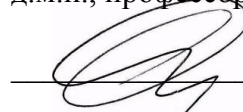


«Утверждаю»
зав. кафедрой терапии
и эндокринологии ФУВ
д.м.н., профессор



Недогода С.В.

Обсуждено и одобрено на заседании кафедры
терапии и эндокринологии ФУВ
протокол № от « » _____ 201 г.

УЧЕБНО-МЕТОДИЧЕСКИЙ КОМПЛЕКС ДИСЦИПЛИНЫ 14.01.04 «ВНУТРЕННИЕ БОЛЕЗНИ»

СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ

Название раздела: Болезни органов дыхания

ТЕМА: Болезни плевры (плевриты).

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 1

Больная С. 34 года. Поступила в стационар с жалобами на сильный приступообразный кашель с выделением мокроты желтого цвета в небольшом количестве, боли в подлопаточной области справа, усиливаются при дыхании, кашле, одышка при физической нагрузке, слабость, недомогание, температура до 39°C к вечеру.

Из анамнеза: считает себя больной 6 суток, когда после сильного переохлаждения появился озноб, подъем температуры до 40°C, резкая слабость, одышка, боли под правой лопаткой. На третьи сутки болезни присоединился кашель.

Объективно: состояние средней тяжести, цианоз губ. Правая половина грудной клетки отстаёт в акте дыхания. ЧД – 24 в мин. Перкуторно справа ниже угла лопатки притупление перкуторного тона. Дыхание над всей поверхностью легких жесткое, справа в подлопаточной области бронхиальное, выслушиваются единичные, влажные, мелкопузырчатые хрипы, шум трения плевры.

Тоны сердца ритмичные. ЧСС 98 в мин. АД 130\80 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный.

1. Выделите основные симптомы, сгруппируйте их в синдромы, объясните патогенез.
2. Поставьте предварительный диагноз.
3. План обследования.
4. Поставьте окончательный диагноз и проведите дифференциальную диагностику.
5. План лечения.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 2

Больная К. 30 лет. Поступила в стационар с жалобами на сильный приступообразный кашель с выделением мокроты зеленого цвета в небольшом количестве, боли в подлопаточной области слева, усиливаются при дыхании, кашле, одышка при физической нагрузке, слабость, недомогание, температура до 38°C к вечеру.

Из анамнеза: считает себя больной 4 сутки, когда после сильного переохлаждения появился озноб, подъем температуры до 40°C, резкая слабость, одышка, боли под левой лопаткой. На третьи сутки болезни присоединился кашель.

Объективно: состояние средней тяжести, цианоз губ. Левая половина грудной клетки отстаёт в акте дыхания. ЧД – 26 в мин. Перкуторно слева ниже угла лопатки притупление перкуторного тона. Дыхание над всей поверхностью легких жесткое, слева в подлопаточной области бронхиальное, выслушиваются влажные, мелкопузырчатые хрипы, шум трения плевры.

Тоны сердца ритмичные. ЧСС 98 в мин. АД 130\85 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный.

1. Выделите основные симптомы, сгруппируйте их в синдромы, объясните патогенез.
2. Поставьте предварительный диагноз.
3. План обследования.
4. Поставьте окончательный диагноз и проведите дифференциальную диагностику.
5. План лечения.

Название раздела: Ревматические болезни.

ТЕМА: Ревматическая лихорадка.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 3

Больной 20 лет поступил с жалобами на общую слабость, постоянные тупые боли в области сердца, боли в коленных и голеностопных суставах и их припухлость. За 2 недели до этого перенес ангину.

Объективно: температура тела 38°C, припухлость коленных и голеностопных суставов, их гиперемия. Пульс = 100 ударов в минуту. Тоны сердца приглушены, четкий систолический шум на верхушке. Артериальное давление = 100/60 мм рт. ст. В легких: дыхание везикулярное, хрипов нет, ЧД = 20 в мин.

В общем анализе крови: лейкоцитов – 10×10^9 /л, СОЭ 34 мм/ч.

Биохимическое исследование крови: повышение всех показателей воспалительной активности (фибриноген – 6,8 г/л, серомукоид – 0,465 г/л, СРБ +++++, АСЛ-О – 625 ед.).

ЭКГ: CLC (PQ=0,11 сек), снижение вольтажа зубцов, желудочковая экстрасистолия.

ЭхоКГ: неравномерное утолщение передней створки митрального клапана, ограничение подвижности задней створки. Увеличение амплитуды пульсации межжелудочковой перегородки.

Вопросы:

1. Назовите предполагаемый диагноз.
2. Проведите дифференциальный диагноз.
3. Назначьте лечение в соответствии со стандартами терапии данной патологии.

Эталон ответа:

1. Острая ревматическая лихорадка: кардит (митральный вальвулит), суставной синдром (полиартрит), Н₁, ФК₁.
2. Диф. диагноз: неревматический миокардит, инфекционный эндокардит.
3. Лечение: Бензилпенициллин 2 млн. 6 раз в сутки внутримышечно 10 дней, вольтарен 100 мг в сутки, преднизолон 20 мг в сутки, трентал 5,0 ml внутривенно, дезинтоксикационная терапия, рибоксин 10,0 ml внутривенно.

Название раздела: Ревматические болезни.

ТЕМА: Анкилозирующий спондилит (болезнь Бехтерева).

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 4

Больной Ю., 53 года, предъявляет жалобы: на слабость, боли по всему позвоночнику (преимущественно ночью), в обоих тазобедренных, коленных суставах, утреннюю скованность до 40 минут, проходящую после физических упражнений. Болеет с 35 лет, появились боли в пояснице и крестце (особенно ночью), позже присоединилась утренняя скованность, проходящая после непродолжительной зарядки, повышение температуры до 37-37,5°C.

Объективно: состояние удовлетворительное, положение активное. АД=150/100 мм рт.ст. ЧСС-74 уд./мин. ЧД-18 в мин. t-37,3°C. Отмечается выраженный грудной кифоз и шейный гиперлордоз, сглаженность поясничного лордоза, болезненность при пальпации по ходу позвоночника, околопозвоночным линиям и тазобедренных суставах. Активные и пассивные движения вызывают боль.

Пробы: Симптом Кушелевского I,II - положительна, проба Томайера 65см, Форестье-22 см, проба подбородок-грудина-5см, экскурсия грудной клетки- 100-96 см (4 см).

Офтальмолог: без патологии (в пределах возрастной нормы).

Рентгенограмма позвоночника и илеосакральных сочленений: Деформирующий спондилёз, двусторонний сакроилеит, St 3.

ЭКГ: ритм правильный, признаки гипертрофии левого желудочка.

Общий анализ крови: эритроциты $4,2 \times 10^{12}/л$, Hb 122 г/л, тромбоциты $220 \times 10^3/л$, лейкоциты $10 \times 10^9/л$, п-1, с-63, м-4, э-2, л- 30, СОЭ-18 мм/ч.

Биохимическое исследование крови: СРБ – 5мг/л , РФ - отриц., HLA-DR4 - отриц., HLA-B27-положителен.

Общий анализ мочи – норма.

Вопросы:

1. Ваш диагноз. Проведите дифференциальную диагностику.
2. Каков характер болевого синдрома у пациента?
3. Какие осложнения возможны у больных с данной патологией?
4. Назначьте лечение больному.

Эталон ответа:

1. Анкилозирующий спондилит, I степень активности, двусторонний сакроилеит, поздняя стадия, III рентгенологическая стадия, HLA-B27(+).
2. Воспалительный
3. Увеит, аортит, поражение почек.
4. НПВС, миокалм, ЛФК, ФТЛ, при отсутствии эффекта – сульфасалазин. При преобладании симптомов спондилита возможно применение ГКС.

Название раздела: Ревматические болезни.

ТЕМА: Болезнь Рейтера.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 5

Больной Б., 32 лет, экономист. Обратился в стационар с жалобами на боль в левом голеностопном суставе и мелких суставах левой стопы, особенно при ходьбе, повышение температуры тела до 38,2 С, сопровождающееся ознобом. Общую слабость.

Заболел три недели назад, когда впервые повысилась температура тела до 38,8 С. Появились боль и припухлость правого коленного сустава. После двухдневного приема анальгина указанные симптомы исчезли, продолжал работать. Спустя неделю вновь

повысилась температура тела, присоединились головная боль, резь в глазах, боль в суставах левой ноги (голеностопном и мелких суставах стопы).

При амбулаторном обследовании выявлены лейкоцитоз, увеличение СОЭ, лейкоцитурия. Лечение противовоспалительными препаратами оказались малоэффективным.

Объективно: состояние удовлетворительное. Левый голеностопный сустав увеличен в объеме, кожа гиперемирована, движения в нем болезненны. Отмечается припухлость II и IV пальцев левой стопы с синюшно-багровой окраской кожи. В легких везикулярное дыхание, границы сердца не изменены, тоны ясные, тахикардия. АД 120/80 мм рт. ст. Со стороны органов брюшной полости – патологии нет.

Вопросы:

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. назначьте дополнительное исследование.
3. Составьте программу дифференциально-диагностического поиска по синдрому «артрит».
4. предложите план лечения, используя современные средства.

Эталон ответа:

1. Болезнь Рейтера, острое течение.
2. Для подтверждения диагноза необходимо определение АТ к хламидиям, соскоб из уретры на хламидийную инфекцию.
3. Паранеопластический артрит, ревматоидный артрит. Болезнь Бехтерева, болезнь Рейтера, гонококковый артрит, ревматизм Понсе, псориатический артрит.
4. Сумамед (10.0 – на курс) местно: фастум гель, затем аппликации грязей, озокерита, парафина.

Название раздела: Ревматические болезни.

ТЕМА: Дерматомиозит.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 6

Женщина, 35 лет, стала отмечать выраженные боли, слабость в мышцах плечевого пояса, отек мышц, невозможность поднять руки вверх. Лихорадка до 38- 39 С, похудела за месяц на 9 кг. Появились боли в суставах, параорбитальный отек век с гиперпигментацией.

В анализах: СОЭ 62 мм/час, С- реактивный белок +++, положительный АНФ, гомогенный тип свечения, титр 1:16, При биопсии пораженных мышц воспалительные изменения, некробиотическая дегенерация мышц.

Вопросы:

1. Проанализировать клинические данные
2. Установить предварительный диагноз
3. Интерпретировать имеющиеся данные, разработать план обследования
4. Назначить лечение

Эталон ответа:

1. Дерматомиозит.
2. Показаны глюкокортикоиды в больших суточных дозах (подавляющая доза преднизолона 60-80 мг и более при необходимости). После достижения эффекта, дозу кортикостероидов снижают очень медленно до поддерживающей дозы на фоне делагила (0,25 г), плаквенила (0,2 г) или НПВС.