

РЕВМАТОЛОГИЯ

ЗАДАЧА № 1

Больная У., 50 лет, кассир, обратилась с жалобами на умеренные боли в пястно-фаланговых, проксимальных межфаланговых суставах обеих кистей, лучезапястных суставах в покое, усиливающиеся во второй половине ночи, утреннюю скованность в указанных суставах до 1 часа и ограничение объема движений в пораженных суставах.

Из анамнеза заболевания: считает себя больной в течение 3 лет. Начало заболевания постепенное: появились умеренные боли во II-III пястно-фаланговых суставах обеих кистей при движениях, припухлость, утренняя скованность в течение 30 мин. В последующем в процесс вовлеклись лучезапястные и проксимальные межфаланговые суставы кистей. За медицинской помощью не обращалась, самостоятельно использовала НПВП при ухудшении самочувствия.

Наследственность: у матери и старшей сестры - заболевания суставов.

Объективно:

Периферические лимфоузлы не увеличены. Атрофия мышц тыльных поверхностей кистей. II-IV пястно-фаланговые, проксимальные межфаланговые суставы увеличены в объеме, отмечаются припухлость мягких тканей, повышение местной температуры, болезненность при пальпации; переразгибание в проксимальных межфаланговых суставах с одновременной сгибательной контрактурой дистальных межфаланговых суставов. Объем активных движений в указанных суставах ограничен. Дефигурация кистей в виде «плавников моржа». По внутренним органам – без патологии.

Данные дополнительных методов исследования:

1. ОАК: Нб - 98 г/л; эр. - $3,02 \times 10^{12}/л$; ЦП - 0,9; лейкоц. – $4,2 \times 10^9/л$; э - 4%; п/я - 3%; с/я - 39%; л - 45%; м - 9%; СОЭ - 38 мм/час.
2. Рентгенограмма кистей с захватом лучезапястных суставов: остеопороз, сужение суставных щелей II-IV пястно-фаланговых, проксимальных межфаланговых суставов, единичные узур.

ЗАДАНИЕ:

1. Выделите и обоснуйте синдромы, выделите ведущий.
2. Сформулируйте предварительный диагноз.
3. Как называется выявленная деформация пальцев? Каковы ее причины?
4. Каков механизм формирования суставных девиаций?
5. Назначьте дополнительное обследование.
6. Сделайте заключение по общему анализу крови.
7. Каково диагностическое значение рентгенограммы кистей?
8. Обоснуйте уточненный диагноз.

ЗАДАЧА № 2

Больная Ф., 78 лет, обратилась с жалобами на выраженные боли в коленных суставах при физической нагрузке, усиливающиеся к концу дня, «стартовые» боли, утреннюю скованность в течение 20 мин, ограничение объема движений.

Из анамнеза заболевания: считает себя больной в течение 25 лет. Начало заболевания постепенное: появились умеренные боли в коленных суставах после значительной физической нагрузки, в вечерние часы и в первую половину ночи, утренняя скованность в течение 10 мин. На фоне относительно стабильного течения болезни 2-3 раза в год – ухудшение самочувствия: усиление болей в коленных суставах и появление их припухлости, по поводу чего пациентка принимает НПВП в течение 2-3 недель. Настоящее ухудшение в течение 2 недель: усилились боли и ограничение подвижности в коленных суставах, появилась припухлость правого коленного сустава.

Из истории жизни: работала почтальоном. Травмы суставов отрицает.

Объективно:

Рост – 164 см, вес 96 кг. Подкожная клетчатка развита равномерно, избыточно. Отёков нет. «О»-образная деформация коленных суставов. Коленные суставы увеличены в объеме, припухлость правого коленного сустава, там же – местное повышение температуры. При пальпации – болезненность обоих коленных суставов, костные разрастания, состояние суставных концов правильное. Объем активных движений ограничен из-за болезненности, при движениях – крепитация. По внутренним органам – без патологии.

Данные дополнительных методов исследования:

1. ОАК: Нб - 119 г/л; эр. - $4,2 \times 10^{12}/л$; ЦП - 1,0; лейкоц. - $7,2 \times 10^9/л$; э - 4%; п/я - 5%; с/я - 50%; л - 35%; м - 6%; СОЭ - 31 мм/час.
2. Билирубин общий - 12,8 (прямой - 4,3 л, непрямой - 8,5) мкмоль/л, креатинин - 0,01 ммоль/л, холестерин - 6,2 ммоль/л, общий белок - 78 г/л.
3. ОАМ: отн. плотность - 1019, белок - 0,033 г/л, сахар - нет, лейкоц. – 3-4 в п.зр., эр. – 1-2 в п.зр., эпителий - 2-3 в п.зр.
4. Рентгенограмма коленных суставов: сужение суставных щелей, субхондральный склероз, краевые остеофиты, субхондральные кисты.

ЗАДАНИЕ:

1. Выделите и обоснуйте синдромы, выделите ведущий.
2. Сформулируйте предварительный диагноз.
3. Чем обусловлено ухудшение состояния в течение 2 последних недель?
4. Перечислите факторы риска развития заболевания.
5. Назначьте дополнительное обследование.
6. Сделайте заключение по общему анализу крови.
7. Оцените данные рентгенографии суставов.
8. Обоснуйте уточненный диагноз.

ЗАДАЧА № 3

Больная П., 65 лет, жалуется на выраженные боли в коленных, дистальных и проксимальных межфаланговых суставах кистей при физической нагрузке, усиливающиеся к концу дня; утреннюю скованность в течение 15 мин, усиливающуюся в покое, уменьшение объема движений.

Из анамнеза заболевания: считает себя больной в течение 15 лет. Начало заболевания постепенное: появились умеренные боли в дистальных и проксимальных межфаланговых суставах обеих кистей после длительной нагрузки. Периодически отмечала усиление болей, сопровождавшееся припухлостью суставов. Около 10 лет назад появились боли в коленных суставах после умеренной физической нагрузки, утренняя скованность в течение 10 минут. 5 лет назад заметила появление узелков на тыльной поверхности дистальных межфаланговых суставов кистей, позднее подобные узелки появились и на проксимальных суставах. Отмечает хороший эффект от использования НПВП в виде мазей.

Наследственность: у матери имеется заболевание суставов.

Объективно:

Подкожная клетчатка развита равномерно, избыточно. Отёков нет. Под кожей определяются плотные узелки и костные разрастания в области II-V проксимальных, II-V дистальных межфаланговых суставов кистей с обеих сторон, кожные покровы над ними обычного цвета и температуры, объем активных движений ограничен. Коленные суставы увеличены в объеме, деформированы, кожа над ними не изменена, определяются болезненность, костные разрастания; состояние суставных концов правильное, объем активных движений ограничен из-за болезненности, при движениях – крепитация. По внутренним органам – без особенностей.

Данные дополнительных методов исследования:

1. ОАК: Нб- 125 г/л; эр. - $4,0 \times 10^{12}/л$; ЦП - 0,9; лейкоц. - $5,8 \times 10^9/л$; э - 3%; п/я - 5%; с/я - 55%; л - 32%; м - 5%; СОЭ - 12 мм/час.
2. Билирубин общий - 14,6 (прямой - 3,3, непрямой - 11,3) мкмоль/л, креатинин - 0,01 ммоль/л, АСТ - 0,18 ммоль/л, АЛТ - 0,24 ммоль/л, холестерин - 6,9 ммоль/л, общий белок - 75 г/л.
3. ОАМ: отн. плотность - 1014, белок - 0,033 г/л, сахар - нет, лейкоц. – 2-3 в п.зр., эр. – 1-2 в п.зр., эпителий - 1-2 в поле зрения.

ЗАДАНИЕ:

1. Выделите и обоснуйте синдромы, выделите ведущий.
2. Сформулируйте предварительный диагноз.
3. Назовите причины изменения суставов кистей, дайте авторские названия.
4. Что такое крепитация, каков механизм ее появления?
5. Назначьте дополнительное обследование.
6. Сделайте заключение по лабораторным данным.
7. Опишите вероятную рентгенологическую картину.
8. Обоснуйте уточненный диагноз.

ЗАДАЧА № 4

Больная Я., 53 лет, учитель, жалуется на наличие язв на голених, умеренные постоянные боли в пястно-фаланговых, проксимальных межфаланговых суставах кистей, лучезапястных, голеностопных, плюснефаланговых суставах, ограничение объема движений, скованность в указанных суставах утром до 3 часов, общую слабость.

Из анамнеза заболевания: 2 года назад впервые появились боли во II-х пястно-фаланговых суставах кистей, утренняя скованность в течение 30 мин., ограничение подвижности. Боли беспокоили преимущественно во вторую половину ночи, длились несколько часов и уменьшались ко второй половине дня. В течение последующих 6 мес. в процесс постепенно вовлеклись лучезапястные, проксимальные межфаланговые суставы кистей и плюснефаланговые суставы, длительность утренней скованности увеличилась до 2 часов. За медицинской помощью не обращалась, принимала НПВП. Настоящее ухудшение самочувствия последние 4 дня: появились язвы на обеих голених, выраженная слабость, недомогание, повысилась t° тела до $37,8^{\circ}\text{C}$.

Объективно:

Кожные покровы бледные, повышенной влажности, тургор снижен. Подкожная клетчатка развита равномерно, слабо. Рост 168 см, вес 52 кг. В области локтевых суставов определяются узловые образования $d=2-3$ см. На передней поверхности голених – трофические язвы. Периферические лимфоузлы не увеличены. Отёков нет. Атрофия мышц тыльных поверхностей кистей. Определяются увеличение в объеме, припухлость, болезненность при пальпации, ограничение объема активных движений в проксимальных межфаланговых, II-IV пястно-фаланговых и II-IV плюснефаланговых, голеностопных суставах. Деформация пальцев типа «пуговичная петля», кистей – в виде «плавников моржа». По внутренним органам – без патологии.

Данные дополнительных методов исследования:

1. ОАК: Нб - 92 г/л, эр. - $2,98 \times 10^{12}/\text{л}$, ЦП - 0,80, тромбоциты - $420 \times 10^9/\text{л}$, лейкоц. – $4,2 \times 10^9/\text{л}$, э - 8%, п/я - 5%, с/я - 34%, л - 45%, м - 8%, СОЭ - 48 мм/час.
2. ОАМ: отн. плотность - 1018, белок – 0,033 г/л, сахар - нет, лейкоц. – 2-3, эр. – 0-1 в п.зр, эпит. - 1-2 в п.зр.
3. Фибриноген - 6,2 г/л, общий белок – 55 г/л, альбумины – 34%, глобулины: α_1 – 6%, α_2 – 16%, β – 18%, γ – 26%, СРБ - 8,2 мг/л ($N=1-6$ мг/л).
4. Рентгенограмма кистей: остеопороз, сужение суставной щели, множественные узур.

ЗАДАНИЕ:

1. Выделите и обоснуйте синдромы, выделите ведущий.
2. Сформулируйте предварительный диагноз.
3. Каков генез деформации кистей: «пуговичной петли», «плавников моржа»?
4. Какова причина анемии?
5. Как называются округлые узелки, расположенные в области локтевых суставов? Перечислите недостающие характеристики узелков.
6. Оцените данные биохимического исследования крови.
7. Сделайте заключение по общему анализу крови.
8. Обоснуйте уточненный диагноз.

ЗАДАЧА № 5

Больная Ю., 50 лет, жалуется на выраженную слабость, недомогание, боли в локтевых, пястно-фаланговых, проксимальных межфаланговых суставах обеих кистей, ограничение объема движений, утреннюю скованность в указанных суставах до 12 часов, похудание.

Из анамнеза заболевания: больна 9 лет. Начало заболевания постепенное: появились боли во II-III пястно-фаланговых суставах в первую половину ночи, припухлость, ограничение подвижности, утренняя скованность в течение 30 мин., периодически – общая слабость, одышка при физической нагрузке. Постепенно в процесс вовлеклись проксимальные межфаланговые суставы обеих кистей, снизилась масса тела, эпизодически отмечалось повышение температуры тела до 37,8°C. Периодически принимала диклофенак с хорошим эффектом. В течение последнего месяца появились боли в локтевых суставах, увеличились припухлость суставов и длительность утренней скованности.

Объективно:

Пониженного питания. Кожные покровы бледные, тургор снижен. На разгибательной стороне локтевых суставов - округлые плотные образования до 1-2 см в диаметре, безболезненные при пальпации. Пальпируются с обеих сторон увеличенные подчелюстные, подмышечные лимфоузлы, умеренно плотные, безболезненные. Атрофия мышц тыльных поверхностей кистей. II-IV пястно-фаланговые и II-III дистальные межфаланговые суставы увеличены в объеме, припухлость мягких тканей, пальпация суставов болезненна. Переразгибание в II-III дистальных, сгибательная контрактура II-III проксимальных межфаланговых суставов с обеих сторон, болезненность их при пальпации. Объем активных движений в указанных суставах снижен. Дефигурация кистей в виде «плавников моржа». По внутренним органам – без патологии.

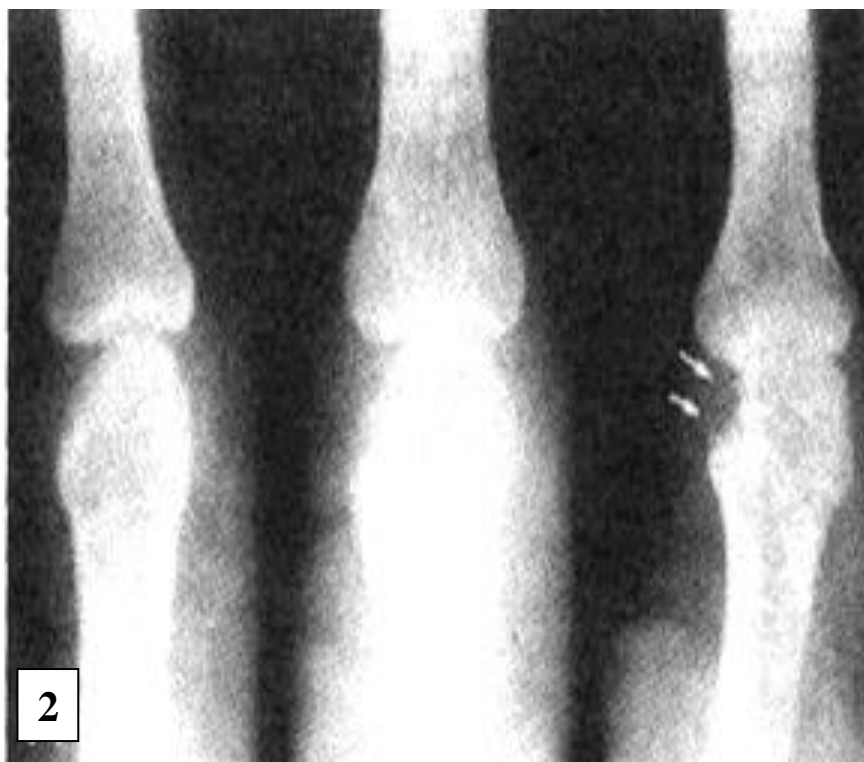
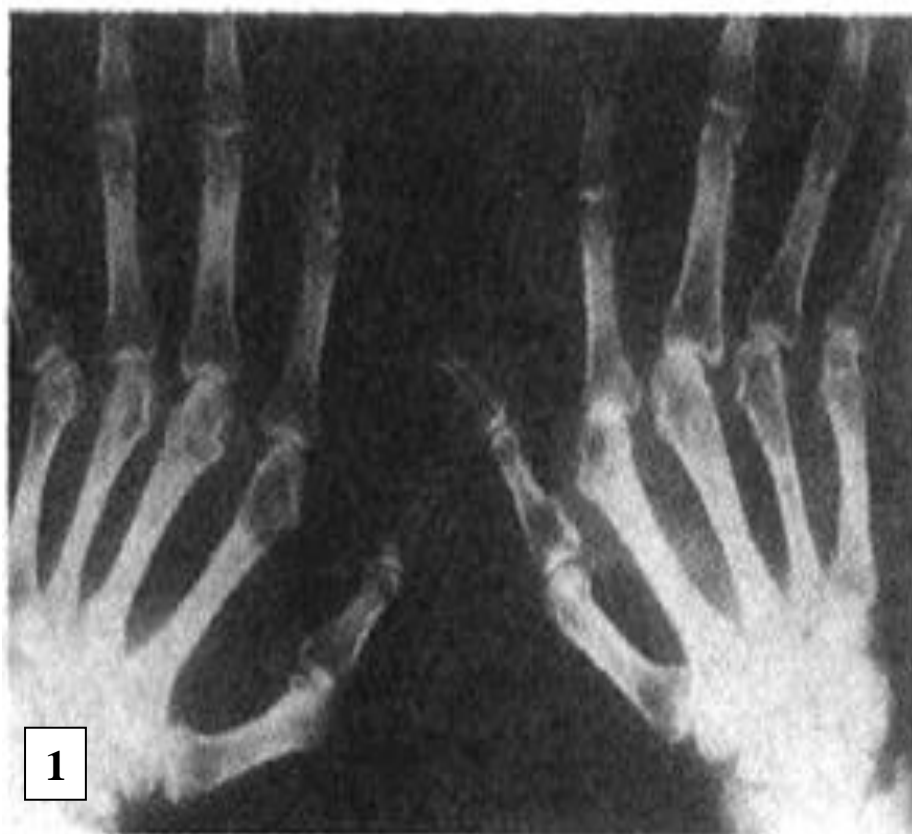
Данные дополнительных методов исследования:

1. ОАК: НЬ - 68 г/л, эр. - $1,85 \times 10^{12}$ /л, ЦП - 0,80, лейкоц. - $11,8 \times 10^9$ /л, э - 11%, п/я - 5%, с/я - 30%, л - 45%, м - 9%, СОЭ - 58 мм/час, тромбоциты - 418×10^9 /л.
2. РФ +, фибриноген - 6,5 г/л, общий белок - 58 г/л, альбумины - 32%, глобулины: α_1 - 6%, α_2 - 16%, β - 19%, γ - 27%, СРБ - 7,6 мг/л (N=1-6 мг/л).
3. ОАМ: отн. плотность - 1014, белок - 0,132 г/л, сахар - нет, лейкоц. - 6-8, эр. - 3-4 в п.зр., эпителий 2-3 в п.зр, цилиндры гиалиновые 1-2 в п.зр.
4. Рентгенограмма кистей (см. ниже).

ЗАДАНИЕ:

1. Выделите и обоснуйте синдромы, выделите ведущий.
2. Сформулируйте предварительный диагноз.
3. Назовите механизм формирования деформаций суставов.
4. Выделите типичные деформации суставов.
5. Перечислите все возможные внесуставные проявления заболевания.
6. Сделайте заключение по общему анализу крови.
7. Оцените данные общего анализа мочи.
8. Обоснуйте уточненный диагноз.

Рентгенограмма кистей:



ЗАДАЧА № 6

Больная Э., 16 лет, жалуется на выраженные боли в коленных и локтевых суставах, одышку при умеренной физической нагрузке, общую слабость.

Из анамнеза заболевания: около 1 месяца назад перенесла ангину. Настоящее ухудшение в течение 3 дней: повышение температуры тела до 38,2°C, сильные боли в обоих коленных и голеностопных суставах в покое, усиливающиеся при физических нагрузках, значительное ограничение движений в указанных суставах вследствие болей. Боли носят летучий характер, в первый день – припухлость правого, во второй – левого коленного суставов. В связи с усилением слабости и одышки обратилась за помощью.

Объективно: состояние удовлетворительное. Кожные покровы телесного цвета, эластичные. На боковых поверхностях туловища единичные бледно-розовые кольцевидные высыпания, не возвышающиеся над поверхностью кожи, бледнеющие при надавливании. Видимые слизистые телесного цвета, чистые, влажные. Отёков нет. Периферические лимфоузлы не увеличены. Все суставы правильной формы, симметричные, кожные покровы над ними обычного цвета и температуры. При пальпации суставы безболезненные, состояние суставных концов правильное, костные выступы не определяются, активные и пассивные движения в полном объеме, безболезненные, шумов при движении нет. Перкуторно над лёгкими ясный лёгочный звук. Дыхание везикулярное, ЧД 24 в минуту, хрипов нет. Тоны сердца глухие, ритм правильный, 98 уд/мин. I тон на верхушке ослаблен. Шумов нет. АД 110/60 мм. рт.ст. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон, почки не пальпируются.

Данные дополнительных методов исследования:

1. ОАК: Нб - 122 г/л, эр. - $4,2 \times 10^{12}$ /л, ЦП - 0,95, лейкоц. - $9,0 \times 10^9$ /л, э - 5%, п/я - 6%, с/я - 49%, л - 32%, м - 8%, СОЭ - 25 мм/час.
2. ОАМ: отн. плотность - 1019, белок - 0,066 г/л, сахар - нет, лейкоц. - 3-4 в п.зр, эр. - 1-2 в п.зр, эпителий - 1-2 в п.зр.
3. Билирубин общий - 18,7 (прямой - 5,2, непрямой - 13,5) мкмоль/л, креатинин - 0,01 ммоль/л, АСТ - 0,22 ммоль/л, АЛТ - 0,28 ммоль/л, общий белок - 82 г/л, СРБ ++.

ЗАДАНИЕ:

1. Выделите и обоснуйте синдромы, выделите ведущий.
2. Сформулируйте предварительный диагноз.
3. Какова причина одышки и тахикардии?
4. Назовите механизм ослабления I тона на верхушке.
5. Какие изменения в суставах возможны по данным рентгенографии?
6. Сделайте заключение по общему анализу крови.
7. Оцените данные общего анализа мочи.
8. Обоснуйте уточненный диагноз.

ЗАДАЧА № 7

Больная Х., 62 лет, жалуется на умеренные боли в II-V проксимальных межфаланговых суставах обеих кистей, лучезапястных, голеностопных суставах в покое, ограничение объема движений, скованность в указанных суставах утром до 6-8 часов, судороги, парестезии верхних конечностей, общую слабость, недомогание.

Из анамнеза заболевания: около 15 лет назад появились боли и припухлость проксимальных межфаланговых суставов кистей при движениях, утренняя скованность в течение 1 ч, ограничение подвижности. В течение последующих 5 лет в процесс вовлеклись лучезапястные, голеностопные суставы, длительность утренней скованности увеличилась до 3 часов. Около 2 лет назад появились слабость, недомогание, периодическое повышение температуры тела до 37,8°C, боли в ногтевых фалангах пальцев кистей. В течение последнего года – снижение массы тела на 12 кг. В течение последнего месяца усилились боли в суставах, увеличилась длительность утренней скованности до 6 часов, ухудшилось общее самочувствие.

Объективно:

Пониженного питания. Кожные покровы бледные, livedo reticularis на латеральной поверхности бедер, инфаркты кожи в области ногтевых пластинок. На разгибательной стороне локтевых суставов – округлые плотные образования до 1-3 см в диаметре, безболезненные при пальпации. Пальпируются увеличенные до 1-2 см передние и задние шейные, подмышечные лимфоузлы справа и слева, овальной формы, 3-4 в каждой области, умеренной плотности, безболезненные, не спаянные с кожей. Атрофия мышц тыльных поверхностей кистей. Деформация кистей в виде «ласт моржа». II-V проксимальные межфаланговые, лучезапястные суставы припухшие, болезненные при пальпации. Голеностопные суставы также увеличены в объеме, кожа над ними не изменена. Объем активных движений в суставах ограничен из-за болезненности. По внутренним органам – без патологии.

Данные дополнительных методов исследования:

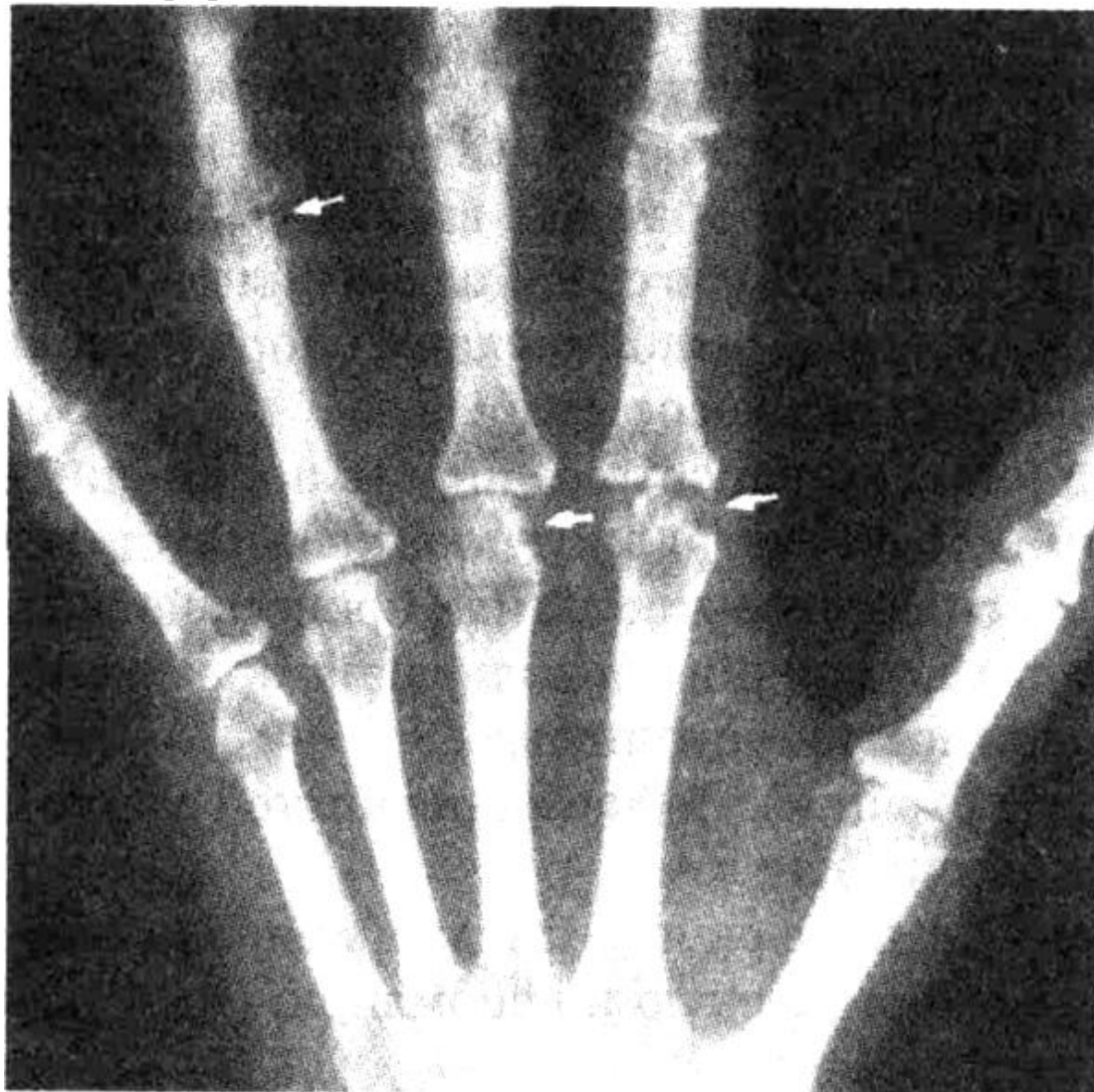
1. ОАК: Нб - 85 г/л; эр. - $2,68 \times 10^{12}$ /л; ЦП - 0,87; тромбоциты 426×10^9 /л; лейкоц. - $10,4 \times 10^9$ /л; э - 7%; п/я - 6%; с/я - 40%; л - 40%; м - 7%; СОЭ - 52 мм/час.
2. ОАМ: отн. плотность - 1018, белок - 0,033 г/л, сахар - нет, лейкоц. - 2-3 в п.зр., эр. - 0-1 в п.зр., эпителий - 1-2 в п.зр.
3. Общий белок - 60 г/л, СРБ - 9,1 мг/л (N=1-6 мг/л), РФ+.
4. Рентгенография кистей (см. ниже).

ЗАДАНИЕ:

1. Выделите и обоснуйте синдромы, выделите ведущий.
2. Сформулируйте предварительный диагноз.
3. Назовите критерии заболевания.
4. Что такое livedo reticularis, как выглядит, чем образовано?
5. Назовите причины увеличения лимфоузлов.
6. Оцените данные ОАК и биохимического анализа крови.

7. Какие изменения показаны стрелками на рентгенограмме кисти?
8. Обоснуйте уточненный диагноз.

Рентгенография кисти



ЗАДАЧА № 8

Больная Б., 79 лет, обратилась с жалобами на выраженные боли в I плюснефаланговых суставах, дистальных и проксимальных межфаланговых суставах кистей, в поясничном отделе позвоночника при незначительной физической нагрузке, в ночные часы, утреннюю скованность в течение 30 мин, усиливающуюся в покое, уменьшение объема движений.

Из анамнеза заболевания: в течение 25 лет отмечает умеренные боли в обоих I плюснефаланговых суставах после длительной физической нагрузки, утреннюю скованность. Около 10 лет беспокоят периодические боли в поясничном отделе позвоночника, проксимальных межфаланговых суставах кистей. 1-2 раза в год отмечает усиление болей, сопровождающееся гиперемией суставов. В течение последнего месяца усилились боли в суставах кистей, в том числе ночные, уменьшился объем движений, увеличилась длительность скованности.

Из истории жизни: живет в деревне, в доме с печным отоплением; более 50 лет работала дояркой.

Объективно:

Подкожная клетчатка развита равномерно, избыточно. Отёков нет. При пальпации – болезненность поперечных отростков I-IV поясничных позвонков. Плотное утолщение II-V проксимальных межфаланговых суставов кистей с обеих сторон, припухлость периартикулярных тканей. Кожные покровы над II-III проксимальными межфаланговыми суставами справа гиперемированы, повышение местной температуры, определяются костные разрастания, объем активных движений ограничен. I плюснефаланговые суставы увеличены в объеме, кожа над ними не изменена, hallux valgus, при пальпации – болезненность. По внутренним органам – без патологии.

Данные дополнительных методов исследования:

1. ОАК: Нб -130 г/л, эр. - $4,2 \times 10^{12}/л$, ЦП - 1,0, лейкоц. - $8,3 \times 10^9/л$, э - 4%, п/я - 6%, с/я - 51%, л - 30%, м - 9%, СОЭ - 25 мм/час.
2. Креатинин - 0,012 ммоль/л, АСТ - 0,13 ммоль/л, АЛТ - 0,16 ммоль/л, холестерин - 8,3 ммоль/л, общий белок - 82 г/л.
3. На рентгенограмме коленных суставов, кистей с захватом лучезапястных суставов: сужение суставных щелей, субхондральный склероз, краевые остеофиты, субхондральные кисты.

ЗАДАНИЕ:

1. Выделите и обоснуйте синдромы, выделите ведущий.
2. Сформулируйте предварительный диагноз.
3. Что собой представляет hallux valgus? Механизм его образования.
4. Перечислите причины ограничения объема движений в суставах.
5. Какие факторы риска заболевания имеются у больной?
6. Сделайте заключение по общему анализу крови.
7. Оцените данные биохимического анализа крови.
8. Обоснуйте уточненный диагноз.

ЗАДАЧА № 9

Больная Б., 72 лет, жалуется на выраженные боли в левом коленном и II-V проксимальных межфаланговых суставах кистей при незначительной физической нагрузке, усиливающиеся к концу дня; «стартовые» боли, утреннюю скованность в течение 30 мин, ограничение объема движений.

Из анамнеза заболевания: около 20 лет отмечает умеренные боли в проксимальных межфаланговых суставах обеих кистей после умеренной нагрузки. Около 10 лет – боли в коленных суставах после умеренной физической нагрузки. 1-2 раза в год – усиление болей, сопровождающееся припухлостью суставов. 5 лет назад появились боли в голеностопных суставах при умеренной физической нагрузке, узелки на тыльной поверхности проксимальных межфаланговых суставов кистей, утренняя скованность в перечисленных суставах в течение 10-15 мин. 2 недели назад усилились боли в левом коленном, проксимальных межфаланговых суставах кистей, в том числе ночные, уменьшился объем движений, увеличилась длительность утренней скованности. Наследственность: у матери и сестры заболевания суставов.

Объективно:

ИМТ=19,2 кг/м². Коленные суставы увеличены в объеме. Левый коленный сустав припухший, горячий на ощупь. При пальпации – болезненность обоих коленных суставов, костные разрастания, состояние суставных концов правильное. Объем активных движений ограничен из-за болезненности, при движениях – крепитация. Под кожей определяются плотные узелки и костные разрастания в области II-V проксимальных межфаланговых суставов кистей с обеих сторон, кожные покровы над ними обычного цвета и температуры, объем активных движений ограничен. Голеностопные суставы увеличены в объеме, кожа над ними не изменена, определяются костные разрастания, состояние суставных концов правильное, пальпация болезненна, объем активных движений ограничен, при движениях – крепитация. По внутренним органам – без патологии.

Данные дополнительных методов исследования:

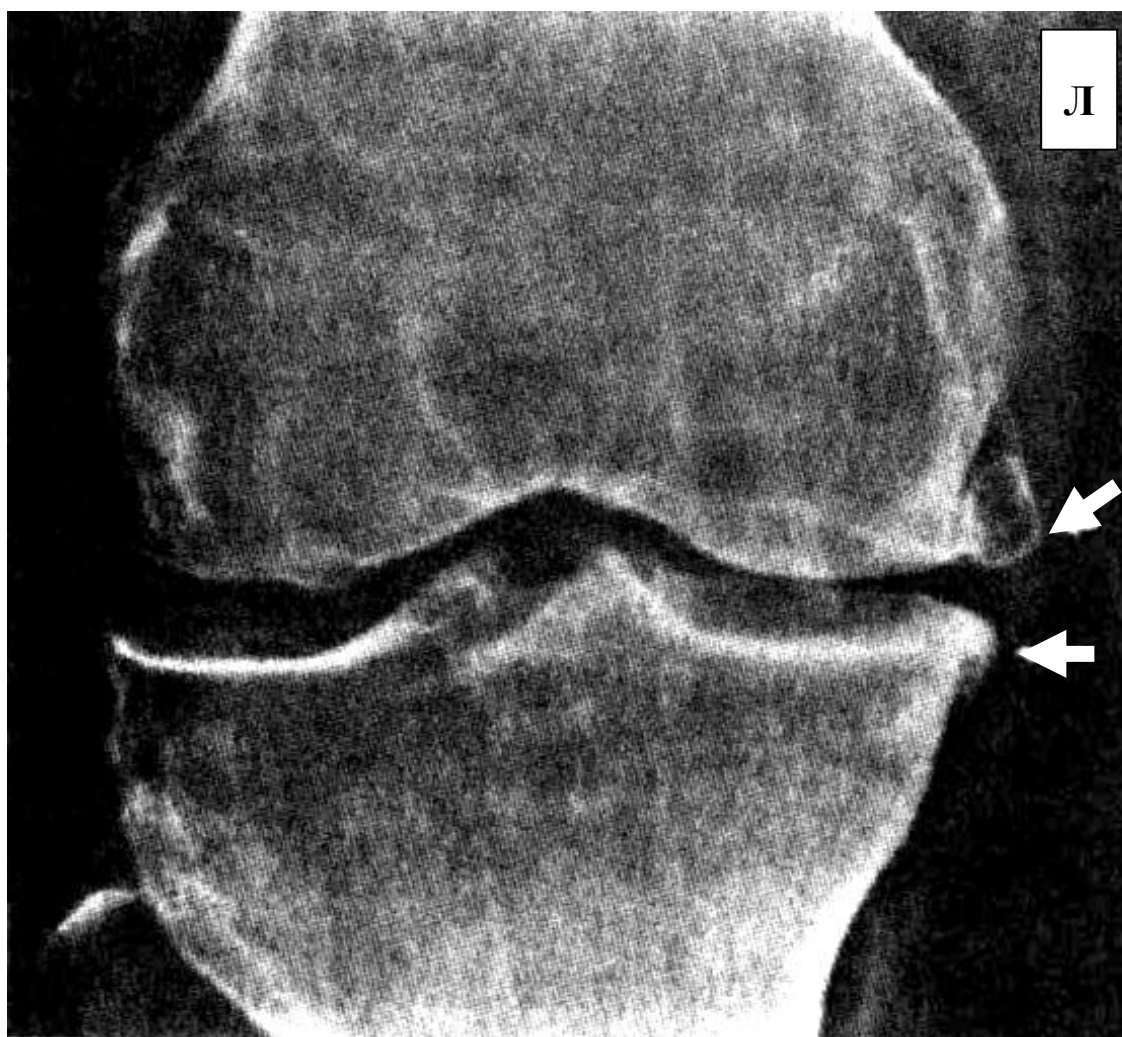
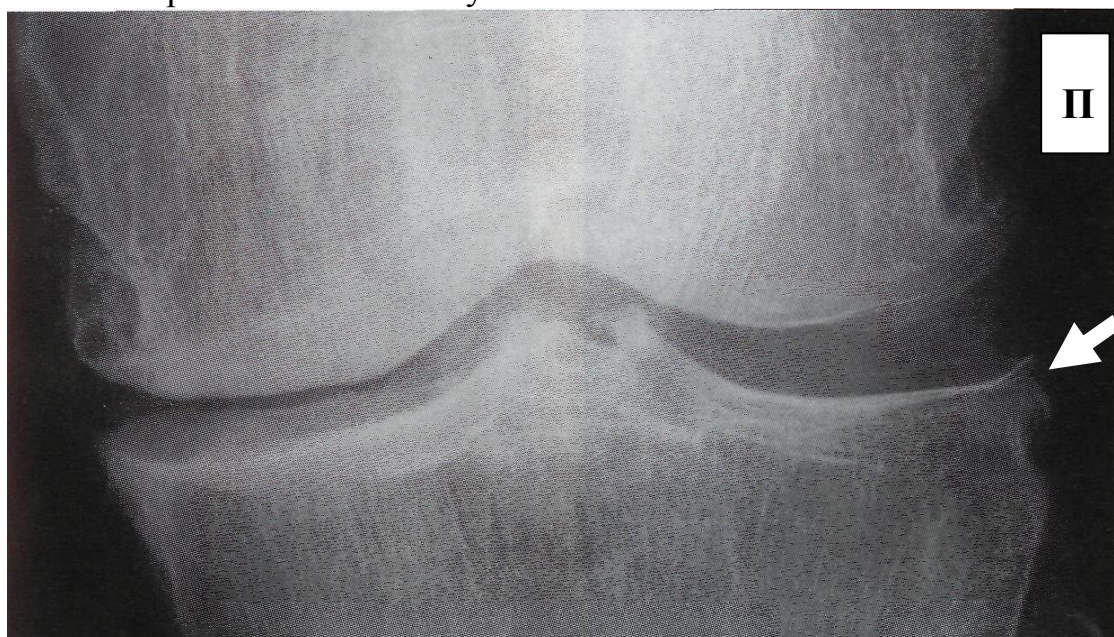
1. ОАК: Нб - 130 г/л; эр. - $4,2 \times 10^{12}$ /л; ЦП - 1,0; лейкоц. - $9,8 \times 10^9$ /л; э - 4%; п/я - 6%; с/я - 51%; л - 32%, м - 7%, СОЭ - 28 мм/час.
2. ОАМ: отн. плотность - 1014, белок - 0,066 г/л, сахар - нет, лейкоц. – 6-8 в п.зр, эр. – 2-3 в п.зр, эпителий - 1-2 в п.зр., цилиндры гиалиновые - 0-1 в п.зр.
3. Креатинин - 0,019 ммоль/л, мочевины - 8,2 ммоль/л, АСТ - 0,18 ммоль/л, АЛТ - 0,24 ммоль/л, холестерин - 7,5 ммоль/л, общий белок - 75 г/л.
4. Рентгенография коленных суставов (см. ниже).

ЗАДАНИЕ:

1. Выделите и обоснуйте синдромы, выделите ведущий.
2. Сформулируйте предварительный диагноз.
3. О чем свидетельствуют изменения суставов?
4. Назовите возможные причины увеличения суставов в объеме.
5. Сделайте заключение по общему анализу крови.

6. Оцените данные общего анализа мочи.
7. Что показано стрелками на рентгенограммах?
8. Обоснуйте уточненный диагноз.

Рентгенограммы коленных суставов:



ЗАДАЧА № 10

Больной З., 18 лет, студент, обратился с жалобами на выраженные боли в коленных, голеностопных суставах, припухлость и ограничение подвижности в указанных суставах, недомогание, одышку при умеренной физической нагрузке.

Из анамнеза заболевания: в течение 3 недель отмечает недомогание, одышку при умеренной физической нагрузке, сердцебиение, повышение температуры тела до $37,8^{\circ}\text{C}$. 5 дней назад появились сильнейшие летучие боли в коленных, затем в голеностопных суставах при малейших движениях, сопровождающиеся припухлостью и покраснением кожных покровов над суставами. Отмечал кратковременный эффект от приема аспирина. Обратился самостоятельно в связи с усилением слабости и одышки. Около 1 месяца назад перенес ангину, не лечился, продолжал посещать занятия.

Объективно:

Кожные покровы повышенной влажности, чистые. Отёков нет. Периферические лимфоузлы не увеличены. Коленные, голеностопные суставы увеличены в объеме, кожа над ними горячая на ощупь, припухлость периартикулярных тканей, выраженная болезненность при пальпации и боль при малейших движениях в суставе. Состояние суставных концов правильное, костные выступы не определяются, шумов при движении нет. Остальные суставы без особенностей. Дыхание в легких везикулярное, хрипов нет, ЧД 24 в минуту. Тоны сердца приглушены, ритмичные, 102 уд/мин; I тон на верхушке ослаблен. Систолический шум на верхушке, длительный, дующий, проводится в левую подмышечную область, не зависит от положения тела. АД 125/80 мм. рт.ст. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Размеры печени по Курлову $9 \times 8 \times 7$ см. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон.

Данные дополнительных методов исследования:

1. ОАК: Нб - 120 г/л, эр. - $4,0 \times 10^{12}/\text{л}$, ЦП- 1,0, лейкоц. - $8,9 \times 10^9/\text{л}$, э - 4%, п/я - 5%, с/я - 53%, л - 32%, м - 6%, СОЭ - 22 мм/час.
2. ОАМ: отн. плотность - 1019, белок, сахар - нет, лейкоц. - 3-4 в п.зр, эр. - 1-2 в п.зр, эпителий - 1-2 в п.зр.
3. Билирубин общий - 14,6 (прямой - 3,3, непрямой - 11,3) мкмоль/л, креатинин - 0,01 ммоль/л, АСТ - 0,18 ммоль/л, АЛТ - 0,24 ммоль/л, общий белок - 75 г/л, глюкоза - 5,1 ммоль/л.

ЗАДАНИЕ:

1. Выделите и обоснуйте синдромы, выделите ведущий.
2. Сформулируйте предварительный диагноз.
3. Назовите механизм появления систолического шума на верхушке.
4. Назовите диагностические критерии заболевания у данного пациента.
5. Назначьте дополнительное исследование.
6. Сделайте заключение по общему анализу крови.
7. Оцените данные биохимического исследования крови.
8. Обоснуйте уточненный диагноз.

ЗАДАЧА № 11

Больная С., 35 лет, жалуется на утреннюю скованность длительностью около 3 часов, ноющие боли во II-IV проксимальных межфаланговых, лучезапястных и голеностопных суставах с обеих сторон, особенно во вторую половину ночи и перед сменой погоды, резкое ограничение движений, повышение температуры тела до 37,7°C.

Из анамнеза заболевания: считает себя больной в течение 5 лет, когда без видимой причины появились ноющие боли в лучезапястных суставах, вначале - при физических нагрузках, в дальнейшем – в покое, припухлость и ограничение движений суставов. На фоне лечения самочувствие улучшилось, боли и припухлость суставов исчезли. После перенесенного ОРЗ через 6 месяцев вновь появились ноющие боли и припухлость лучезапястных суставов с обеих сторон. После курса лечения НПВП припухлость суставов исчезла, боли и скованность значительно уменьшились. В дальнейшем больная принимала НПВП лишь при усилении болей. Последнее ухудшение в течение 3 недель, связано с переохлаждением: появились боли в вышеуказанных суставах, припухлость и ограничение движений в них, повысилась температура тела, увеличилась продолжительность утренней скованности до 2-х часов.

Объективно:

Кожные покровы повышенной влажности. Отёков нет. Периферические лимфоузлы не увеличены. Лучезапястные суставы увеличены в объеме, отмечаются припухлость мягких тканей, гиперемия кожи, повышение местной температуры, выраженная болезненность при пальпации и боль при малейших движениях в суставе. II-IV пястно-фаланговые, проксимальные межфаланговые суставы увеличены в объеме, определяются припухлость мягких тканей, местная гипертермия, болезненность при пальпации. Объем активных движений в указанных суставах ограничен. Голеностопные суставы увеличены в объеме, припухшие, местная температура повышена, болезненность при пальпации. Объем активных движений резко ограничен. По внутренним органам – без патологии.

Данные дополнительных методов исследования:

1. ОАК: Нб – 115 г/л; эр. – $3,6 \times 10^{12}$ /л; ЦП – 0,8; лейкоц. – $10,4 \times 10^9$ /л; э – 2%; п/я – 8%; с/я – 78%; л – 12%; СОЭ – 40 мм/час.
2. СРБ – 9,1 мг/л (N=1-6 мг/л), РФ+.

ЗАДАНИЕ

1. Выделите и обоснуйте синдромы; выделите ведущий.
2. Сформулируйте предварительный диагноз.
3. Механизм образования суставного синдрома.
4. Механизм образования анемического синдрома.
5. Какие параклинические исследования необходимы для уточнения диагноза?
6. Оцените общий анализ крови.
7. Оцените биохимический анализ крови.
8. Обоснуйте уточненный диагноз.

ЗАДАЧА № 12

Больная А., 16 лет, жалуется на интенсивные летучие боли в коленных и голеностопных суставах в покое, усиливающиеся при физических нагрузках, значительное ограничение движений в указанных суставах вследствие болей, слабость, выраженное недомогание, сердцебиение при умеренной физической нагрузке, непроизвольное подергивание мышц лица, рук, выраженную мышечную слабость.

Из анамнеза заболевания: около 1 месяца назад перенесла обострение хронического тонзиллита, лечилась самостоятельно без существенного эффекта: сохранялись слабость, потливость, повышение температуры тела до 37,2°C. В течение 5 дней присоединились вышеописанные симптомы. Отмечала кратковременный положительный эффект от приема аспирина.

Объективно:

Эмоционально лабильна. Температура тела 38,6°C. Кожные покровы гиперемированы, эластичные. Видимые слизистые бледно-розовые, чистые. Отёков нет. Периферические лимфоузлы не увеличены. Мышечная сила значительно снижена. Все суставы правильной формы, симметричные, кожные покровы над ними обычного цвета и температуры. Пальпация суставов безболезненна, состояние суставных концов правильное, костных выступов не определяется, активные и пассивные движения в полном объеме, шумов при движении нет. Дыхание в легких везикулярное, хрипов нет, ЧД 24 в минуту. Границы относительной тупости сердца: правая – по правому краю грудины, верхняя – нижний край III ребра, левая – на 1 см кнутри от СКЛ. Тоны сердца ритмичные, приглушены, 98 уд/мин.; шумов нет. АД 110/60 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Размеры печени по Курлову 9×8×7 см. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон.

Данные дополнительных методов исследования:

1. ОАК: Нб – 123 г/л, эр. - $4,1 \times 10^{12}/л$, ЦП - 0,95, лейкоц. - $9,0 \times 10^9/л$, э - 4%, п/я - 7%, с/я - 52%, л - 29%, м - 8%, СОЭ - 30 мм/час.
2. ОАМ: отн. плотность - 1019, белок – 0,033 г/л, лейкоц. – 2-3 в п.зр., эр. – 1-2 в п.зр., эпителий - 1-2 в п.зр.
3. Фибриноген - 6,2 г/л, общий белок – 57 г/л, альбумины – 34%, глобулины: α_1 – 6%, α_2 – 20%, β – 18%, γ – 22%, СРБ - 8,2 мг/л (N=1-6 мг/л).

ЗАДАНИЕ:

1. Выделите и обоснуйте синдромы, выделите ведущий.
2. Сформулируйте предварительный диагноз.
3. Каков механизм появления изменений мышц?
4. Перечислите критерии заболевания.
5. Назначьте дополнительное обследование.
6. Сделайте заключение по общему анализу крови.
7. Оцените результаты биохимического исследования крови.
8. Обоснуйте уточненный диагноз.

ЗАДАЧА № 13

Больная У., 44 лет, предъявляет жалобы на умеренные боли в пястно-фаланговых, проксимальных межфаланговых суставах обеих кистей, лучезапястных суставах в покое, усиливающиеся во вторую половину ночи, утреннюю скованность в указанных суставах до 1,5 часов и ограничение объема движений в пораженных суставах.

Из анамнеза заболевания: считает себя больной в течение 3 лет. Начало заболевания постепенное: появились умеренные боли во II-III проксимальных межфаланговых суставах обеих кистей, припухлость, утренняя скованность в течение 30 мин. За медицинской помощью не обращалась, самостоятельно использовала НПВП при ухудшении самочувствия. В течение последних 6 месяцев в процесс вовлеклись лучезапястные и пястно-фаланговые суставы кистей.

Наследственность: у матери и бабушки - заболевания суставов.

Объективно:

Рост 168 см, вес 56 кг. Кожные покровы бледные. Отеков нет. Периферические лимфоузлы не увеличены. Атрофия мышц тыльных поверхностей кистей. Ульнарная девиация пястно-фаланговых суставов. II-IV пястно-фаланговые, проксимальные межфаланговые суставы припухшие, местная температура повышена, отмечается болезненность при пальпации; деформация пальцев типа «шеи лебедя». Объем активных движений в указанных суставах ограничен. Дыхание в легких везикулярное, хрипов нет, ЧД 24 в минуту. Границы относительной тупости сердца: правая – по правому краю грудины, верхняя – нижний край III ребра, левая – на 1 см кнутри от СКЛ. Тоны сердца ритмичные, приглушены, 98 уд/мин. АД 110/60 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Размеры печени по Курлову 9×8×7 см. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон.

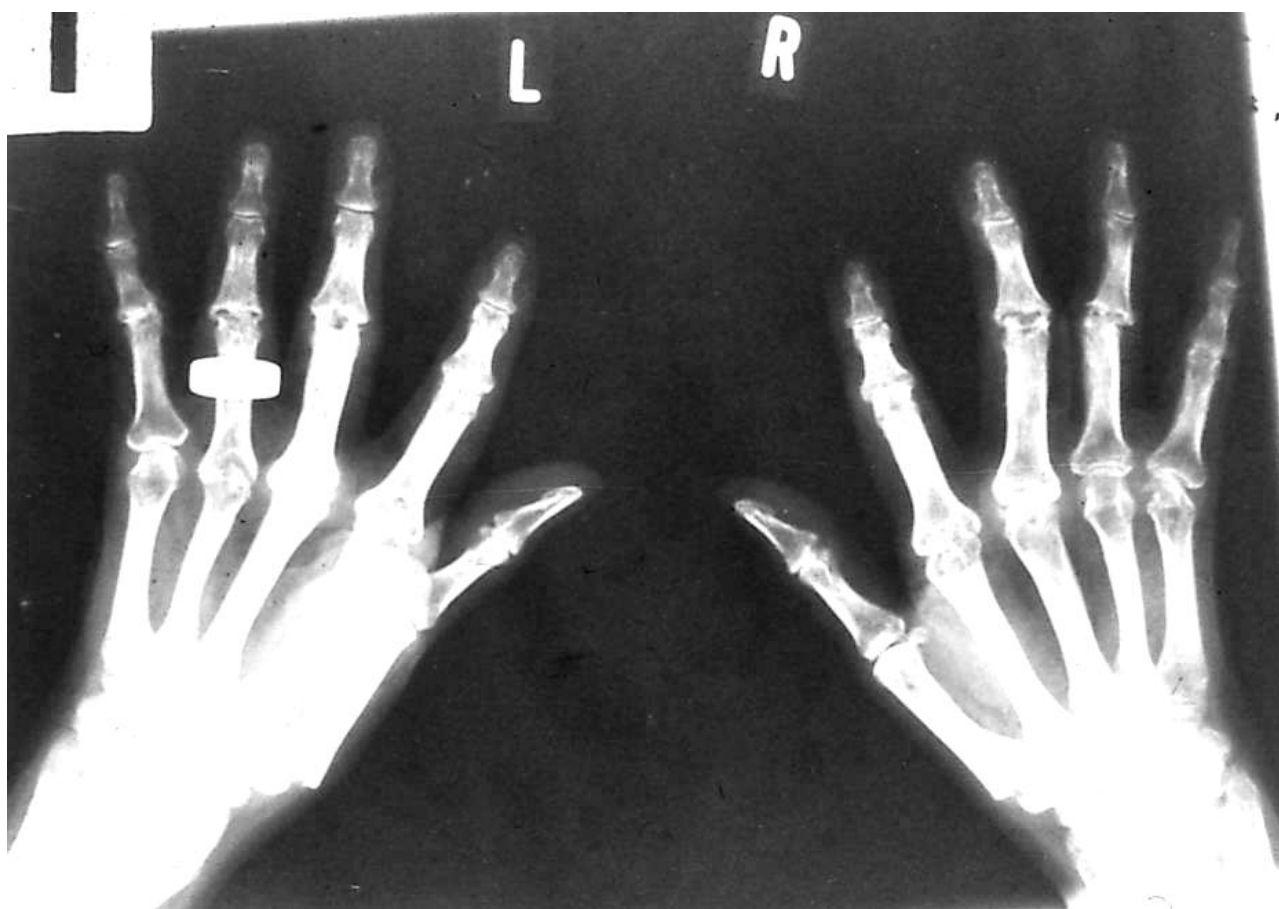
Данные дополнительных методов исследования:

1. ОАК: Hb - 98 г/л, эр. - $3,02 \times 10^{12}$ /л, ЦП - 0,9; лейкоц. – $4,2 \times 10^9$ /л, э - 4%, п/я - 3%, с/я - 39%, л - 45%, м - 9%, СОЭ - 38 мм/час.
2. Рентгенография кистей (см. ниже).

ЗАДАНИЕ:

1. Выделите и обоснуйте синдромы, выделите ведущий.
2. Сформулируйте предварительный диагноз.
3. Опишите выявленную деформацию пальцев. Каковы ее причины?
4. Назовите наиболее важную причину утренней скованности.
5. Назначьте дополнительное исследование.
6. Сделайте заключение по общему анализу крови.
7. Опишите основные изменения на рентгенограмме кистей. Диагностическое значение рентгенографии кистей.
8. Обоснуйте уточненный диагноз.

Рентгенограмма кистей:



ЗАДАЧА № 14

Больная Ц., 48 лет, жалуется на боли в пястно-фаланговых, проксимальных межфаланговых, лучезапястных, плюсне-фаланговых суставах с обеих сторон, усиливающиеся при движениях, ограничение объема движений, утреннюю скованность в указанных суставах до 12 часов, выраженную общую слабость, недомогание, снижение массы тела, ощущение «песка» в глазах.

Из анамнеза заболевания: больна 6 лет. Через 1 месяц после перенесенного ОРЗ на фоне общей слабости появились боли, припухлость, утренняя скованность в течение 30 мин., и ограничение подвижности во II-III проксимальных межфаланговых суставах. Постепенно в процесс вовлеклись пястно-фаланговые, лучезапястные, плюснефаланговые суставы с обеих сторон, снизилась масса тела, эпизодически отмечалось повышение температуры тела до 37,6°C. При ухудшении самочувствия принимала диклофенак с хорошим эффектом. В течение последнего месяца усилились слабость, боли и припухлость указанных суставов, увеличилась длительность скованности до 1,5-2 часов, снизилась острота зрения.

Объективно:

Температура тела 37,9°C. Пониженного питания. Кожные покровы бледные, сухие. На разгибательной стороне локтевых суставов – округлые плотные образования до 3 мм в диаметре, безболезненные при пальпации. Пальпируются увеличенные передние и задние шейные, подчелюстные лимфоузлы, умеренно плотные, безболезненные. Атрофия мышц тыльных поверхностей кистей. II-V пястно-фаланговые, II-V плюсне-фаланговые, II-III проксимальные межфаланговые, лучезапястные суставы припухшие, болезненны при пальпации, деформация пальцев типа «пуговичной петли». Объем активных движений в указанных суставах снижен. Дефигурация кистей в виде «ласт моржа». По внутренним органам – без патологии.

Данные дополнительных методов исследования:

1. ОАК: Нб - 85 г/л; эр. - $2,85 \times 10^{12}/л$; ЦП - 0,80; лейкоц. - $12,4 \times 10^9 /л$; э - 11%; п/я - 5%; с/я - 30%; л - 45%; м - 9%; СОЭ - 56 мм/час; тромбоциты - $423 \times 10^9 /л$.
2. РФ +, фибриноген - 6,8 г/л, общий белок - 54 г/л, альбумины - 32%, глобулины: α_1 - 6%, α_2 - 21%, β - 19%, γ - 22%, СРБ - 7,6 мг/л (N=1-6 мг/л).
3. ОАМ: отн. плотность - 1014, белок - 0,132 г/л, сахар - нет, лейкоц. - 6-8, эр. - 3-4 в п.зр, эпителий 2-3 в п.зр, цилиндры гиалиновые 1-2 в п.зр.

ЗАДАНИЕ:

1. Выделите и обоснуйте синдромы, выделите ведущий.
2. Сформулируйте предварительный диагноз.
3. Назовите причины ограничения движений в пораженных суставах.
4. Опишите деформацию пальцев и дефигурацию кистей.
5. Перечислите все возможные внесуставные проявления заболевания.
6. Сделайте заключение по общему анализу крови.
7. Оцените данные общего анализа мочи.
8. Обоснуйте уточненный диагноз.

ЗАДАЧА № 15

Больной А., 65 лет, жалуется на выраженные боли при ходьбе в правых коленном тазобедренном суставах, усиливающиеся к концу дня, утреннюю скованность в течение 20-25 мин, а также после периода покоя, уменьшение объема движений в правом тазобедренном суставе.

Из анамнеза заболевания: считает себя больным в течение 8 лет. Начало заболевания постепенное: появились умеренные боли в области тазобедренного сустава и паховой области справа после значительной физической нагрузки, ограничение объема внутренней, затем наружной ротации бедра, утренняя скованность в течение 10-15 мин. Около 2 лет назад стал прихрамывать. Не обследован, периодически принимает НПВП с положительным эффектом. В течение последнего года появились и усилились боли в правом коленном суставе, увеличилась длительность утренней скованности до 35-40 минут, ограничилось отведение в правом тазобедренном суставе. Ходит с тростью.

Из истории жизни: в молодости занимался тяжелой атлетикой, прыжками с парашютом. Травмы суставов отрицает.

Объективно:

Рост – 176 см, вес 73 кг. Отёков нет. Локальная болезненность при пальпации правого тазобедренного сустава, атрофия мышц бедра и ягодицы справа. Объем активных движений ограничен из-за болезненности, при движениях – крепитация. Остальные суставы без особенностей. Дыхание везикулярное, хрипов нет, ЧД 24 в минуту. Тоны сердца ритмичные, приглушены, 98 уд/мин. АД 110/60 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Размеры печени по Курлову 9×8×7 см. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон.

Данные дополнительных методов исследования:

1. ОАК: Нв - 128 г/л, эр. - $4,8 \times 10^{12}$ /л, ЦП - 1,0; лейкоц. - $7,2 \times 10^9$ /л, э - 4%, п/я - 5%, с/я - 50%, л - 35%, м - 6%, СОЭ - 24 мм/час.
2. Билирубин общий - 16,8 мкмоль/л, прямой - 4,3 мкмоль/л, не прямой - 12,5 мкмоль/л, креатинин - 0,01 ммоль/л, АСТ - 0,14 ммоль/л, АЛТ - 0,22 ммоль/л, холестерин - 4,2 ммоль/л, общий белок - 78 г/л.
3. ОАМ: отн. плотность - 1019, белок - нет, сахар - нет, лейкоц. – 1-2 в п.зр., эр. – 1-2 в п.зр., эпителий - 2-3 в п.зр.

ЗАДАНИЕ:

1. Выделите и обоснуйте синдромы, выделите ведущий.
2. Сформулируйте предварительный диагноз.
3. Какова причина хромоты?
4. Каков механизм развития болей в коленном и тазобедренном суставах, и паховой области справа?
5. Назначьте дополнительное исследование.
6. Сделайте заключение по общему анализу крови.
7. Оцените результат биохимического анализа крови.
8. Обоснуйте уточненный диагноз.

ЗАДАЧА № 16

Больная П., 75 лет, жалуется на боли в дистальных и проксимальных межфаланговых суставах кистей, I плюснефаланговых суставах обеих стоп при физической нагрузке, усиливающиеся к концу дня; утреннюю скованность в течение 30 мин и скованность после периода покоя, уменьшение объема движений.

Из анамнеза заболевания: считает себя больной в течение 25 лет. Начало заболевания постепенное: появились умеренные боли во II-IV проксимальных межфаланговых суставах обеих кистей, I плюснефаланговых суставах обеих стоп после длительной нагрузки, утренняя скованность в течение 20 мин. Периодически отмечала усиление болей, сопровождавшееся припухлостью суставов. Около 20 лет назад появились боли в дистальных межфаланговых суставах обеих кистей после умеренной физической нагрузки. 10 лет назад заметила появление узелков на тыльной поверхности дистальных межфаланговых суставов кистей, через 1 год подобные узелки появились и в области проксимальных суставов, уменьшился объем движений в указанных суставах. Отмечает хороший эффект от использования НПВП в виде мазей.

Наследственность: у матери и дочери - заболевание суставов.

Объективно:

Подкожная клетчатка развита равномерно, избыточно. Отёков нет. Под кожей определяются плотные узелки и костные разрастания в области II-V проксимальных и дистальных межфаланговых суставов кистей с обеих сторон, кожные покровы над ними обычного цвета и температуры, объем активных движений ограничен. Кожные покровы над II-III проксимальными межфаланговыми суставами слева гиперемированы, местная температура повышена. I плюснефаланговые суставы увеличены в объеме, кожа над ними не изменена, hallux valgus, при пальпации – болезненность, объем активных движений ограничен. По внутренним органам – без особенностей.

Данные дополнительных методов исследования:

1. ОАК: Нб- 125 г/л, эр. - $4,0 \times 10^{12}/л$, ЦП - 0,9; лейкоц. - $5,8 \times 10^9/л$, э - 3%, п/я - 5%, с/я - 55%, л - 32%, м - 5%, СОЭ - 12 мм/час.
2. ОАМ: отн. плотность - 1014, белок - 0,033 г/л, сахар - нет, лейкоц. – 2-3 в п.зр., эр. – 1-2 в п.зр., эпителий - 1-2 в поле зрения.

ЗАДАНИЕ:

1. Выделите и обоснуйте синдромы, выделите ведущий.
2. Сформулируйте предварительный диагноз.
3. Назовите механизм изменения суставов кистей, дайте авторские названия.
4. Опишите hallux valgus и механизм его образования.
5. Назначьте дополнительное исследование.
6. Сделайте заключение по лабораторным данным.
7. Опишите вероятную рентгенологическую картину.
8. Обоснуйте уточненный диагноз.

РЕВМАТОЛОГИЯ. ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ

Задача № 1

1. Суставной синдром.

2. Ревматоидный артрит с преимущественным поражением суставов (пястно-фаланговых, проксимальных межфаланговых суставах обеих кистей, лучезапястных), серо(?), активность (?), рентгенологическая стадия ?, ФК II (наличие критериев заболевания - артрит суставов кистей, симметричный, утренняя скованность, артрит 3 и более суставов, рентгенологические изменения).
3. «Лебединая шея»: переразгибание проксимального межфалангового сустава и сгибательная контрактура дистального межфалангового сустава, при фиксации этого положения возникают выраженные функциональные нарушения, так как больной не может сжать пальцы в кулак.
4. Результат образования угла между двумя смежными костями вследствие развития подвывихов и продолжительной контрактуры отдельных мышечных групп, которые со временем приобретают необратимый характер.
5. Ревматоидный фактор, общий анализ мочи, уровень тромбоцитов, в сыворотке крови – уровень электролитов, протеинограмма, сывороточное железо, исследование синовиальной жидкости. Иммунограмма.
6. Анемия нормохромная средней степени тяжести – «анемия хронического воспаления», ускорение СОЭ (признак воспаления, маркер активности заболевания), лейкопения, лимфоцитоз.
7. Установление диагноза и стадии заболевания.
8. Ревматоидный артрит с преимущественным поражением суставов кистей (пястно-фаланговых, проксимальных межфаланговых суставах обеих кистей, лучезапястных), серо(?), активность II, рентгенологическая стадия II, ФК II.

Задача № 2

1. Суставной синдром.

2. Остеоартроз коленных суставов, рентгенологическая стадия -?, синовит правого коленного сустава. ФК II.
3. Обострение основного заболевания (боль, синовит).
4. Возраст, избыточный вес, профессиональная деятельность.
5. Возможно исследование синовиальной жидкости, УЗИ суставов, протеинограмма, фибриноген.
6. В ОАК – ускорение СОЭ.
7. Наличие субхондрального склероза, краевых остеофитов, субхондральных кист, сужение суставных щелей свидетельствуют в пользу остеоартроза. Отсутствие количественных данных не позволяет оценить стадию заболевания. Стадия II-IV?
8. Первичный остеоартроз коленных суставов, рентгенологическая стадия-?, синовит правого коленного сустава. ФК II.

Задача № 3

1. **Суставной синдром.**
2. Полиостеоартроз с поражением крупных (коленных) и мелких (дистальных и проксимальных межфаланговых суставов кистей), ремиссия, рентгенологическая стадия -?, ФК II.
3. Костные разрастания. Узелки Гебердена – плотные костные разрастания, исходящие из оснований концевых и головок средних фаланг (дистальные межфаланговые суставы). Узелки Бушара – твердые образования у основания средних фаланг пальцев кисти (проксимальные межфаланговые суставы).
4. Хруст, треск или скрип в суставах при движениях. Возникает вследствие нарушения конгруэнтности суставных поверхностей, ограничение подвижности в суставе или блокады «суставной мышью».
5. Рентгенография коленных суставов, кистей, исследование синовиальной жидкости.
6. ОАК – вариант нормы. Биохимический анализ крови – гиперхолестеринемия.
7. Сужение суставных щелей, субхондральный склероз, краевые остеофиты, субхондральные кисты.
8. Полиостеоартроз первичный с поражением крупных (коленных) и мелких (дистальных и проксимальных межфаланговых суставов кистей), ремиссия, рентгенологическая стадия-?, ФК II.

Задача № 4

1. **Суставной синдром,** синдромы конституциональных изменений, острофазовых показателей.
2. Ревматоидный артрит с внесуставными проявлениями (лихорадка, ревматоидные узелки, васкулит - трофические язвы), серо(?), активность II, рентгенологическая стадия ?, ФК III.
3. Поражение периартикулярных тканей.
4. «Анемия хронического воспаления».
5. Ревматоидные узелки. Имеющиеся характеристики – диаметр и локализация. Недостающие – форма (округлые), плотность (плотные), болезненность при пальпации (безболезненные).
6. Анемия гипохромная средней степени тяжести, ускорение СОЭ, лейкопения, лимфоцитоз, тромбоцитоз.
7. Повышение уровня фибриногена, СРБ, гипопротеинемия, диспротеинемия: гипер- α_2 -, β -глобулинемия, гипоальбуминемия.
8. Ревматоидный артрит с внесуставными проявлениями (лихорадка, ревматоидные узелки, анемия, васкулит - трофические язвы, амиотрофия), серо(?), активность II, рентгенологическая стадия III, ФК III.

Задача № 5

1. Суставной синдром.

2. Ревматоидный артрит с внесуставными проявлениями (лихорадка, ревматоидные узелки, периферическая лимфаденопатия, амиотрофия), серо (?), активность ?, рентгенологическая стадия ?, ФК III.
3. Суставные деформации – результат распространения воспалительного процесса на суставной хрящ и костные сегменты, а также развития контрактур близлежащих мышц. Из-за растяжения суставной капсулы и связок развиваются подвывихи суставов
4. Изменения кистей: ульнарная девиация пястно-фаланговых суставов, деформация пальцев по типу «пуговичной петли».
5. **Имеются** конституциональные симптомы (генерализованная слабость, похудание, субфебрильная температура), поражение кожи и клетчатки (ревматоидные узелки), изменения ОАК (анемия средней степени тяжести, тромбоцитоз, эозинофилия, нейтропения), поражение почек (мочевой синдром, повышение уровня креатинина в плазме крови), периферическая лимфаденопатия. **Дополнительно возможны:** поражение мышц (миалгии, миозит с некрозами, атрофия мышц), поражение кожи (сухость и истончение, подкожные кровоизлияния, мелкоочаговые некрозы, ладонные и подошвенные капилляриты, инфаркты в области ногтевых пластинок, геморрагические высыпания на голеньях, livedo reticularis, вазомоторные нарушения, синдром Рейно), ревматоидный васкулит (множественные экхимозы, полиморфная сыпь, носовые и маточные кровотечения, абдоминальный синдром – мезентериальный тромбоз, инфаркт кишечника и др.), поражение легких (плеврит, хр. интерстициальный пневмонит, ревматоидные узелки, легочный васкулит), поражение сердца (миокардит, выпотной перикардит, гранулематозный эндокардит, аортит, ревматоидные узелки в миокарде), поражения ЖКТ (ЯБЖ и ДПК, катаральный или атрофический проктосигмоидит, хронический колит, отложения амилоида в слизистой оболочке прямой кишки), поражение глаз (иридоциклит), поражение нервной системы (периферическая полинейропатия, полиневрит, нарушения вегетативной нервной системы), аутоиммунный тиреоидит, спленомегалия.
6. Анемия гипохромная тяжелой степени – «анемия хронического воспаления», ускорение СОЭ – признак воспаления, маркер активности заболевания, лимфоцитоз, тромбоцитоз, нейтропения.
7. Гипостенурия, протеинурия, лейкоцитурия, гематурия, цилиндрурия.
8. Ревматоидный артрит с внесуставными проявлениями (лихорадка, ревматоидные узелки, анемия, периферическая лимфаденопатия, поражение почек, амиотрофия), серопозитивный, активность III, рентгенологическая стадия III, ФК III.

Задача № 6

1. **Суставной.**
2. Острая ревматическая лихорадка.
3. Развитие ревматического миокардита.
4. Поражение миокарда (ослабление мышечного компонента).
5. Изменения отсутствуют.
6. ОАК – ускорение СОЭ, СРБ ++.
7. ОАМ - протеинурия.
8. Острая ревматическая лихорадка (молодой возраст, связь с перенесенной ангиной, наличие кардита, кольцевидной эритемы, артралгии, лихорадки).

Задача № 7

1. **Суставной синдром.**
2. Ревматоидный артрит с внесуставными проявлениями (лихорадка, ревматоидные узелки, дигитальный артериит, livedo reticularis, амиотрофия, периферическая лимфаденопатия), серо(?), активность ?, рентгенологическая стадия ?, ФК III.
3. Сетчатое ливедо = «мраморная» кожа. Синевато-фиолетовая окраска кожи за счет сетчатого или древовидного рисунка просвечивающих сосудов.
4. Артрит суставов кистей, симметричный, утренняя скованность, артрит 3 и более суставов, ревматоидные узелки, рентгенологические изменения.
5. Лимфаденопатия – проявление активности аутоиммунного процесса.
6. ОАК: анемия нормохромная средней степени («анемия хронического воспаления»), ускорение СОЭ (признак воспаления, маркер активности заболевания), лимфоцитоз, тромбоцитоз, нейтропения. Биохимия крови – гипопроteinемия, повышение СРБ. Наличие ревматоидного фактора.
7. Узур.
8. Ревматоидный артрит с внесуставными проявлениями (лихорадка, ревматоидные узелки, дигитальный артериит, livedo reticularis, анемия, амиотрофия, периферическая лимфаденопатия), серопозитивный, активность III, рентгенологическая стадия III, ФК III.

Задача № 8

1. **Суставной синдром.**
2. Полиостеоартроз первичный с поражением мелких (проксимальных межфаланговых суставов кистей, I плюснефаланговых суставов), суставов позвоночника. Синозит проксимальных межфаланговых суставов. ФК II.
3. Подвывихи головок плюснефаланговых суставов. Отклонение оси I пальца стопы кнаружи.
4. Проявление защитной реакции в связи с болевым синдромом и результат развивающихся мышечных контрактур. Значительное ограничение подвижности – следствие суставных девиаций, деформаций и анкилозов.
5. Избыточная масса тела, тяжелый физический труд в течение жизни.
6. В ОАК ускорение СОЭ подтверждает наличие вторичного синовита.
7. В биохимическом анализе крови – гиперхолестеринемия.

8. Полиостеоартроз первичный с поражением мелких (проксимальных межфаланговых суставов кистей, I плюснефаланговых суставов), суставов позвоночника. Синовит проксимальных межфаланговых суставов. ФК II.

Задача № 9

1. **Суставной, мочевого синдромы.**
2. Полиостеоартроз первичный с поражением крупных (коленных, голеностопных) Р-ст. ?, мелких (проксимальных межфаланговых суставов кистей). Синовит левого коленного сустава и проксимальных межфаланговых суставов. ФК II.
3. О вторичном синовите.
4. Пролиферативные изменения (остеофиты), отек суставных тканей.
5. В ОАК ускорение СОЭ подтверждает наличие вторичного синовита, течение хр. пиелонефрита.
6. В ОАМ – гипостенурия, протеинурия, лейкоцитурия, цилиндрурия.
7. Остеофиты.
8. Полиостеоартроз первичный с поражением крупных (коленных, голеностопных) Р-ст?, мелких (проксимальных межфаланговых суставов кистей). Синовит левого коленного сустава и проксимальных межфаланговых суставов. ФК II. Хронический пиелонефрит, латентное течение, ХПН I.

Задача № 10

1. **Суставной,** поражения клапанов.
2. Острая ревматическая лихорадка (молодой возраст, связь с перенесенной ангиной, кардит, полиартрит, лихорадка).
3. Ведущий симптом - ревматический вальвулит.
4. Полиартрит, кардит (большие диагностические критерии), лихорадка (малый диагностический критерий).
5. СРБ, бактериологическое исследование мазка из зева (обнаружение β -гемолитического стрептококка группы А), серологические исследования (АСЛ-О, АСГ), ЭхоКГ (поражение клапанов), ЭКГ (уточнение характера нарушений сердечного ритма и проводимости).
6. ОАК: ускорение СОЭ.
7. Биохимическое исследование: без патологии.
8. Острая ревматическая лихорадка (молодой возраст, связь с перенесенной ангиной, кардит, полиартрит, лихорадка).

Задача № 11

1. Синдромы: суставной (болезненность, отечность суставов, утренняя скованность, ограничение подвижности, гиперемия, гипертермия кожи на суставах, сужение и отсутствие суставной щели); лихорадочный (повышение температуры); тахикардальный (ускорение ЧСС), анемический легкой степени (снижение уровня гемоглобина эритроцитов). Ведущий синдром – суставной.

2. Ревматоидный артрит, суставная форма, активность 2, R- стадия I-II, ФК II, симптоматическая анемия легкой степени. На основании: жалоб на скованность по утрам в суставах кистей рук и голеностопных с обеих сторон длительностью до 3-х часов, ноющие боли в этих суставах, особенно во вторую половину ночи и перед сменой погоды, резкое снижение подвижности, повышение температуры до 37,3С; длительного суставного синдрома с поражением лучезапястных суставов, присоединения поражения проксимальных межфаланговых суставов II-IV пальцев обеих кистей, голеностопных суставов; выявленных синдромов: суставного, лихорадочного, анемического.
3. Механизм образования суставного синдрома связан с иммунным воспалительным процессом, прежде всего, в синовиальной оболочке и проявляется классическими признаками: боль, отек покраснение, повышение температуры, нарушение функции.
4. Дефицит железа вследствие: скрытых желудочно-кишечных кровотечений, хронического воспалительного заболевания.
5. Б/х анализ крови, РФ, ревмотесты, ОАМ, ЭКГ, Rg органов грудной клетки, заинтересованных суставов, пункцию суставов с исследованием внутрисуставной жидкости, УЗИ печени.
6. ОАК: анемия легкой степени, нейтрофильный лейкоцитоз, ускорение СОЭ.
7. Биохимия крови – повышение СРБ, наличие ревматоидного фактора.
8. Ревматоидный артрит, суставная форма, активность 2, стадия I-II, ФК II. Симптоматическая анемия легкой степени.

Задача № 12

1. **Синдромы: суставной, малая хорея, конституциональных изменений.**
2. Острая ревматическая лихорадка.
3. Васкулит ЦНС.
4. Большой критерий – малая хорея, малые критерии – артралгия, лихорадка, повышение СОЭ, СРБ + связь с БГСА-инфекцией (обострение хр. тонзиллита).
5. Бактериологическое исследование мазка из зева (обнаружение β -гемолитического стрептококка группы А), серологические исследования (АСЛ-О, АСГ), ЭхоКГ (поражение клапанов), ЭКГ (уточнение характера нарушений сердечного ритма и проводимости).
6. Ускорение СОЭ, сдвиг лейкоцитарной формулы влево.
7. Повышение уровня фибриногена, СРБ, диспротеинемия, гипер α_2 -, β -глобулинемия, гипоальбуминемия.
8. Острая ревматическая лихорадка (вальвулит, кардит, артралгия, лихорадка, повышение СОЭ, СРБ+связь с перенесенной ангиной).

Задача № 13

1. **Суставной синдром.**
2. Ревматоидный артрит с преимущественным поражением суставов (пястно-фаланговых, проксимальных межфаланговых суставах обеих кистей,

лучезапястных), серо(?), активность ?, рентгенологическая стадия ?, ФК II (наличие критериев заболевания - артрит суставов кистей, симметричный, утренняя скованность, артрит 3 и более суставов, рентгенологические изменения).

3. «Лебединая шея»: переразгибание проксимального межфалангового сустава и сгибательная контрактура дистального межфалангового сустава, при фиксации этого положения возникают выраженные функциональные нарушения (больной не может сжать пальцы в кулак).
4. Одной из причин развития утренней скованности является нарушение нормального ритма выработки гормонов надпочечников со смещением пика их продукции на более поздний период суток, а также аккумуляция цитокинов в отечной жидкости воспаленных суставов во время сна.
5. Ревматоидный фактор, общий анализ мочи, уровень тромбоцитов, в сыворотке крови – уровень электролитов, протеинограмма, железо, исследование синовиальной жидкости. Иммунограмма.
6. Анемия нормохромная средней степени – «анемия хронического воспаления», ускорение СОЭ (признак воспаления, маркер активности заболевания), лейкопения, лимфоцитоз.
7. Остеопороз, сужение суставных щелей и подвывихи II-IV пястно-фаланговых, проксимальных межфаланговых суставов, единичные узур.
8. Установление диагноза и стадии заболевания.
9. Ревматоидный артрит с преимущественным поражением суставов кистей (пястно-фаланговых, проксимальных межфаланговых суставов обеих кистей, лучезапястных), серо(?), активность II, рентгенологическая стадия III, ФК II.

Задача № 14

1. **Суставной синдром.**
2. Ревматоидный артрит с внесуставными проявлениями (лихорадка, ревматоидные узелки, периферическая лимфаденопатия, амиотрофия, поражение глаз), серо(?), активность ?, рентгенологическая стадия ?, ФК III.
3. Проявление защитной реакции в связи с болевым синдромом, а также результат развивающихся мышечных контрактур. Прогрессирующее воспаление суставов приводит к значительному ограничению их подвижности с развитием суставных девиаций, деформаций и анкилозов.
4. Дефигурация кистей в виде «ласт моржа» – ульнарная девиация пястно-фаланговых суставов. Деформация пальцев типа «пуговичной петли» – сгибательная контрактура проксимального межфалангового сустава с одновременным переразгибанием дистального межфалангового сустава.
5. **Имеются** конституциональные симптомы (генерализованная слабость, похудание, субфебрильная t), поражение кожи (ревматоидные узелки), изменения ОАК (анемия средней степени тяжести, тромбоцитоз, эозинофилия, нейтропения), поражение почек (мочевой синдром, повышение уровня креатинина в плазме крови), периферическая лимфаденопатия, поражение глаз (требует уточнения). **Дополнительно возможны:** поражение мышц (миалгии, миозит с некрозами, атрофия мышц), поражение кожи

(истончение, подкожные кровоизлияния, мелкоочаговые некрозы, ладонные и подошвенные капилляриты, инфаркты в области ногтевых пластинок, геморрагические высыпания на голеньях, livedo reticularis, вазомоторные нарушения, синдром Рейно), ревматоидный васкулит (множественные экхимозы, полиморфная сыпь, носовые и маточные кровотечения, абдоминальный синдром – мезентериальный тромбоз, инфаркт кишечника и др.), поражение легких (плеврит, интерстициальный пневмонит, ревматоидные узелки, легочный васкулит), поражение сердца (миокардит, выпотной перикардит, гранулематозный эндокардит, аортит, ревматоидные узелки в миокарде), поражение ЖКТ (ЯБЖ и ДПК, катаральный или атрофический проктосигмоидит, хронический колит, отложения амилоида в слизистой оболочке прямой кишки), поражение нервной системы (периферическая полинейропатия, полиневрит, нарушения вегетативной нервной системы), аутоиммунный тиреоидит, спленомегалия.

6. Анемия гипохромная средней степени – «анемия хронического воспаления», ускорение СОЭ – признак воспаления, маркер активности заболевания, лимфоцитоз, тромбоцитоз, нейтропения.
7. Гипостенурия, протеинурия, лейкоцитурия, гематурия, цилиндрурия.
8. Ревматоидный артрит с внесуставными проявлениями (лихорадка, ревматоидные узелки, анемия, периферическая лимфаденопатия, поражение почек, поражение глаз, амиотрофия), серопозитивный, активность 3 рентгенологическая стадия ?, ФК III.

Задача № 15

1. **Суставной синдром.**
2. Остеоартроз правого тазобедренного сустава, рентгенологическая стадия-?, ФК II, вне обострения.
3. Изначально – за счет спазма мышц, затем из-за деформации головки бедра, ее вдавливания в ямку подвздошной кости или на фоне подвывиха, что ведет к укорочению конечности.
4. Спазм мышц ягодичных, поясничных, отводящих бедро.
5. Исследование синовиальной жидкости, УЗИ суставов, протеинограмма, фибриноген.
6. В ОАК ускорение СОЭ – неспецифический признак.
7. В пределах нормы.
8. Первичный остеоартроз правого тазобедренного сустава, рентгенологическая стадия-?, ФК II.

Задача № 16

1. **Суставной синдром.**
2. Полиостеоартроз с поражением мелких (дистальных и проксимальных межфаланговых кистей, I плюснефаланговых) суставов, ремиссия, ФК II.
3. Костные разрастания. Узелки Гебердена – плотные костные разрастания, исходящие из оснований концевых и головок средних фаланг (дистальные межфаланговые суставы). Узелки Бушара – твердые образования у

основания средних фаланг пальцев кисти (проксимальные межфаланговые суставы).

4. Подвывихи головок плюснефаланговых суставов. Отклонение оси I пальца стопы кнаружи.
5. Рентгенография коленных суставов, кистей, исследование синовиальной жидкости.
6. ОАК, ОАМ - без патологических данных.
7. Сужение суставных щелей, субхондральный склероз, краевые остеофиты, субхондральные кисты.
8. Полиостеоартроз первичный с поражением мелких (дистальных и проксимальных межфаланговых суставов кистей, I плюснефаланговых) суставов, ремиссия, ФК II.