приглушены, шумов нет, ритм правильный. ЧСС -68 в минуту. АД - 110/75 мм рт. ст. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не увеличены, симптом Пастернацкого отрицательный с 2х сторон, отеков нет.

Лабораторные методы обследования:

ОАК: HGB - 90 г/л, Лей – $7.0 \cdot 10^9$ /л, Гр - $240 \cdot 10^9$ /л, СОЭ - 56 мм/ч.

ОАМ: уд. плотность 1018 г/л, рН – кислая, белок – отр. г/л, глюкоза – отр; кетоновые тела – отр;

Биохимический анализ крови: СРБ - 31,5 мкмоль/л, РФ – 64 МЕ/мл, глюкоза – 5.6 ммоль/л, креатинин – 60 мкмоль/л, мочевины – 5,3 ммоль/л, холестерин 5,4 ммоль/л, билирубин общ. – 17,4 мкмоль/л, АлАТ – 67 Е/л, АсАТ – 73 Е/л, фибриноген - 4,38 мг/л.

Инструментальные методы обследования.

Рентгенография кистей: околосуставной остеопороз, кисты в эпифизах II-III пястных костей справа, в эпифизах II-IV пястных костей помимо кист имеются единичные эрозии, сужение рентгеновских суставных щелей обоих лучезапястных и пястно-фаланговых суставов справа.

Рентгенография стоп: околосуставной остеопороз в эпифизах плюсневых костей обеих стоп, единичные кисты.

Эзофагогастродуоденоскопия: Складки слизистой желудка слегка гиперемированы, не отечны, эрозий и язв не визуализируется.

4. Предположите наиболее вероятный диагноз:

Ревматоидный артрит серопозитивный, ранняя стадия, активность II, с системными проявлениями (ревматоидные узелки), эрозивный (рентгенологическая стадия II), ФК II;

5. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

Диагноз ревматоидной артрит поставлен на основании жалоб на боли и припухание суставов кистей, лучезапястных, суставах стоп, утреннюю скованность в пораженных суставах, длящуюся около 2 часов, периодически возникающий субфебрилитет, выраженную общую слабость, из анамнеза известно, что семейный анамнез отягощен по ревматоидному артриту, а так же постепенное вовлечение в процесс новых суставов. При физикальном обследовании выявляется отечность пястнофаланговых суставов кистей, обоих лучезапястных суставов и плюснефаланговых суставов, подвижность в них ограничена. Положительный симптом «сжатия» пораженных суставов. На передней поверхности левой голени и на правом локте имеются «ревматоидные узелки».

Ранняя стадия: на основании длительности заболевания, около 1 года (от 6 мес. до 1 года);

Активность II: на основании повышения СОЭ (56 мм/ч), наличия лихорадки, снижения массы тела, присоединения суставов стоп;

С системными проявлениями: на передней поверхности левой голени и на правом локте имеются «ревматоидные узелки»;

Эрозивный (рентгенологическая стадия II): наличие единичных эрозий, множественных кист и околоуставного остеопороза пораженных суставов;

Серопозитивный: наличие в крови РФ;

ФК II: сохранены: самообслуживание, профессиональная деятельность, ограничена: непрофессиональная деятельность;

6. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.

1) Ежегодная рентгенография суставов кистей и стоп (оценка прогрессирования заболевания, его активности, эффективности лечения);

2) Биохимический анализ крови на АЦЦП (более диагностически значимый критерий РА);

3) Повторение ФЭГДС, для контроля состояния ЖКТ больной на фоне лечения НПВС.

4) ЭхоКГ: для исключения ревматического поражения сердца.

4. Предложите схему лечения пациента. Препараты каких групп Вы бы рекомендовали пациенту в составе комбинированной терапии. Обоснуйте свой выбор.

Больной показано стационарное лечение:

- Госпитализации подлежат больные с обострением РА;

- Госпитализация показана для подбора БПВП;

Основная цель фармакотерапии РА – достижение ремиссии (или низкой активности) заболевания, а также снижение риска коморбидных заболеваний

1) Избегать провоцирующих факторов (ОРВИ, инфекции, стресс, отказ от курения, поддержание нормальной МТ);

2) Диспансерное наблюдение врача ревматолога;

3) Медикаментозная терапия:

1. Базисная противовоспалительная терапия (БПВТ) (должна начинаться как можно раньше, в пределах 3-6 мес. от момента развития симптомов болезни):

- Антиметаболиты (Метотрексат) + препараты фолиевой кислоты;

- Иммунодепрессанты (Лефлунамид).

2. НПВС:

- Не селективные ингибиторы ЦОГ – 2;

- Селективные ингибиторы ЦОГ – 2 (Коксибы);

3. Внутрисуставное введение глюкокортикостероидов для купирования болевого синдрома и синовитов. Возможно использование системных глюкокортикостероидов при не достаточной эффективности БПВТ.

4. Генно-инженерные биологические препараты (добавляют в базисной терапии при её недостаточной эффективности):

- ингибиторы ФНО- α (Инфлексимаб);

- анти- В клеточный препарат (Ритуксимаб);

- блокатор ко-стимуляции Т– лимфоцитов (Абатацепт);
- блокатор рецепторов интерлейкина 6 (Тоцилизумаб);

4) ЛФК и физиотерапия

5) Контроль ОАК (гемоглобин, лейкоцитоз, тромбоциты) и биохимического анализа крови (АлАТ, АсАТ, глюкоза, креатинин, мочевины) не реже 1 раза в 1 - 3 мес.

5. Разработайте индивидуальную программу реабилитации пациента.

Периодичность обследования и методы лечения больных РА определяются характером и тяжестью течения заболевания, а также проводимой терапией.

4. Пожизненное диспансерное наблюдение (Д III) – осмотры врачом - ревматологом 1 раз в 3 месяца, стоматологом, офтальмологом, невропатологом — 2 раза в год;
5. Обучение больной: объяснение необходимости постоянного приёма препаратов, а также возможность самостоятельного (постепенного) изменения дозы последних (ГКС, метотрексат);
6. Общеклиническое исследование крови и мочи выполняется 4 раза в год, при лечении базисными средствами (D-пеницилламин, цитостатики, лефлуномид и др.) — клинический анализ крови и мочи 1 раз в месяц, биохимическое и иммунологическое исследование крови (СРБ, фибриноген, АЛТ, АСТ, креатинин, ревматоидный фактор, ЦИК) — 2 раза в год, рентгенография суставов — 1 — 2 раза в год, рентгенография органов грудной клетки — 1 раз в год. При постоянном приеме НПВП (ГКС) 1 раз в 6 месяцев (по показаниям — чаще) проводится контрольная фиброгастроуденоскопия.

Задача № 6.

Женщина, 58 лет, обратилась к врачу с жалобами на боли в суставах кистей: проксимальных межфаланговых 3, 4 и 5 пальцев левой руки, 2 и 3 пальцев правой руки, пястно-фаланговых 3 и 4 пальцев левой руки, 3 и 4 пальцев правой руки; ограничение движения в этих суставах, их отек, а также беспокоит утренняя скованность около 1-1,5 часов.

Из анамнеза известно, что пациентка страдает болями в суставах около 2 лет. Беспокоили боли также в лучезапястных, коленных суставах, лечилась с самостоятельно НПВП с периодически удовлетворительным эффектом. Также беспокоит АГ около 4 лет с

подъемами АД до 165/105 мм.рт.ст., однако постоянной антигипертензивной терапии не получал. Семейный анамнез - спокойный.

При осмотре: состояние удовлетворительное. ИМТ – 29 кг/м². Кожные покровы чистые, обычной окраски. При осмотре суставов отмечается болезненность суставов кистей: проксимальных межфаланговых 3, 4 и 5 пальцев левой руки, 2 и 3 пальцев правой руки, пястно-фаланговых 3 и 4 пальцев левой руки, 3 и 4 пальцев правой руки, ограничение их подвижности, отек. Также выявлено ограничение движения в лучезапястных суставах обеих кистей и болезненность при пальпации, болезненность при пальпации плюсне-фаланговых суставов обеих стоп. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, ритмичные. ЧСС – 70 уд.в мин., АД – 160/100 мм.рт.ст. Живот мягкий, при пальпации безболезненный во всех отделах. Печень и селезенка не увеличены. Дизурий нет. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный.

В анализах: ОАК – Нв – 102 г/л, лейкоциты – $6 \cdot 10^9$ /л, тромбоциты – $250 \cdot 10^9$ /л, СОЭ – 30 мм.рт.ст. ОАМ – без патологии. Биохимический анализ крови: общий холестерин – 6,9 ммоль/л, глюкоза натощак – 5,2 ммоль/л, АЛАТ – 26 Ед/л, АсАТ – 20 Ед/л, креатинин – 81 мкмоль/л, РФ – 250 Ед/мл.

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.

Ревматоидный артрит серопозитивный, развернутая стадия, активность средняя, АЦЦП и МСV не определялись, ФК II.

Артериальная гипертония I стадии, 2 степени, риск 2.

2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

Диагноз ревматоидного артрита установлен на основании жалоб больного на боли в суставах кистей: проксимальных межфаланговых и пястно-фаланговых; ограничение движения в этих суставах, их отек, утренняя скованность около 1-1,5 часов; на основании выявленной при осмотре суставов болезненность суставов кистей: проксимальных межфаланговых, пястно-фаланговых кистей, ограничение их подвижности, отек; ограничение движения в лучезапястных суставах обеих кистей и болезненность при пальпации, болезненность при пальпации плюсне-фаланговых суставов обеих стоп.

Серопозитивный – на основании данных биохимического анализа крови - РФ – 250 Ед/мл.

Развернутая стадия – длительность болезни более 1 года при наличии типичной симптоматики.

Активность средняя – подсчет индекса DAS28 (количество болезненных и припухших суставов, СОЭ, общая оценка состояния здоровья по ВАШ) – не обязательный компонент ответа.

АЦЦП и МСV как дополнительная иммунологическая характеристика не определялись.

Функциональный класс II – сохранено самообслуживание, профессиональная деятельность, ограничена непрофессиональная деятельность.

Артериальная гипертония I стадии, 2 степени, риск 2. Диагноз артериальной гипертонии установлен на основании жалоб больного на нестабильность АД, данных анамнеза (пациент отмечает повышение АД в течение 4 лет); установление степени АГ основано на цифрах АД, измеренных во время приема. Стадия АГ установлена на основании предполагаемого отсутствия поражения органов-мишеней. Степень риска ССО поставлена на основании наличия гиперхолестеринемии.

3. Дифференциальный диагноз с какими заболеваниями требуется провести? Привести минимум 3 нозологии и обосновать почему выбор сделан не в их пользу.

Остеоартроз – вовлечение дистальных межфаланговых суставов, отсутствие выраженной утренней скованности, увеличение выраженности боли в конце дня.

Подагра – выявление кристаллов в синовиальной жидкости и тофусах, выраженное покраснение, припухлость сустава, связь с нарушением диеты, прослеживается наследственность.

Псориатический артрит – моноартрит, асимметричный олигоартрит, симметричный полиартрит, частое поражение дистальных межфаланговых суставов, характерные для псориаза изменения ногтей и кожи, прослеживается наследственность.

Реактивный артрит – олигоартрит, асимметричный, с преимущественным поражением нижних конечностей, бывает вызван различными микроорганизмами.

4. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.

Пациенту рекомендовано: СРБ, АЦЦП, Анти-МСV, рентген кистей и стоп, коленных суставов. Для установления природы анемии – сывороточный ферритин.

5. Препараты каких группы лекарственных средств Вы бы рекомендовали пациенту. Обоснуйте свой выбор.

Для уменьшения болей в суставах назначают НПВП. ГКС в низких/средних дозах эффективно контролируют клинические проявления и прогрессирование деструкции суставов, используется в комбинации с БПВП. БПВП (метотрексат, лефлуномид, сульфасалазин, соли золота, азатиоприн) и ГИБП (ингибиторы ФНО α : инфликсимаб, адалимумаб, этанерцепт; анти-В-клеточный препарат – ритуксимаб) уменьшают боль и воспаление, улучшает функции и замедляет прогрессирование деструкции суставов.

Задача № 6

Больной П., 34 лет, поступил в клинику с жалобами на повышение температуры до 38,5 град., боли в суставах, мышцах, обильную мелкоточечную сыпь на коже стоп, голеней, онемение нижних конечностей по типу носков, общая слабость, похудел за последний месяц на 6 кг. Данная симптоматика появилась 3 недели назад: сначала повышение температуры и артралгии, потом присоединилась сыпь, еще через неделю появились онемение, общая слабость, потеря аппетита и веса.

Из анамнеза жизни известно, что в 20 лет в результате ДТП произошел разрыв селезенки с большой кровопотерей и дальнейшей спленэктомией, перенес несколько гемотрансфузий. Туберкулез, венерические заболевания, аллергии – отрицает. Без вредных привычек.

Объективно: состояние средней тяжести. Температура 38,2 град., выраженная слабость при сохраненной мышечной силе в конечностях. На коже стоп, голеней до уровня коленных суставов обильная мелкоточечная геморрагическая сыпь с большей концентрацией элементов на стопах, без зуда, не возвышающаяся над поверхностью кожи. При проведении пробы на чувствительность – зона гиперестезии с обеих сторон по типу носков. Периферические лимфоузлы не пальпируются.

По лабораторным данным: в ОАК - увеличение СОЭ до 45 мм/ч; в ОАМ – протеинурия (1,5 г/л), микрогематурия (10-15 эритроц. в поле зрения). Суточная потеря белка с мочой – 4 г/сут. Биохимический анализ крови – без изменений. Иммунологический анализ выявил наличие криоглобулинов в сыворотке крови, РФ – 250 мЕ/мл, снижение активности общего комплемента (10 ед); антинуклеарный фактор и антитела к ДНК, ANCA антитела – не обнаружены. Антитела к ВИЧ отрицательны.

Рентген органов грудной клетки, УЗИ органов брюшной полости и почек – без патологии.

6. Сформулируйте диагноз

Вторичный криоглобулинемический васкулит, (скорее всего ассоциированный с инфекцией вируса гепатита С), пурпура, артралгии, миалгии, дистальная сенсорная полинейропатия, гломерулонефрит, с изолированным мочевым синдромом без признаков нарушения функции почек (СКФ 110 мл/мин).

7. Проведите дифференциальный диагноз

Узелковый полиартериит – характер поражения нервных проводников отличается – у пациента только чувствительные расстройства, без двигательных нарушений и болевого синдрома; нет симптома орхита, эпидидимита, абдоминального синдрома, повышения артериального давления, повышения уровня креатинина крови.

Микроскопический полиартериит – также есть поражение почек, но не вовлекаются в процесс легкие, не выявлены ANCA.

Гранулематоз Вегенера – у больного нет поражения ЛОР-органов, легких, не выявлены ANCA, не типичное для гранулематоза Вегенера поражение нервной системы.

Эозинофильный гранулематоз – у пациента нет бронхиальной астмы, нет аллергологического анамнеза, нет эозинофилии, нет поражения придаточных пазух носа.

Гигантоклеточный артериит – пациент младше 50 лет, нет изменений сосудов крупного калибра.

Артериит Такаясу – нет ишемии в зоне какого-либо крупного сосуда, нет повышения АД (поражение почечных артерий), асимметрии пульса и давления (поражение плечевых артерий), нарушения зрения, головокружения, обмороков.

8. Какова этиология возникновения данного заболевания у пациента, если нужно назначьте дообследование.

Травма селезенки с большой кровопотерей и последующей массивной гемотрансфузией можно предположить наличие инфекционного агента-триггера васкулита. Т.к. антитела к ВИЧ не выявлены в качестве дообследования надо провести анализ на гепатит В и С.

9. Назовите основные группы препаратов для лечения данного заболевания

Глюкокортикостероиды

Цитостатики (циклофосфамид, метотрексат, азатиоприн)

Противовирусные препараты

Плазмаферез

10. Назначьте лечение для данного пациента и обоснуйте.

Монотерапия глюкокортикостероидами. Т.к. нефрит протекает без нарушения функции почек, без нефротического синдрома при умеренной суточной потере белка, при наличии вируса гепатита С можно начать противовирусную терапию на 1 год.

Задача № 7

Девушка, 19 лет. Обратилась к участковому терапевту с жалобами на геморрагические высыпания на голенях, бедрах, ягодицах, отечность голеностопных суставов, болезненность при движении в них, повышение температуры тела до 37,6⁰ С, общую слабость.

Из анамнеза заболевания известно, что 1,5 недели назад заболела ОРВИ, лечилась самостоятельно, принимала НПВС (анальгин). На фоне приема лекарственных препаратов появилась мелкопятнистая сыпь на коже голеней, бедер; отечность коленных суставов, болезненность их при движении.

Объективно: Состояние средней степени тяжести. Температура тела 37,3⁰С. Кожные покровы бледные, сухие. На коже разгибательных поверхностей стоп, голеней и бедер симметричные геморрагические высыпания, местами имеющие сливной характер, возвышающиеся над поверхностью кожи. При надавливании высыпания не исчезают. Голеностопные суставы увеличены в объеме, движения в них болезненны. В легких дыхание везикулярное. ЧД-18 в мин. Границы сердца в пределах нормы. Тоны сердца ритмичные. ЧСС-90 в мин. АД 110/70 мм.рт.ст. Живот при пальпации умеренно болезненный в мезогастррии. Стул, диурез в норме.

В анализах крови: Нб -110 г/л, эритроциты $3,8 \cdot 10^{12}$ /л, лейкоциты- $10,6 \cdot 10^9$ /л, п/я-4%, с/я-74%, СОЭ-25мм/ч, тромбоциты- $180 \cdot 10^9$ /л.

В анализах мочи: относительная плотность-1015, белок-отр., глюкоза-отр., эритроциты-0-1 в п.зр., лейкоциты-0-1 в п.зр.

Биохимия крови: АЛАТ- 12,6 Ед/л, АСАТ- 18,6 Ед/л, глюкоза крови- 4,4 ммоль/л, общий билирубин- 15 мкмоль/л, общий белок- 68 г/л, общий холестерин- 4,3 ммоль/л, креатинин- 76 мкмоль/л, мочевины- 4,6 ммоль/л, СРБ - 12 мг/л.

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.

Геморрагический васкулит, кожно-суставная форма, средней степени тяжести, активность II.

2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

Диагноз геморрагического васкулита выставлен на основании жалоб больной на геморрагические высыпания на голенях, бедрах, ягодицах, отечность голеностопных суставов, болезненность при движении в них. Из анамнеза заболевания - больная перенесла ОРВИ и на фоне приема НПВС появились вышеописанные жалобы. На основании объективного осмотра: при осмотре на коже разгибательных поверхностей стоп, голеней и бедер симметричные геморрагические высыпания, местами имеющие сливной характер, возвышающиеся над поверхностью кожи. При надавливании высыпания не исчезают. Голеностопные суставы увеличены в объеме, движения в них болезненны.

Клинический вариант: Кожно-суставная форма выставлена на основании поражения со стороны кожи нижних конечностей и голеностопных суставов.

Степень тяжести: Средняя степень тяжести поставлена на основании наличия обильных распространенных высыпаний на коже, артралгий, периодически возникающих болей в животе.

II степень активности на основании: Общее состояние больной средней степени тяжести. Температура тела $37,3^{\circ}$ С, симптомы интоксикации. Выраженный кожный геморрагический синдром. Выраженный суставной синдром со всеми признаками воспаления. В анализах крови - лейкоцитоз с нейтрофилезом и сдвигом лейкоцитарной формулы влево, СОЭ-25 мм/ч.

3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.

-коагулограмма, с целью оценки функции свертывающей системы крови и выявления ДВС-синдрома;

-проведение эндоскопических исследований (ЭФГДС, колоноскопия), с целью исключения желудочно-кишечного кровотечения;

-иммунологические исследования: вирусологические исследования (обнаружение вирусов гепатита В и С), АСЛО, с целью нахождения этиологического фактора; анализ крови на РФ, Le-клетки, АТ к ДНК с целью дифференциальной диагностики с другими ревматологическими заболеваниями;

-УЗИ органов брюшной полости и почек, с целью оценки состояния органов;

- консультация ЛОРа, стоматолога, гинеколога необходимы в связи с частой связью данного заболевания с инфекциями слизистых оболочек.

4. Предложите схему лечения пациента. Препараты каких групп Вы бы рекомендовали пациенту в составе комбинированной терапии. Обоснуйте свой выбор.

Необходима госпитализация в стационар.

Схема лечения в условиях стационара:

-режим постельный (ограничение двигательной активности) на период кожных высыпаний;

-гипоаллергенная диета;

-деагрегантная терапия (курантил) препятствует образованию сгустков крови за счет нарушения склеивания тромбоцитов;

-антикоагулянтная терапия (гепарин, фраксипарин) препятствует образованию сгустков крови за счет воздействия на факторы свертывания;

-глюкокортикостероиды (преднизолон) оказывают противовоспалительное и противоотечное действие;

-антибактериальная терапия (защищенные пенициллины, цефалоспорины), с целью лечения инкурентных инфекций в дебюте или на фоне болезни, а также лечения имеющихся очагов инфекций;

-НПВС (анальгин, диклофенак) обладают обезболивающим, противовоспалительным и жаропонижающим эффектами;

-инфузионная терапия (5% р-р глюкозы), с целью уменьшения признаков воспаления и интоксикации.

Основанием для выбора данных групп лекарственных препаратов служат результаты доказательной медицины и российские рекомендации по лечению ревматологических болезней.

5. Разработайте индивидуальную программу реабилитации пациента.

- пожизненное диспансерное наблюдение (ДП) – осмотр участкового терапевта 3 раза в год;

- Пожизненной соблюдение строгой гипоаллергенной диеты;

- Исключения тяжелого физического труда, переохлаждений, психо – эмоционального стресса, введения иммуноглобулинов;

- весной и осенью 2х недельные курсы приема курантила и аскорутина;

- санаторно-курортное-лечение по поводу сопутствующих заболеваний в местных санаториях, в нежаркое время года, с исключением электро- и грязелечения, в период полной клинической ремиссии.

Задача 8

43-летний мужчина, курильщик с 15-летним стажем, жалуется на одышку при нагрузке, кашель, кровохарканье, боли в мышцах и суставах и общую слабость, которые беспокоят около 6 месяцев. Из перенесенных заболеваний отмечает хронический синусит.

Объективно: болезненность при пальпации в области лобных и гайморовых пазух. В легких – единичные влажные хрипы, ЧД – 20 в минуту. Тоны сердца ритмичны, ЧСС 82 в минуту. АД – 140/90 мм рт ст. При осмотре конечностей признаков «часовых стекол» и «барабанных палочек» нет. Пальпация живота – без особенностей.

Рентгенологически выявляются множественные узелки с признаками локальной инфильтрации в базальных отделах обоих легких.

Лабораторные данные: Нв – 108 г/л; количество лейкоцитов – 11000/мкл; СОЭ – 82 мм/ч; РФ - 1:4; в моче – положительная реакция на белок и эритроциты.

Вопросы.

5. Сформулируйте и обоснуйте диагноз.

6. С какими заболеваниями необходимо проведение дифференциальной диагностики?
7. Что бы Вы хотели исследовать у больного для подтверждения диагноза?
8. Назовите основные принципы терапии.

Наиболее вероятный диагноз – гранулематоз Вегенера. Классификационные критерии диагноза включают: воспаление носа и полости рта, изменения при рентгенологическом исследовании легких (узелки, инфильтраты или полости), изменения мочи (микрогематурия), биопсию (гранулематозное воспаление в стенке артерии или в периваскулярном и экстраваскулярном пространстве). У больного имеется более 2-х критериев диагноза (3 – воспаление носа, узелки и инфильтраты в легких, микрогематурия, а также важный дополнительный признак - кровохарканье), что достаточно для его постановки.

Для окончательного подтверждения диагноза решающее значение имеет биопсия.

Дифференциальный диагноз проводится с заболеваниями, при которых наблюдается легочно-почечный синдром (узелковый полиартериит, синдром Гудпасчера, СКВ и т.д.), а также с заболеваниями, протекающими с гранулематозом (туберкулез, саркоидоз, системные микозы, бериллиоз).

Стандартная терапия основана на пероральном приеме циклофосфида в дозе 2 мг/кг/день в сочетании с ГКС (начальная доза – 1 мг/кг/день, с последующим снижением и переходом на альтернирующий прием препарата). При отсутствии лечения летальность в течение 1-го года составляет 80%. Раннее начало терапии существенно улучшит прогноз.

3.2.3. Контролируемая компетенция УК-5:

3.2.3.1. Ситуационные задачи

Задача № 1.

Больной П., 49 лет, поступил с жалобами на боль в левом плюснефаланговом суставе слева, выраженную припухлость в суставе, невозможность передвигаться из-за боли в стопе, фиксируются эпизоды болезненного мочеиспускания с изменением цвета мочи.

Из анамнеза известно, что с 35 лет пациент регулярно употреблял пиво до 1,5 л в день. За 5 лет поправился с 70 до 92 кг. С 41 года стал отмечать повышение АД до 160/90 мм.рт.ст. Регулярную гипотензивную терапию не получал. В 45 лет после очередного приема алкоголя на утро проснулся от боли в 1 плюснефаланговом суставе слева. Отек распространился на всю стопу. Обратился к хирургу, рекомендован прием НПВП. В дальнейшем артриты рецидивировали до 5 раз в год – в основном беспокоили плюснефаланговые суставы, реже моноартриты коленных суставов. Пациент купировал их самостоятельно приемом НПВП.

Настоящее обострение 2 дня: ночью появилась выраженная боль и припухлость первого плюснефалангового сустава слева. Накануне принимал алкоголь. При расспросе выяснилось, что отец страдал приступами артрита, умер в 60 лет от ОНМК.

При поступлении: ИМТ=36, дефигурация левого плюснефалангового сустава за счет экссудативно-воспалительных изменений. Ограничение подвижности за счет выраженной

боли. Наличие тофусов на разгибательной поверхности локтевых суставов, в области ушных раковин. АДЦ 170/100 мм.рт.ст.

При лабораторном обследовании: мочевая кислота – 750 ммоль/л, холестерин – 10,5 ммоль/л, триглицериды – 9,6 г/л, мочевины – 8,9 ммоль/л, креатинин – 94 ммоль/л. Обнаружены ураты в моче, выявлена протеинурия 0,6 г/л, единичные эритроциты в моче, удельный вес мочи – 1009 ед. Клиренс мочевой кислоты 6 мл/мин. Уровень креатинина и СКФ в пределах нормы.

Рентгенологически определяется сужение суставной щели первых плюснефаланговых суставов, Rg-симптом «пробойника» - дефекты костной ткани в эпифизах первых плюсневых костей, костные эрозии в области эпифизов. ЭКГ – признаки гипертрофии левого желудочка.

1. Дайте характеристику изменениям со стороны мочевой кислоты, о каком типе идет речь.

Имеется повышение мочевой кислоты до 750 ммоль/л, при этом уровень мочевой кислоты в моче остается в пределах нормы, но наблюдается снижение клиренса мочевой кислоты до 6 мл/мин (при норме 9 мл/мин). Т.о. имеется снижение экскреции – выведения мочевой кислоты, что свидетельствует о почечном типе гиперурикемии.

2. Сформулируйте диагноз.

Первичная подагра, почечный тип, хронический подагрический полиартрит, среднетяжелое течение, фаза обострения, рентгенологически II ст., ФК 2 ст, с поражением почек (развитие уратной нефропатии по типу интерстициального нефрита без нарушения функции почек, синдром артериальной гипертензии 2 ст.).

3. Назначьте немедикаментозное лечение данного больного.

Отказ от приема алкоголя, соблюдение малопуриновой диеты, нормализация массы тела, обильное питье.

4. Назначьте медикаментозное лечение данного больного.

НПВП в полных терапевтических дозах, возможно сочетание с колхицином. При неэффективности использовать глюкокортикостероиды внутрисуставно.

После стихания приступа артрита начать базисную терапию урикодепрессантами (аллопуринол, фебукостат) и урикозуриками (пробенецид, бензбромарон) с поддержанием мочевой кислоты в пределах 297-357 мкмоль/л.

Цитратная терапия снижает риск уролитиаза (блемарен, уралит).

Антигипертензивная терапия – ингибиторы АПФ/сартаны.

5. Какой прогноз Вы бы дали заболеванию у данного пациента.

У пациента уже в дебюте заболевания имелось поражение почек, в настоящее время наблюдается стойкий подъем АД. Без лечения прогноз неблагоприятный из-за угрозы прогрессирования поражения почек и развития почечной недостаточности.

Задача № 2.

Больной М., 45 лет, поступил в клинику с жалобами на боли в области грудного поясничного отделов позвоночника, достигающие максимума во вторую половину ночи, усиливающиеся в покое, слегка уменьшающиеся при физической нагрузке и значительно уменьшающиеся при приеме НПВП. Кроме того пациент отмечает уменьшение объема движений в поясничном отделе, ограничение экскурсий грудной клетки (не может глубоко вдохнуть), боли в пятках.

Из анамнеза заболевания известно, что эти симптомы появились 7 лет назад, но были менее выражены по своей интенсивности. В то время обращался в поликлинику и лечился у невролога с диагнозом «остеохондроз». 3 года назад впервые при проведении ОАК лечащий врач обратил внимание на увеличение СОЭ. Проводился поиск источника инфекции, опухолей. 3 недели назад случился эпизод острого переднего увеита. Консультировавший больного офтальмолог направил пациента к ревматологу.

Анамнез жизни без особенностей. Кожных заболеваний нет. Туберкулез, венерические заболевания отрицает. Вредных привычек нет. Гемотрансфузии не проводились.

При осмотре выявлены некоторые изменения осанки (выраженный кифоз в грудном отделе, сглаженность поясничного лордоза), ограничение экскурсии грудной клетки, тест Томайера 15 см, тест Шобера 11 см, расстояние затылок-стена 5 см. Обнаружена припухлость ахиллова сухожилия, слегка болезненна при пальпации. Кожный покров чистый, включая волосистые участки кожи головы. По остальным органам и системам без особенностей.

Данные лабораторных методов: увеличение СОЭ, повышение СРБ до 20 мг/л, нормальный ОАМ, РФ отрицательный, HLA B27 антиген выявлен.

По рентгенограмме костей таза: двусторонний сакроилиит III стадии, в области грудного и поясничного отделов позвоночника определяются синдесмофиты, оссификация паравертебральных связок. Рентгенография органов грудной клетки без особенностей. УЗИ органов брюшной полости и почек без отклонений от нормы.

1. Сформулируйте диагноз.

Идиопатический анкилозирующий спондилоартрит, центральная форма, двусторонний сакроилиит III стадии, энтезиты (ахиллобурсит справа, талалгии), острый передний увеит в стадии обратного развития.

2. Проведите дифференциальный диагноз.

Гиперостоз Форестье – оссификация связок позвоночника у пожилых людей, но при нем нет воспалительной активности, нет сакроилиита, не изменяется высота межпозвонковых дисков.

Мышечно-скелетные боли в нижней части спины невоспалительного генеза – механический ритм вертебралгий, отсутствие ограничения амплитуды сгибаний в сагиттальной плоскости, нет воспалительных изменений в крови.

Инфекционный спондилит – при томографическом исследовании позвоночника выявляются «натечники» в мягких тканях, наличие инфекционных очагов (туберкулез, бруцеллез и др.).

3. Назовите рентгенологические стадии сакроилиита. Какие признаки характерны для стадии у данного пациента.

Рентгенологически различают:

0 стадию – нет изменений.

1 стадию – подозрение, изменения видны на МРТ.

2 стадию – минимальный сакроилиит.

3 стадию – умеренный сакроилиит: склероз и эрозии с обеих сторон, расширение суставной щели, в местах эрозий.

4 стадию – анкилоз.

4. Перечислите элементы профилактики деформаций позвоночника, немедикаментозная терапия.

Сохранение правильной позы в вертикальном положении, отказ от курения, использование жестких матрасов, сон на спине или животе, ежедневные физические или дыхательные упражнения, курсы массажа и ФТЛ 2 раза в год.

5. Какие группы лекарственных препаратов используются в лечении данного заболевания? Какое лечение Вы назначите данному пациенту.

НПВП – для данного больного монотерапия НПВП предпочтительна на старте лечения, т.к. он не получал систематического лечения данными препаратами. Например, диклофенак 100 мг 2 раза в день.

Базисная терапия – метотрексат, сульфасалазин – неэффективны при центральной форме анкилозирующего спондилита и как следствие не могут быть использованы для лечения данного больного.

Генно-инженерные биологические противовоспалительные препараты – при неэффективности НПВП и сохраняющейся высокой активностью заболевания.

Задача № 3

Женщина, 55 лет, обратилась к врачу с жалобами на боли в суставах кистей: проксимальных межфаланговых 3, 4 и 5 пальцев левой руки, 2 и 3 пальцев правой руки, пястно-фаланговых 3 и 4 пальцев левой руки, 3 и 4 пальцев правой руки; их отек, а также беспокоит утренняя скованность около 2 часов.

Из анамнеза известно, что пациентка страдает болями в суставах около 3 лет. Лечилась с самостоятельно НПВП с периодически удовлетворительным эффектом. Также беспокоит АГ около 3 лет с подъемами АД до 170/103 мм.рт.ст., однако постоянной антигипертензивной терапии не получал. Семейный анамнез - спокойный.

При осмотре: состояние удовлетворительное. ИМТ – 30 кг/м². Кожные покровы чистые, обычной окраски. При осмотре суставов отмечается болезненность суставов кистей: проксимальных межфаланговых 3, 4 и 5 пальцев левой руки, 2 и 3 пальцев правой руки, пястно-фаланговых 3 и 4 пальцев левой руки, 3 и 4 пальцев правой руки, ограничение их подвижности, отек. Также выявлено ограничение движения в лучезапястных суставах обеих кистей и болезненность при пальпации, болезненность при пальпации плюсне-фаланговых суставов обеих стоп. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, ритмичные. ЧСС – 76 уд.в мин., АД – 159/101 мм.рт.ст. Живот мягкий, при пальпации безболезненный во всех отделах. Печень и селезенка не увеличены. Дизурий нет. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный.

В анализах: ОАК – Нв – 103 г/л, лейкоциты – $5,5 \cdot 10^9$ /л, тромбоциты – $220 \cdot 10^9$ /л, СОЭ – 32 мм.рт.ст. ОАМ – без патологии. Биохимический анализ крови: общий холестерин – 6,8 ммоль/л, глюкоза натощак – 5,1 ммоль/л, АлАТ – 27 Ед/л, АсАТ – 21 Ед/л, креатинин – 83 мкмоль/л, РФ – 270 Ед/мл.

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.

Ревматоидный артрит серопозитивный, развернутая стадия, активность средняя, АЦЦП и МСV не определялись, ФК II.

Артериальная гипертензия I стадии, 2 степени, риск 2.

2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

Диагноз ревматоидного артрита установлен на основании жалоб больного на боли в суставах кистей: проксимальных межфаланговых и пястно-фаланговых; ограничение движения в этих суставах, их отек, утренняя скованность около 2 часов; на основании выявленной при осмотре суставов болезненность суставов кистей: проксимальных межфаланговых, пястно-фаланговых кистей, ограничение их подвижности, отек; ограничение движения в лучезапястных суставах обеих кистей и болезненность при пальпации, болезненность при пальпации плюсне-фаланговых суставов обеих стоп.

Серопозитивный – на основании данных биохимического анализа крови - РФ – 270 Ед/мл.

Развернутая стадия – длительность болезни более 1 года при наличии типичной симптоматики.

Активность средняя – подсчет индекса DAS28 (количество болезненных и припухших суставов, СОЭ, общая оценка состояния здоровья по ВАШ) – не обязательный компонент ответа.

АЦЦП и МСV как дополнительная иммунологическая характеристика не определялись.

Функциональный класс II – сохранено самообслуживание, профессиональная деятельность, ограничена непрофессиональная деятельность.

Артериальная гипертония I стадии, 2 степени, риск 2. Диагноз артериальной гипертонии установлен на основании жалоб больного на нестабильность АД, данных анамнеза (пациент отмечает повышение АД в течение 4 лет); установление степени АГ основано на цифрах АД, измеренных во время приема. Стадия АГ установлена на основании предполагаемого отсутствия поражения органов-мишеней. Степень риска ССО поставлена на основании наличия гиперхолестеринемии.

3. Дифференциальный диагноз с какими заболеваниями требуется провести? Привести минимум 3 нозологии и обосновать почему выбор сделан не в их пользу.

Остеоартроз – вовлечение дистальных межфаланговых суставов, отсутствие выраженной утренней скованности, увеличение выраженности боли в конце дня.

Подагра – выявление кристаллов в синовиальной жидкости и тофусах, выраженное покраснение, припухлость сустава, связь с нарушением диеты, прослеживается наследственность.

Псориатический артрит – моноартрит, асимметричный олигоартрит, симметричный полиартрит, частое поражение дистальных межфаланговых суставов, характерные для псориаза изменения ногтей и кожи, прослеживается наследственность.

Реактивный артрит – олигоартрит, асимметричный, с преимущественным поражением нижних конечностей, бывает вызван различными микроорганизмами.

4. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.

Пациенту рекомендовано: СРБ, АЦЦП, Анти-МСV, рентген кистей и стоп, коленных суставов. Для установления природы анемии – сывороточный ферритин.

5. Препараты каких группы лекарственных средств Вы бы рекомендовали пациенту. Обоснуйте свой выбор.

Для уменьшения болей в суставах назначают НПВП. ГКС в низких/средних дозах эффективно контролируют клинические проявления и прогрессирование деструкции

суставов, используется в комбинации с БПВП. БПВП (метотрексат, лефлуномид, сульфасалазин, соли золота, азатиоприн) и ГИБП (ингибиторы ФНО α : инфликсимаб, адалимумаб, этанерцепт; анти-В-клеточный препарат – ритуксимаб) уменьшают боль и воспаление, улучшает функции и замедляет прогрессирование деструкции суставов.

Задача №4

Мужчина, 32 лет, обратился к врачу с жалобами на субфебрильную температуру, боль и покраснение в левом коленном и голеностопном суставе, появившееся неделю назад.

Из анамнеза известно, что три недели назад перенес кишечную инфекцию (была высокая температура, жидкий стул до 8 раз в сутки). Эти проявления были купированы регидроном, за медицинской помощью не обращался.

При осмотре состояние относительно удовлетворительное. Кожные покровы чистые, физиологической окраски. Периферические лимфоузлы не увеличены. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет, ЧД – 16 в 1 минуту. Тоны сердца приглушены, ритмичные, ЧСС – 72 уд. в мин., АД – 130/80 мм.рт.ст. Живот вздут, при пальпации безболезненный во всех отделах. Печень и селезенка не увеличены. Дизурии нет. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный.

Локально: коленный сустав слева увеличен в размерах, имеется значительное количество жидкости, симптом «баллотирования» надколенника, кожные покровы в области сустава гиперемированы. Левый голеностопный сустав обычных размеров, но при сгибании появляется боль, кожные покровы в области сустава гиперемированы.

В анализах крови: гемоглобин - 130 г/мл, эритроциты - $6,4 \cdot 10^{12}/л$, лейкоциты - $11,8 \cdot 10^9/л$, сдвиг лейкоцитарной формулы влево. СОЭ - 25 мм/ч, СРБ-7 мг/л, РФ - отр.

При рентгенографии левого коленного сустава — расширенная суставная щель, имеется эрозия суставной поверхности. При рентгенографии левого голеностопного сустава - расширенная суставная щель.

При бактериологическом исследовании кала патогенной микрофлоры не выявлено, дисбактериоз.

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.

Вероятный реактивный артрит, постэнтероколитический с поражением левого коленного и левого голеностопного сустава, степень активности II, ФНС II.

2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

Диагноз поставлен на основании:

-жалоб больного: субфебрильная температура, боль и покраснение в левом коленном и голеностопном суставе, появившееся неделю назад.

-анамнеза: три недели назад перенес кишечную инфекцию (была высокая температура, жидкий стул до 8 раз в сутки). Эти проявления были купированы регидроном, за медицинской помощью не обращался

-лабораторных исследований: лейкоцитоз со сдвигом формулы влево, ускорение СОЭ, повышенный уровень СРБ.

-инструментальных данных: при рентгенографии левого коленного сустава— расширенная суставная щель, имеется эрозия суставной поверхности, при рентгенографии левого голеностопного сустава- расширенная суставная щель.

Реактивный артрит вероятный, т.к. имеется два больших критерия, а именно ассиметричный олигоартрит нижних конечностей и наличие предшествующей клинически выраженной энтероколитической инфекции.

II (средняя) степень активности, т.к. присутствует умеренная гиперемия, умеренные экссудативные проявления, СОЭ в интервале от 20 до 40 мм/ч, СРБ ++.

ФНС II (функциональная недостаточность суставов), т.к. ограничение движений выражено настолько, что лишает больного профессиональной трудоспособности.

3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.

Пациенту рекомендовано: консультация ревматолога с решением вопроса о необходимости госпитализации; консультация уролога, общий анализ мочи, антитела в сыворотке крови к хламидийной инфекции, соскоб эпителия из уретры с целью исключения урогенитальной патологии; HLA-B27 с целью выявления наследственной предрасположенности; исследование синовиальной жидкости с целью исключения других артропатий; лабораторное подтверждение энтероколитической инфекции путем выявления антител в сыворотке крови; ЭКГ, ЭХО-КС, УЗИ органов брюшной полости и почек с целью исключения вовлечения в патологический процесс других органов и систем.

4. Препарат каких групп Вы бы рекомендовали пациенту в составе комбинированной терапии. Обоснуйте свой выбор.

Санация очага кишечной инфекции антибактериальными препаратами не проводится, особенно при отсутствии лабораторных подтверждений триггерных инфекции.

1. нестероидные противовоспалительные препараты с целью подавления воспалительной активности заболевания (диклофенак, мовалис, нимесулид) под прикрытием блокаторов протонной помпы (омепразол).
2. пункция коленного сустава с эвакуацией жидкости и последующим введением глюкокортикостероидов внутрисуставно (дипроспан)
3. при длительно сохраняющейся активности воспалительного процесса, развитии рефрактерности к проводимому лечению, системности процесса (появление лихорадки, снижение массы тела, лимфоаденопатии, анемии и др.), узурации суставов, а также при хроническом и часто рецидивирующем течении РеА в комплексную терапию включают базисные препараты, способные индуцировать ремиссию заболевания (сульфасалазин, метотрексат)
4. при стихании воспалительных явлений назначают физиотерапевтические процедуры (фонофорез гидрокортизона, лазеро- и магнитолазеротерапия, диатермия, УФО, парафиновые и озокеритовые аппликации на область пораженных суставов), массаж и лечебную гимнастику.

5. Разработайте индивидуальную программу реабилитации пациента.

1. Диспансерная группа (III)- в первые 3 месяца после госпитализации наблюдение ревматолога - ежемесячно, затем 1 раз в 3 месяца в течение года, в последующем - 2 раза в год; Гастроэнтеролог (по показаниям) - 1 раз в 3 месяца в течение 1 года, в дальнейшем 2 раза в год.
2. Клинический анализ крови, общий анализ мочи, анализ секрета предстательной железы, анализ кала, СРБ - 1 раз в 3 месяца, рентгенография пораженных суставов - 1 раз в год;
3. Санаторно-курортное лечение в санаториях артрологического, гастроэнтерологического профиля.
4. Перевод во II-ю группу диспансерного наблюдения

Задача 5

Пациентка Н., 23 лет, обратилась с жалобами на выраженные боли и припухание суставов кистей и стоп, лучезапястных суставов (боли более интенсивны ночью и в ранние утренние часы). Также беспокоят скованность в пораженных суставах по утрам, которая длится около 2 часов, периодически возникающий субфебрилитет, выраженная общая слабость.

Из анамнеза известно, что близкая родственница больной страдает ревматоидным артритом. Пациентка по профессии программист. Данные жалобы появились около полугода назад, когда после перенесенного простудного заболевания впервые возникли

боли и скованность в пястно – фаланговых суставах около часа по утрам, через несколько месяцев припухлость и скованность появилась и в обоих лучезапястных суставах, за мед. помощью не обращалась, принимала обезболивающие, мазала суставы вольтареном, без особого эффекта. В течение последнего месяца в процесс вовлеклись суставы стоп, стала отмечать субфебрильную температуру, похудела на 8 кг за последние 3 месяца.

При осмотре состояние средней тяжести. Температура тела 37,6°C. Кожные покровы и видимые слизистые бледные. Отмечаются припухлость и гиперемия в пястно-фаланговых и плюсне-фаланговых, лучезапястных, ограничение объема активных и пассивных движений в суставах кистей и стоп, лучезапястных суставах из-за болей, положительный симптом «сжатия» На передней поверхности левой голени и в области правого локтя имеются округлые образования размером с горошину, безболезненные. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧД - 17 в минуту. Тоны сердца несколько приглушены, шумов нет, ритм правильный. ЧСС -68 в минуту. АД - 110/75 мм рт. ст. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не увеличены, симптом Пастернацкого отрицательный с 2х сторон, отеков нет.

Лабораторные методы обследования:

ОАК: HGB - 90 г/л, Лей – $7.0 \cdot 10^9$ /л, Тр - $240 \cdot 10^9$ /л, СОЭ - 56 мм/ч.

ОАМ: уд. плотность 1018 г/л, рН – кислая, белок – отр. г/л, глюкоза – отр; кетоновые тела – отр;

Биохимический анализ крови: СРБ - 31,5 мкмоль/л, РФ – 64 МЕ/мл, глюкоза – 5.6 ммоль/л, креатинин – 60 мкмоль/л, мочевины – 5,3 ммоль/л, холестерин 5,4 ммоль/л, билирубин общ. – 17,4 мкмоль/л, АлАТ – 67 Е/л, АсАТ – 73 Е/л, фибриноген - 4,38 мг/л.

Инструментальные методы обследования.

Рентгенография кистей: околосуставной остеопороз, кисты в эпифизах II-III пястных костей справа, в эпифизах II-IV пястных костей помимо кист имеются единичные эрозии, сужение рентгеновских суставных щелей обоих лучезапястных и пястно-фаланговых суставов справа.

Рентгенография стоп: околосуставной остеопороз в эпифизах плюсневых костей обеих стоп, единичные кисты.

Эзофагогастродуоденоскопия: Складки слизистой желудка слегка гиперемированы, не отечны, эрозий и язв не визуализируется.

7. Предположите наиболее вероятный диагноз:

Ревматоидный артрит серопозитивный, ранняя стадия, активность II, с системными проявлениями (ревматоидные узелки), эрозивный (рентгенологическая стадия II), ФК II;

8. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

Диагноз ревматоидной артрит поставлен на основании жалоб на боли и припухание суставов кистей, лучезапястных, суставах стоп, утреннюю скованность в пораженных суставах, длящуюся около 2 часов, периодически возникающий субфебрилитет, выраженную общую слабость, из анамнеза известно, что семейный анамнез отягощен по ревматоидному артриту, а так же постепенное вовлечение в процесс новых суставов. При физикальном обследовании выявляется отечность пястнофаланговых суставов кистей, обоих лучезапястных суставов и плюснефаланговых суставов, подвижность в них ограничена. Положительный симптом «сжатия» пораженных суставов. На передней поверхности левой голени и на правом локте имеются «ревматоидные узелки».

Ранняя стадия: на основании длительности заболевания, около 1 года (от 6 мес. до 1 года);

Активность II: на основании повышения СОЭ (56 мм/ч), наличия лихорадки, снижения массы тела, присоединения суставов стоп;

С системными проявлениями: на передней поверхности левой голени и на правом локте имеются «ревматоидные узелки»;

Эрозивный (рентгенологическая стадия II): наличие единичных эрозий, множественных кист и околоуставного остеопороза пораженных суставов;

Серопозитивный: наличие в крови РФ;

ФК II: сохранены: самообслуживание, профессиональная деятельность, ограничена: непрофессиональная деятельность;

9. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.

1) Ежегодная рентгенография суставов кистей и стоп (оценка прогрессирования заболевания, его активности, эффективности лечения);

2) Биохимический анализ крови на АЦЦП (более диагностически значимый критерий РА);

3) Повторение ФЭГДС, для контроля состояния ЖКТ больной на фоне лечения НПВС.

4) ЭхоКГ: для исключения ревматического поражения сердца.

4. Предложите схему лечения пациента. Препараты каких групп Вы бы рекомендовали пациенту в составе комбинированной терапии. Обоснуйте свой выбор.

Больной показано стационарное лечение:

- Госпитализации подлежат больные с обострением РА;
- Госпитализация показана для подбора БПВП;

Основная цель фармакотерапии РА – достижение ремиссии (или низкой активности) заболевания, а также снижение риска коморбидных заболеваний

1) Избегать провоцирующих факторов (ОРВИ, инфекции, стресс, отказ от курения, поддержание нормальной МТ);

2) Диспансерное наблюдение врача ревматолога;

3) Медикаментозная терапия:

1. Базисная противовоспалительная терапия (БПВТ) (должна начинаться как можно раньше, в пределах 3-6 мес. от момента развития симптомов болезни):

- Антиметаболиты (Метотрексат) + препараты фолиевой кислоты;
- Иммунодепрессанты (Лефлунамид).

2. НПВС:

- Не селективные ингибиторы ЦОГ – 2;
- Селективные ингибиторы ЦОГ – 2 (Коксибы);

3. Внутрисуставное введение глюкокортикостероидов для купирования болевого синдрома и синовитов. Возможно использование системных глюкокортикостероидов при не достаточной эффективности БПВТ.

4. Генно-инженерные биологические препараты (добавляют в базисной терапии при её недостаточной эффективности):

- ингибиторы ФНО- α (Инфлексимаб);
- анти- В клеточный препарат (Ритуксимаб);
- блокатор ко-стимуляции Т– лимфоцитов (Абатацепт);
- блокатор рецепторов интерлейкина 6 (Тоцилизумаб);

4) ЛФК и физиотерапия

5) Контроль ОАК (гемоглобин, лейкоцитоз, тромбоциты) и биохимического анализа крови (АЛТ, АсАТ, глюкоза, креатинин, мочеви́на) не реже 1 раза в 1 - 3 мес.

5. Разработайте индивидуальную программу реабилитации пациента.

Периодичность обследования и методы лечения больных РА определяются характером и тяжестью течения заболевания, а также проводимой терапией.

7. Пожизненное диспансерное наблюдение (Д III) – осмотры врачом - ревматологом 1 раз в 3 месяца, стоматологом, офтальмологом, невропатологом — 2 раза в год;
8. Обучение больной: объяснение необходимости постоянного приёма препаратов, а также возможность самостоятельного (постепенного) изменения дозы последних (ГКС, метотрексат);
9. Общеклиническое исследование крови и мочи выполняется 4 раза в год, при лечении базисными средствами (D-пеницилламин, цитостатики, лефлуномид и др.) — клинический анализ крови и мочи 1 раз в месяц, биохимическое и иммунологическое исследование крови (СРБ, фибриноген, АЛТ, АСТ, креатинин, ревматоидный фактор, ЦИК) — 2 раза в год, рентгенография суставов — 1 — 2 раза в год, рентгенография органов грудной клетки — 1 раз в год. При постоянном приеме НПВП (ГКС) 1 раз в 6 месяцев (по показаниям — чаще) проводится контрольная фиброгастроуденоскопия.

Задача № 6.

Женщина, 58 лет, обратилась к врачу с жалобами на боли в суставах кистей: проксимальных межфаланговых 3, 4 и 5 пальцев левой руки, 2 и 3 пальцев правой руки, пястно-фаланговых 3 и 4 пальцев левой руки, 3 и 4 пальцев правой руки; ограничение движения в этих суставах, их отек, а также беспокоит утренняя скованность около 1-1,5 часов.

Из анамнеза известно, что пациентка страдает болями в суставах около 2 лет. Беспокоили боли также в лучезапястных, коленных суставах, лечилась с самостоятельно НПВП с периодически удовлетворительным эффектом. Также беспокоит АГ около 4 лет с подъемами АД до 165/105 мм.рт.ст., однако постоянной антигипертензивной терапии не получал. Семейный анамнез - спокойный.

При осмотре: состояние удовлетворительное. ИМТ – 29 кг/м². Кожные покровы чистые, обычной окраски. При осмотре суставов отмечается болезненность суставов кистей: проксимальных межфаланговых 3, 4 и 5 пальцев левой руки, 2 и 3 пальцев правой

руки, пястно-фаланговых 3 и 4 пальцев левой руки, 3 и 4 пальцев правой руки, ограничение их подвижности, отек. Также выявлено ограничение движения в лучезапястных суставах обеих кистей и болезненность при пальпации, болезненность при пальпации плюсне-фаланговых суставов обеих стоп. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, ритмичные. ЧСС – 70 уд.в мин., АД – 160/100 мм.рт.ст. Живот мягкий, при пальпации безболезненный во всех отделах. Печень и селезенка не увеличены. Дизурий нет. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный.

В анализах: ОАК – Нв – 102 г/л, лейкоциты – $6 \cdot 10^9$ /л, тромбоциты – $250 \cdot 10^9$ /л, СОЭ – 30 мм.рт.ст. ОАМ – без патологии. Биохимический анализ крови: общий холестерин – 6,9 ммоль/л, глюкоза натощак – 5,2 ммоль/л, АЛАТ – 26 Ед/л, АсАТ – 20 Ед/л, креатинин – 81 мкмоль/л, РФ – 250 Ед/мл.

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.

Ревматоидный артрит серопозитивный, развернутая стадия, активность средняя, АЦЦП и МСV не определялись, ФК II.

Артериальная гипертония I стадии, 2 степени, риск 2.

2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

Диагноз ревматоидного артрита установлен на основании жалоб больного на боли в суставах кистей: проксимальных межфаланговых и пястно-фаланговых; ограничение движения в этих суставах, их отек, утренняя скованность около 1-1,5 часов; на основании выявленной при осмотре суставов болезненность суставов кистей: проксимальных межфаланговых, пястно-фаланговых кистей, ограничение их подвижности, отек; ограничение движения в лучезапястных суставах обеих кистей и болезненность при пальпации, болезненность при пальпации плюсне-фаланговых суставов обеих стоп.

Серопозитивный – на основании данных биохимического анализа крови - РФ – 250 Ед/мл.

Развернутая стадия – длительность болезни более 1 года при наличии типичной симптоматики.

Активность средняя – подсчет индекса DAS28 (количество болезненных и припухших суставов, СОЭ, общая оценка состояния здоровья по ВАШ) – не обязательный компонент ответа.

АЦЦП и МСV как дополнительная иммунологическая характеристика не определялись.

Функциональный класс II – сохранено самообслуживание, профессиональная деятельность, ограничена непрофессиональная деятельность.

Артериальная гипертония I стадии, 2 степени, риск 2. Диагноз артериальной гипертонии установлен на основании жалоб больного на нестабильность АД, данных анамнеза (пациент отмечает повышение АД в течение 4 лет); установление степени АГ основано на цифрах АД, измеренных во время приема. Стадия АГ установлена на основании предполагаемого отсутствия поражения органов-мишеней. Степень риска ССО поставлена на основании наличия гиперхолестеринемии.

3. Дифференциальный диагноз с какими заболеваниями требуется провести? Привести минимум 3 нозологии и обосновать почему выбор сделан не в их пользу.

Остеоартроз – вовлечение дистальных межфаланговых суставов, отсутствие выраженной утренней скованности, увеличение выраженности боли в конце дня.

Подагра – выявление кристаллов в синовиальной жидкости и тофусах, выраженное покраснение, припухлость сустава, связь с нарушением диеты, прослеживается наследственность.

Псориатический артрит – моноартрит, асимметричный олигоартрит, симметричный полиартрит, частое поражение дистальных межфаланговых суставов, характерные для псориаза изменения ногтей и кожи, прослеживается наследственность.

Реактивный артрит – олигоартрит, асимметричный, с преимущественным поражением нижних конечностей, бывает вызван различными микроорганизмами.

4. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.

Пациенту рекомендовано: СРБ, АЦЦП, Анти-МСУ, рентген кистей и стоп, коленных суставов. Для установления природы анемии – сывороточный ферритин.

5. Препараты каких группы лекарственных средств Вы бы рекомендовали пациенту. Обоснуйте свой выбор.

Для уменьшения болей в суставах назначают НПВП. ГКС в низких/средних дозах эффективно контролируют клинические проявления и прогрессирование деструкции суставов, используется в комбинации с БПВП. БПВП (метотрексат, лефлуномид, сульфасалазин, соли золота, азатиоприн) и ГИБП (ингибиторы ФНО α : инфликсимаб,

адалимуаб, этанерцепт; анти-В-клеточный препарат – ритуксимаб) уменьшают боль и воспаление, улучшает функции и замедляет прогрессирование деструкции суставов.

Задача № 7

Пациент Х., 20 лет, считает себя больным около 2 лет, когда стали беспокоить периодическое повышение температуры тела до 39 С, преимущественно в вечернее время, слабость, миалгии, артралгии, отмечает, что за год похудел на 22 кг, амбулаторно выявлено повышение СОЭ до 50 мм/ч. Был госпитализирован в инфекционное отделение, где исключена инфекционная патология, обследован на гепатиты В, С (отр), ВИЧ (отр), выполнена ФГДС (гастрит тела и антрума), УЗИ внутренних органов (хр. бескаменный холецистит, правосторонний нефроптоз, спленомегалия), ЭХО – КГ (пролапс митрального клапана, открытое овальное окно), выявлена лимфоаденопатия, спленомегалия. Начато введение глюкокортикостероидов (ГКС), на фоне чего нормализовалась температура тела, стал набирать в весе. При госпитализации в стационар проводился диф.диагноз между саркоидозом, диффузными болезнями соединительной ткани, васкулитом, лимфопролиферативным заболеванием. Данных за саркоидоз не получено. Стал отмечать появление одышки при нагрузке (подъем на 3 этаж). Была произведена биопсия аксиллярного лимфоузла, выявлено подозрение на лимфому. Повышение маркеров аутоиммунных заболеваний было расценено как паранеопластический процесс, переведен в гематологическое отделение. При обследовании у гематологов данных за лимфопролиферативное заболевание не получено (пункция костного мозга, иммуногистохимическое исследование л/у, биоптата костного мозга). Осмотрен онкологом, данных за онкопатологию нет. Во время госпитализации год назад были отменены ГКС, на фоне чего вновь лихорадка до 39 С, артрит проксимальных межфаланговых суставов кистей, коленных, лучезапястных суставов, выраженные миалгии. Полгода назад возобновлен прием преднизолона, тах доза 30 мг/сут., на фоне чего купировался артрит, миалгии, снизилась температура до субфебрильных цифр. В течение нескольких дней появились боли в грудной клетке при глубоком вдохе в положении лежа на спине. При госпитализации отмечается снижение лабораторной активности (СОЭ 15 мм/ч), сохраняется повышение титра АТ к ДНК, LE – клетки. По КТ грудной клетки - увеличение паратрахеальных, парааортальных л/у, увеличение л/у средостения; сохраняется периферическая лимфоаденопатия. Консультирован торакальным хирургом, рекомендована повторная биопсия аксиллярного л/у, от которой пациент категорически отказался.

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.

О.З.: вероятная системная красная волчанка, хроническое течение, акт II, повышение титра А/т к ДНК, LE феномен, повышение титра АНА, поражение легких, в анамнезе – поражение суставов (артрит ПМФС кистей, лучезапястных, коленных суставов), мышц (миалгии), лимфаденопатия средостения и подмышечных лимфоузлов, лихорадка.

С.З.: Врожденный порок сердца: открытое овальное окно. Пролапс митрального клапана.

2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

Диагностические критерии: повышение титра А/т к ДНК, LE феномен, повышение титра АНА, поражение легких с лимфаденопатией средостения и подмышечных лимфоузлов - плеврит, поражение 2 и более суставов (артрит ПМФС кистей, лучезапястных, коленных

суставов в анамнезе). Кроме того имеется поражение мышц (миалгии), лихорадка, положительная динамика на глюкокортикостероиды.

3. Составьте план дополнительного обследования пациента, какие изменения Вы предполагаете увидеть для подтверждения поставленного вами диагноза.

ОАК (лейкопения, лимфопения, тромбоцитопения), антитела к ядерному антигену Sm, антифосфолипидные антитела, низкий комплемент, положительная реакция Кумбса, ОАМ (протеинурия, гематурия, цилиндрурия).

4. Назначьте лечение данного заболевания у пациента.

В связи с поражением легких показана пульс-терапия циклофосфаном или микофенолатом мофетила и глюкокортикостероидами. Потом продолжить глюкокортикостероиды внутрь с постепенным снижением дозы до 1-1/2 таблетки поддерживающая доза пожизненно.

5. Через полгода в динамике на КТ легких – л/у уменьшаются в размерах, но выявлена жидкость в полости перикарда, диффузное утолщение последнего, сохранялись высокие титры АТ к ДНК >200, появилась сыпь на конечностях после пребывания на солнце. О чем свидетельствуют изменения, проведите коррекцию назначенного Вами лечения.

У пациента появились поражение кожи (эритема), сердца (перикардит) в рамках СКВ, сохраняется активность в виде новой симптоматики и сохраняющихся высоких титров АТ к ДНК. К лечению добавить гидроксихлорохин 400 мг/сут. в связи с кожными изменениями, дозу глюкокортикостероидов повысить или провести пульс-терапию, до исчезновения симптоматики с последующим очень медленным снижением.

Задача 8.

51-летняя женщина обратилась к вам с жалобами на боли в руках, которые беспокоят ее в течении 4-х месяцев. Боль локализована в проксимальных межфаланговых и пястнофаланговых суставах. Кроме того, на холоде периодически отмечает чувство «омертвения» в пальцах рук, когда они белеют, становятся холодными на ощупь и онемевшими.

По словам больной, ранее ничем не болела и не принимала никаких медикаментов.

Объективно: кожа в области рук и верхней части грудной клетки выглядит утолщенной и натянутой. ЧСС 84 в минуту, АД 160/100, ЧД 16 в минуту. Лимфоузлы не увеличены, пульсация на сонных артериях одинаковая, набухания шейных вен нет, щитовидная железа обычных размеров. В легких, сердце, животе – без патологических изменений.

Имеются небольшая болезненность в проксимальных межфаланговых и пястнофаланговых суставах, легкая пастозность стоп. Лабораторные данные: Нв 110 г/л, лейкоциты 7500, СОЭ 38мм/ч, уровень креатинина – 1,2мг

Вопросы.

1. Выделите ведущие клинические синдромы.
2. Сформулируйте и обоснуйте предварительный диагноз.
3. Что бы Вы хотели исследовать у больного для подтверждения диагноза? С какими заболеваниями необходимо проведение дифференциальной диагностики?

4. Назовите основные принципы терапии.
%(норма – 0,5-1,1 мг%), в анализе мочи – следы белка.

У больной имеются признаки умеренно выраженного артрита проксимальных межфаланговых и пястнофаланговых суставов, синдром Рейно, индуративное поражение кожи верхних конечностей и грудной клетки, начальные проявления почечной недостаточности (артериальная гипертензия, пастозность стоп, протеинурия, повышение креатинина).

Предположительный диагноз – системная склеродермия. В плане обследования - определение титра антинуклеарных антител. Дифференциальный диагноз с очаговыми формами склеродермии, эозинофильным фасциитом.

В первую очередь признаки поражения почек требуют строгого контроля АД и назначения ингибиторов АПФ. D- пеницилламин замедляет прогрессирование поражений кожи и внутренних органов. В связи с синдромом Рейно предупредить больную о необходимости укутывания рук в холодную погоду, отказа от курения, могут быть эффективны блокаторы кальциевых каналов.

Задача 9.

28-летняя женщина в течение 2-х лет страдает системной красной волчанкой. Первоначально у нее выявлялся артрит с симметричным поражением проксимальных межфаланговых суставов и периодически возникающие боли в грудной клетке по типу плевральных. В то время по лабораторным данным выявлялись Нв 110 г/л, лейкоциты 3500, нейтрофилов 85%, лимфоцитов 10%, моноцитов 5%, тромбоцитов 165000, уровень креатинина – 0,8 мг% (норма – 0,5-1,1 мг%), титр антинуклеарных антител 1/160, анализ мочи – без патологии. Лечилась нестероидными противовоспалительными препаратами и гидроксихлорохином.

В настоящее время обратилась в связи с повышением в последний месяц температуры до 37- 38С, усилением артралгий, потерей аппетита. Объективно обращает внимание повышение АД до 180/110, болезненность в области проксимальных межфаланговых суставов, небольшие отеки стоп. Легкие, сердце, живот – без патологии.

По лабораторным данным: Нв 90 г/л, лейкоциты 3200, нейтрофилов 90%, лимфоцитов 8%, моноцитов 2%, тромбоцитов 100000, уровень креатинина 1,8 мг%, титр антинуклеарных антител 1/320, в анализе мочи - умеренная протеинурия, микрогематурия.

Вопросы.

1. Выделите ведущие клинические синдромы.
2. Оцените динамику основных клинических и лабораторных данных. Что является возможной причиной нарушения функции почек?
3. Какое лечение наиболее подходит для данной пациентки?

Первоначально у больной имелись проявления артрита, серозита (плеврита), анемии, лейкопении, лимфопении и тромбоцитопении (вероятно, аутоиммунного характера), положительный тест на антинуклеарные антитела.

В динамике отмечалось прогрессирование суставного синдрома, анемии, лимфопении и тромбоцитопении, появление лихорадочного синдрома, артериальной гипертензии,

мочевого синдрома (протеинурия и микрогематурия) и почечной недостаточности. Возможные варианты поражения почек: мезангиальный нефрит, очаговый и диффузный пролиферативный нефрит, мембранозный гломерулонефрит. При наличии поражения почек обязательно назначение кортикостероидов (в случае рефрактерного и тяжелого течения - «пульс-терапия» кортикостероидами и цитостатики)

3.2.3.2. Тестовый контроль

1. При постановке болезни Стилла у взрослых следует исключить следующие заболевания: 1. Инфекционный мононуклеоз, 2. Злокачественные новообразования, 3. Узелковый периартериит, 4. Ревматоидный васкулит с внесуставными проявлениями, 5. сепсис:
 - А. верно все перечисленное
 - Б. верно 1,2,3,4
 - В. верно 1,2,3,5
 - Г. верно 1,3,4,5
 - Д. верно 2,3,4,5
2. К классификационным критериям болезни Стилла у взрослых относится все перечисленное за исключением:
 - А. лихорадка более 39 градусов
 - Б. лейкопения
 - В. боли в горле
 - Г. артралгии
 - Д. транзиторная эритема
3. Препаратами первого ряда в лечении болезни Стилла взрослых являются:
 - А. НПВП
 - Б. метотрексат
 - В. Ингибиторы ФНО- α
 - Г. глюкокортикостероиды
 - Д. ацетилсалициловая кислота
4. При диагностике ревматоидного артрита не учитываются изменения в:
 - А. проксимальных межфаланговых суставах
 - Б. дистальных межфаланговых суставах
 - В. плюсне-фаланговых суставах
 - Г. пястно-фаланговых суставах
 - Д. лучезапястных суставах
5. При остеоартрозе чаще всего в процесс вовлекаются следующие суставы: 1. Коленные, 2. Тазобедренные, 3. Позвоночник, 4. Локтевые, 5. Дистальные и проксимальные межфаланговые суставы кистей:
 - А. верно все перечисленное
 - Б. верно 1,2,5
 - В. верно 1,3,5

Г. верно 1,2,3,4

Д. верно 1,2,3,5

6. Укажите особенности суставного синдрома при остеоартрозе:

А. крепитация при активном движении в суставе

Б. стартовые боли , которые возникают после периода покоя

В. утренняя скованность менее 30 минут

Г. атрофия окружающих мышц

Д. все перечисленное

7. Укажите особенности суставного синдрома при ревматоидном артрите:

А. крепитация при активном движении в суставе

Б. симметричный полиартрит

В. утренняя скованность менее 20 минут

Г. частое вовлечение поясничного отдела позвоночника

Д. все перечисленное

8. Укажите особенности клиники при анкилозирующем спондилоартрите:

А. крепитация при активном движении в суставе

Б. симметричный артрит мелких суставов кистей рук

В. тофусы

Г. дисфагия

Д. частое вовлечение поясничного отдела позвоночника

9. Укажите особенности клиники при реактивном артрите:

А. крепитация при активном движении в суставе

Б. энтезиты

В. дактилиты

Г. верно Б, В, Д

Д. частое вовлечение поясничного отдела позвоночника

Е. верно все перечисленное

10. К клиническому проявлению подагры относятся 1. рецидивирующие атаки острого артрита, 2. очаговое накопление кристаллов уратов с образованием тофусов в области суставов, 3. очаговое накопление кристаллов уратов с образованием тофусов в области мягких тканей, различных органах, 4. Нефролитиаз, 5. подагрическая нефропатия:

- А. верно 1,2,4
Б. верно 1,2,5
В. верно 1,3,5
Г. верно все перечисленное
Д. верно 1,3,4
- 11 К системным проявлениям дискоидной красной волчанки относятся: 1. Эритематозные пятна, 2. Васкулярная бабочка, 3. тендиниты, 4. плеврит, 5. Фолликулярный гиперкератоз:
А. верно 2,3,4
Б. верно 1,2,4
В. верно 1,2,5
Г. верно 2,3,4,5
Д. верно все перечисленное
12. Поражение нервной системы у больных СКВ представлено в виде: 1. хорей, 2. Эпилептические припадки, 3. миелопатия, 4. Церебральная атаксия, 5. Периферическая полинейропатия:
А. верно 2,3,4,5
Б. верно 1,2,4,5
В. верно 1,2,3,5
Г. верно 1,3,4,5
Д. верно все перечисленное
13. В зависимости от тяжести клинической картины, характера течения и прогноза болезни выделяют следующие изменения почек при СКВ, кроме:
А. быстро прогрессирующий люпус-нефрит
Б. нефрит с нефритическим синдромом
В. нефрит с выраженным мочевым синдромом
Г. неактивный нефрит с минимальным мочевым синдромом
Д. нефрит с нефротическим синдромом
14. К иммунологическим критериям СКВ относится все перечисленное, кроме:
А. антицентромерные антитела
Б. антитела к двуспиральной ДНК
В. рибосомальный белок Р
Г. антитела к ядерному антигену Sm
Д. антинуклеарные антитела
15. Хроническая кожная волчанка характеризуется:
А. панникулитом
Б. отечными эритематозными бляшками на туловище
В. капилляритами
Г. язвами слизистой оболочки ротовой полости
Д. всем выше перечисленным
16. Факторам риска неблагоприятных исходов, определяющих тактику ведения больных СКВ является все перечисленное, кроме:
А. высокая активность
Б. развитие нефрита в первые 3-6 месяцев от начала болезни

- В. поражение ЦНС
- Г. женский пол
- Д. беременность

17. При лечении развившихся тяжелых жизнеугрожающих состояний при поражении ЦНС используются нижеперечисленные препараты, кроме:
- А. циклофосфан
 - Б. метилпреднизолон
 - В. гидроксихлорохин
 - Г. иммуноглобулины
 - Д. плазмаферез

Правильные ответы Правильные ответы 1-Г, 2-Д, 3-Б, 4-Д, 5-Б, 6-Г, 7-Б, 8-Д, 9-Г, 10-Г

11-В, 12-Д, 13-Б, 14-А, 15-Д, 16-Г, 17-В