

ЗАДАЧА 1

Ситуация

Пациент С., 56 лет, обратился к участковому терапевту

Жалобы

на выраженную одышку на вдохе при минимальных физических нагрузках, самообслуживании
на частые приступы сухого кашля
на выраженную слабость

Анамнез жизни

Рос и развивался соответственно возрасту и полу
Профессия: инженер
Перенесенные заболевания и операции: редкие ОРВИ
Наследственность: не отягощена
Вредные привычки: курил в течение 20 лет по пол пачки в сутки, не курит более 15 лет
Аллергоанамнез: не отягощен

Анамнез заболевания

Считает себя больным в течение последних 3 лет, когда впервые появилась одышка при физической нагрузке, затем присоединился сухой кашель, постепенно выраженность симптомов усиливалась. К врачам не обращался, самостоятельно принимал табл. Эуфиллин 150мг с временным положительным эффектом.
В течение последнего года одышка стала появляться при минимальной физической нагрузке, самообслуживании. Стал отмечать изменение концевых фаланг пальцев рук. Присоединилась выраженная слабость. Обратился к участковому терапевту.

Объективный статус

Состояние средней степени тяжести.

Вес 70 кг, рост 174 см. Нормостенического телосложения. Температура 36,6. При осмотре кожных покровов отмечается цианоз носогубного треугольника. Видимые слизистые обычной окраски, влажные. Зев не гиперемирован, миндалины не увеличены.

Периферические отеки отсутствуют.

При осмотре конечностей: концевые фаланги пальцев рук изменены по типу «барабанных палочек», ногтевые пластины по типу «часовых стекол».

Грудная клетка бочкообразной формы. При перкуссии выслушивается притупление перкуторного звука в нижних отделах легких. Аускультативно определяется ослабленное везикулярное дыхание, выслушивается конечно-инспираторная крепитация по типу застежки-липучки (хрипы «Velcro») по всем легочным полям симметрично с двух сторон. ЧДД 25 в минуту. Сатурация O₂ -90%.

Тоны сердца приглушенные, ритмичные. ЧСС 100 в мин., АД 110/60 мм рт.ст.

Живот мягкий, безболезненный. Печень по нижнему краю реберной дуги. Стул регулярный, оформленный.

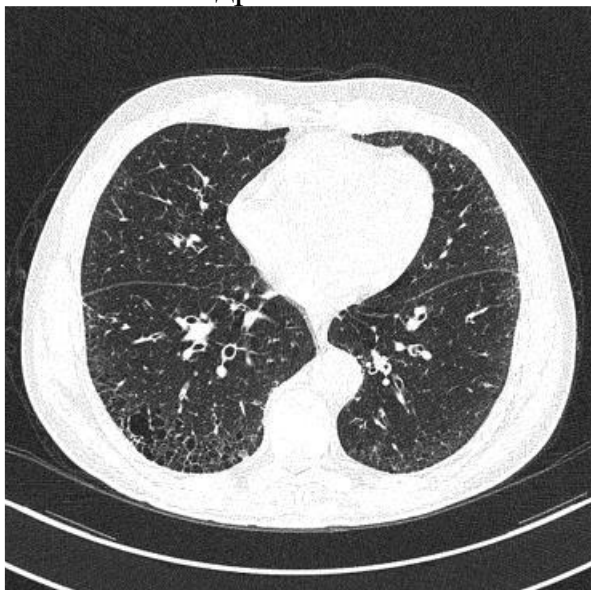
Почки и мочевой пузырь не пальпируются. Мочеиспускание не затруднено, безболезненно. Симптом XII ребра отрицательный с обеих сторон.

ВОПРОСЫ:

1. К каким необходимым для постановки диагноза лабораторным методам обследования относят.
2. К каким необходимым для постановки диагноза инструментальным методам обследования относят.
3. Опишите синдром на РГ ОГК:



4. Опишите синдром на МСКТ ОГК



5. На основании результатов клиничко-лабораторных, инструментальных и морфологических методов обследования следует поставить диагноз.
6. Для лечения заболевания следует применить препараты группы.

ЗАДАЧА 2

Ситуация

Девушка, 19 лет, обратилась к терапевту

Жалобы

На появление на коже конечностей плотных болезненных узлов, дискомфорт и гиперемию в области голеностопных суставов, чувство нехватки воздуха, выраженную слабость и утомляемость.

Анамнез заболевания

Считает себя больной в течение года, с момента появления узловой сыпи на голених. Консультировалась у дерматолога. Несколько месяцев назад заметила припухание голеностопных суставов, применяла местные нестероидные противовоспалительные препараты с положительным эффектом. За последние 6 месяцев похудела на 5 кг. За месяц до обращения прошла ежегодное флюорографическое обследование, где было изменение конфигурации и размеров корней легких.



Анамнез жизни

Росла и развивалась соответственно возрастным нормам.

Обучается в университете

Перенесенные заболевания и травмы: Сахарный диабет 1 типа, передний увеит в 2016г.

Наследственность: не отягощена

Вредные привычки: отрицает

Аллергоанамнез: не отягощен

Гинекологический анамнез: менструации регулярные по 4 дня, безболезненные, беременностей 0.

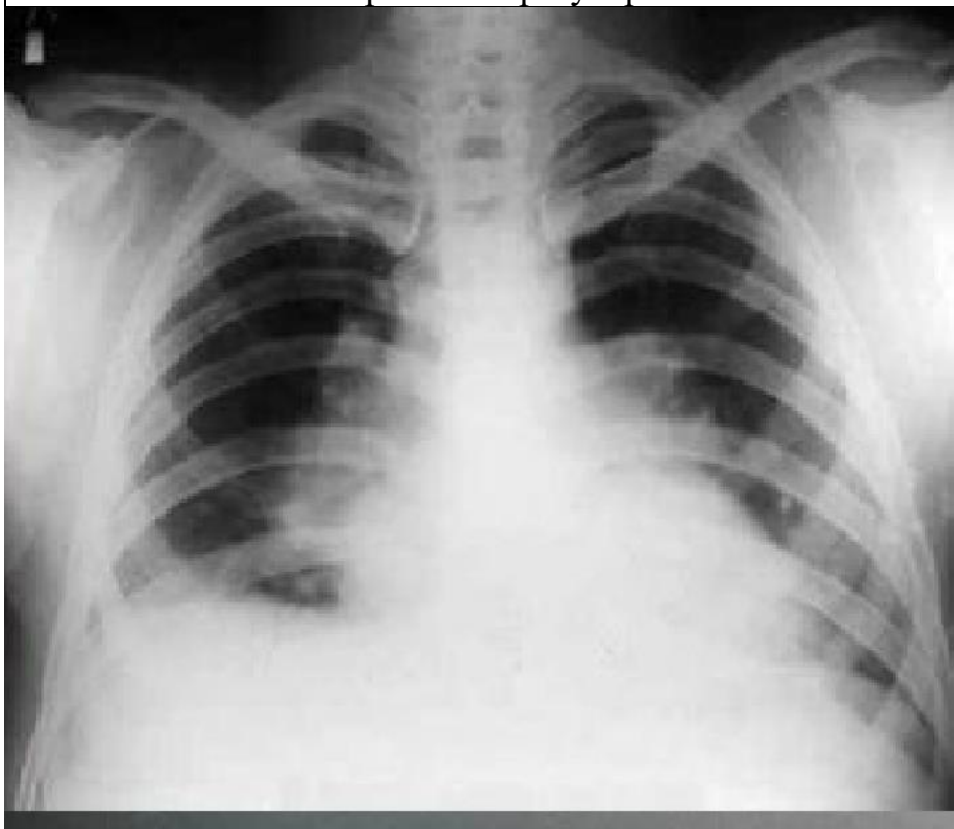
Объективный статус

Состояние средней степени тяжести, сознание ясное, положение активное, телосложение астеническое, питание недостаточное. Температура тела 37,9С. Кожные покровы нормальной окраски, высыпания множественные подкожные плотные узлы под кожей голени. Лимфоузлы не увеличены, не спаяны с окружающей тканью, безболезненны.

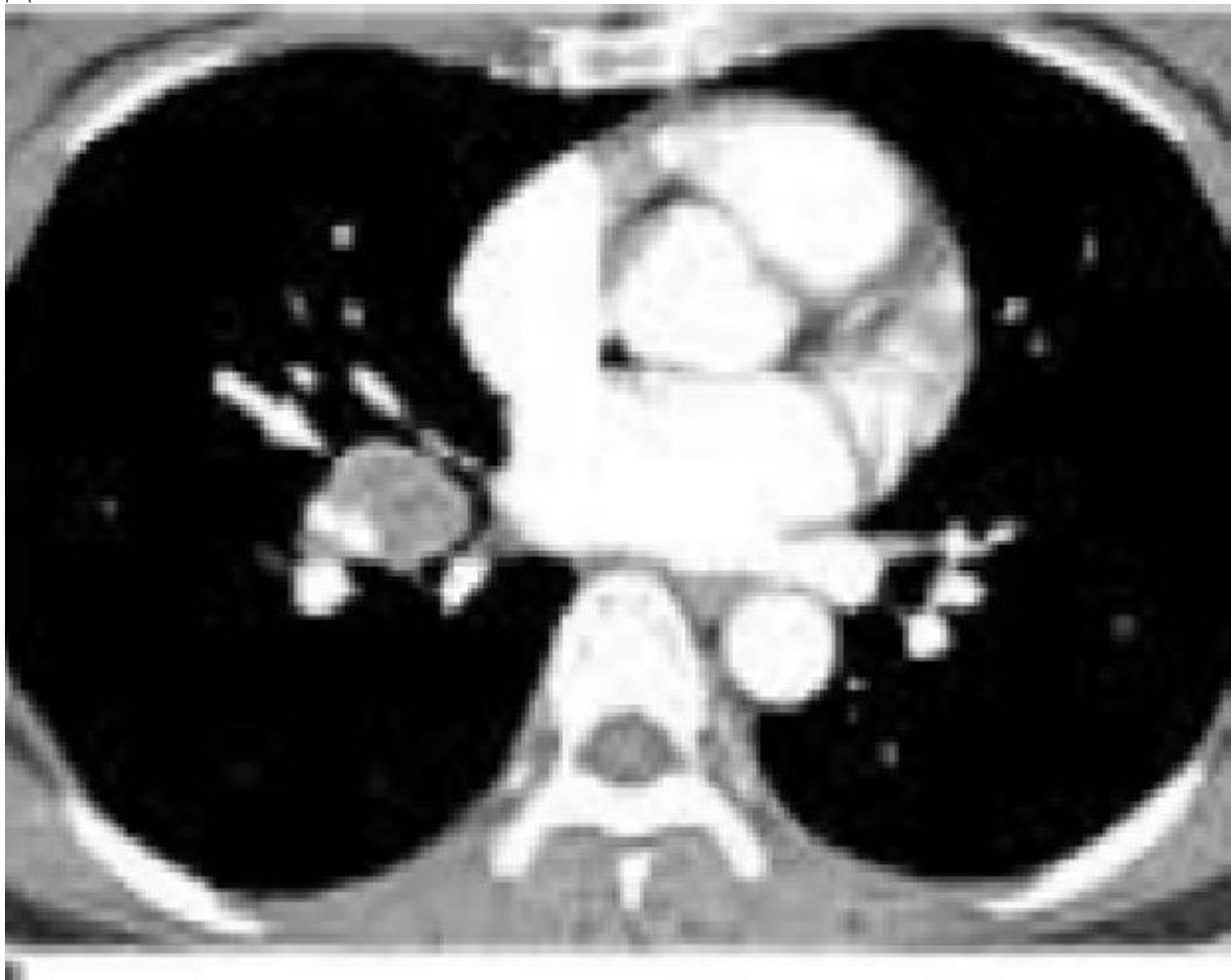
Кожа в проекции голеностопных суставов гиперемирована, горячая на ощупь, суставы деформированы, умеренно припухшие, при пальпации болезненны. Костно-мышечная система без видимых деформаций. Носовое дыхание свободное.

Грудная клетка правильной формы. В дыхании участвуют обе половины грудной клетки равномерно, перкуторный звук ясный легочный, дыхание везикулярное, хрипы не прослушиваются, ЧДД в минуту 20. SaO₂ 92%. Область сердца не изменена, тоны сердца ритмичные, ясные, ЧСС 68 уд/мин. АД 110/70 мм.рт.ст.

Живот мягкий, безболезненный по всем отделам. Симптомы раздражения брюшины отрицательные. Дизурических расстройств нет. Физиологические отправления регулярные.



На представленном снимке определяется увеличение лимфатических узлов корней лёгких и средостения



Туберкулиновую пробу положительная.

ВОПРОСЫ:

1. Диагноз основного заболевания
2. У пациентки имеются классические проявления синдрома
3. Какая рентгенологическая стадия у данной пациентки?
4. Компоненты синдрома Хеерфордта-Вальденстрёма
5. Препараты первой линии терапии при прогрессировании

ЗАДАЧА 3

Ситуация

Пациент К., 26 лет, обратился к терапевту поликлиники

Жалобы

кашель с выделением небольшого количества слизистой мокроты с прожилками крови,
одышка при умеренной физической нагрузке,
болезненные высыпания на слизистой оболочке полости рта, затрудняющие приём пищи и воды,
повышение температуры тела в вечернее время до 38,5С
потливость, слабость.

Анамнез заболевания

Считает себя больным в течение 3-х лет с момента появления изъязвлений на слизистой оболочке полости рта, появившихся через 7 дней после посещения стоматолога, которые затянулись через 5 дней, оставив мелкие рубцы. С тех пор каждые 3-5 месяцев отмечал появление новых очагов, самостоятельно принимал ацикловир. Около года назад отметил возникновение болезненных узелков под кожей нижних конечностей. Наблюдался у дерматолога, принимал короткими курсами преднизолон с временным улучшением. Два месяца назад появился кашель, сопровождающийся выделением слизистой мокроты в небольшом количестве с прожилками крови, и одышка смешанного характера при умеренных физических нагрузках. С того же момента стала повышаться до фебрильных значений по вечерам температура тела, потливость. Принимал жаропонижающие препараты.

Анамнез жизни

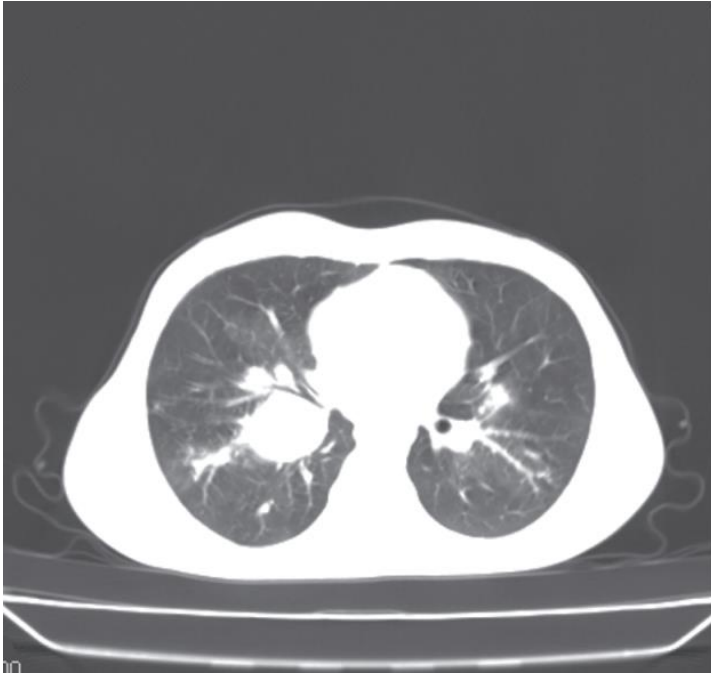
Национальность – иранец.
Рос и развивался соответственно возрастным нормам.
Профессия: системный администратор
Перенесенные заболевания и травмы: тромбоз глубоких вен правой нижней конечности с последующей реканализацией в 2016 г., посттромбофлебитический синдром.
Наследственность: неотягощена
Вредные привычки: отрицает
Аллергоанамнез: неотягощен

Объективный статус

- Состояние средней степени тяжести. Больной пониженного питания. Ориентирован в пространстве и времени. Температура 37,7С.
- Кожные покровы и видимые слизистые бледные, без признаков трофических нарушений в области нижних конечностей. На бедрах элементы узловой эритемы до 3 см в диаметре, отеков нет. Пульсация периферических артерий сохранена.
- Язык чистый, влажный. На слизистой щек и губ имеются единичные болезненные афты, размером до 5-6 мм в диаметре, с четкими границами, ярко-красным ободком по периферии и белесоватым дном.
- Грудная клетка правильной формы, астенического конституционального типа. Обе половины грудной клетки одинаково участвуют в акте дыхания. ЧДД 24 в мин. Регионарные лимфатические узлы не увеличены. Аускультативно дыхание ослаблено, единичные сухие свистящие хрипы.
- Сердечные тоны ясные, ритмичные, ЧСС-92 в мин, АД=110/60 мм.рт.ст.
- Живот мягкий, безболезненный по всем отделам, симптомы раздражения брюшины отрицательные. Печень и селезенка не пальпируются. Стул оформлен.
- Симптом Пастернацкого отрицателен с обеих сторон. Мочеиспускание свободное, патологического отделяемого из уретры не отмечено. Наружные половые органы нормально развиты. На коже мошонки имеется множество белесоватых рубчиков. Яички находятся в мошонке.



КТ грудной клетки с контрастированием: сосудистые образования в легком (аневризмы сегментарных ветвей легочной артерии). Аномальное строение вен средостения и, вероятно, нижней полой вены. Признаки легочной гипертензии.



ВОПРОСЫ:

1. Необходимыми для постановки диагноза инструментальными методами обследования являются
2. Больному можно поставить диагноз
3. Для оценки активности данной болезни применяется шкала
4. Тяжелая форма болезни включает
5. Основные препараты для лечения при данной болезни