

Министерство науки и высшего образования Российской Федерации
Федеральное государственное бюджетное научное учреждение
«Научно-исследовательский институт ревматологии
имени В.А. Насоновой»
(ФГБНУ НИИР им. В.А. Насоновой)



**ПРОГРАММА
ГОСУДАРСТВЕННОЙ ИТОГОВОЙ АТТЕСТАЦИИ**
по основной профессиональной образовательной программе
высшего образования (программе ординатуры) по специальности
31.08.46 Ревматология

Трудоёмкость программы: 3 зачетных единицы

Москва 2019

Программа государственной итоговой аттестации по образовательной программе высшего образования – программе ординатуры по специальности 31.08.46 Ревматология разработана в соответствии с:

- 1) Федеральным законом об образовании от 29.12.2012 N 273-ФЗ «Об образовании в Российской Федерации»;
- 2) Федеральным государственным образовательным стандартом высшего образования по специальности 31.08.46 Ревматология, утвержденным приказом Министерства образования и науки Российской Федерации от 25.08.2014 года № 1089.
- 3) приказом Министерства образования и науки Российской Федерации «Об утверждении Порядка проведения государственной итоговой аттестации по образовательным программам высшего образования программам подготовки научно-педагогических кадров в аспирантуре (адъюнктуре), программам ординатуры, программам ассистентуры - стажировки» от 18.03.2016 г. № 227;
- 4) приказом Министерства образования и науки Российской Федерации от 19.11.2013 N 1258 «Об утверждении Порядка организации и осуществления образовательной деятельности по образовательным программам высшего образования – программам ординатуры»;
- 5) приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 18.09.2012 N 191н «Об утверждении документа государственного образца о послевузовском профессиональном образовании, выданного лица, получившим такое образование в ординатуре, и технических требований к нему»;
- 6) «Положением о порядке проведения государственной итоговой аттестации по образовательным программам высшего образования – программ ординатуры в Федеральном государственном бюджетном научном учреждении «Научно-исследовательский институт ревматологии им. В.А.Насоновой», утвержденным директором ФГБНУ НИИР им. В.А.Насоновой 05.3.2019;
- 7) «Положением о регламенте составления, утверждения и применения билетов и тестовых заданий для проведения государственной итоговой аттестации у ординаторов ФГБНУ НИИР им. В.А.Насоновой, утвержденным директором ФГБНУ НИИР 04.02.2019.

Состав рабочей группы

по разработке программы государственной итоговой аттестации по специальности 31.08.46 «Ревматология»:

№ п/п	Фамилия, имя, отчество	Ученая степень, звание	Должность	Место работы
1.	Зоткин Евгений Германович	Доктор медицинских наук	1-й заместитель директора	ФГБНУ НИИР им. В.А.Насоновой
2.	Михайлова Анастасия Сергеевна	Кандидат медицинских наук	Заведующий учебно- методическим отделом	ФГБНУ НИИР им. В.А.Насоновой
3.	Клюквина Наталья Геннадьевна	Доктор медицинских наук	Старший преподаватель	ФГБНУ НИИР им. В.А.Насоновой
4.	Алекперов Ризван Таир оглы	Доктор медицинских наук	Старший преподаватель	ФГБНУ НИИР им. В.А.Насоновой

Программа государственной итоговой аттестации по специальности 31.08.46 Ревматология обсуждена на заседании учебно-методического отдела ФГБНУ НИИР им. В.А. Насоновой « 13 » мая 2019 года.

Программа государственной итоговой аттестации по специальности 31.08.46 Ревматология рассмотрена и утверждена на Ученом Совете ФГБНУ НИИР им. В.А.Насоновой, протокол N от 14.05 2019 года.

1. Цель и задачи государственной итоговой аттестации

Государственная итоговая аттестация по основной образовательной программе высшего образования — программе ординатуры по специальности 31.08.46 Ревматология (далее - ГИА) реализуется в базовой части учебного плана подготовки ординатора очной формы обучения.

Целью ГИА является определение соответствия результатов освоения обучающимися образовательной программы ординатуры по специальности 31.08.46 Ревматология (далее — Программа), соответствующей требованиям федерального государственного образовательного стандарта высшего образования (далее — ФГОС ВО) по специальности 31.08.46 Ревматология.

ЗАДАЧИ ГИА:

1. Оценить уровень сформированности у выпускников универсальных и профессиональных компетенций, определенных ФГОС ВО и образовательной программой высшего образования по специальности 31.08.46 Ревматология;
2. Установить уровень готовности выпускнику к самостоятельному выполнению всех видов профессиональной деятельности, предусмотренных требованиями ФГОС по специальности высшего образования подготовки кадров высшей квалификации в ординатуре, и решению профессиональных задач в своей профилактической, диагностической, лечебной, реабилитационной, психолого-педагогической и организационно-управленческой деятельности.

2. Результаты обучения, оцениваемые на государственной итоговой аттестации

Государственная итоговая аттестация направлена на оценку сформированности следующих универсальных (УК) и профессиональных компетенций (ПК).

Универсальные компетенции (УК):

- Готовность к абстрактному мышлению, анализу, синтезу (УК- 1);
- Готовность к управлению коллективом, толерантному восприятию социальных, этнических, конфессиональных и культурных различий (УК-2);
- Готовность к участию в педагогической деятельности по программам среднего и высшего медицинского образования или среднего и высшего фармацевтического образования, а также по дополнительным профессиональным программам для лиц, имеющих среднее профессиональное или высшее образование в порядке, установленном федеральным органом исполнительной власти, осуществляющем функции по выработке государственной политики и нормативно-правовому регулированию в сфере здравоохранения (УК-3).

Профессиональные компетенции (ПК):

профилактическая деятельность

- Готовность к осуществлению комплекса мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания (ПК- 1);
- Готовность к проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения за здоровыми и хроническими больными (ПК-2); - готовность к проведению противоэпидемических мероприятий, организации защиты населения в очагах особо опасных инфекций, при ухудшении радиационной обстановки, стихийных бедствиях и иных чрезвычайных ситуациях (ПК-3);
- Готовность к применению социально-гигиенических методик сбора и медико-статистического анализа информации о показателях здоровья взрослых и подростков (ПК-4);

диагностическая деятельность

- Готовность к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем (ПК-5);

лечебная деятельность:

- Готовность к наблюдению и лечению пациентов, нуждающихся в оказании ревматологической медицинской помощи (ПК-6);
- Готовность к оказанию медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе участию в медицинской эвакуации (ПК-7);

реабилитационная деятельность

- Готовность к применению природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной терапии и других методов у пациентов, нуждающихся в медицинской реабилитации и санаторно-курортном лечении (ПК-8);

психолого-педагогическая деятельность

- Готовность к формированию у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих (ПК-9);

организационно-управленческая деятельность

- Готовность к применению основных принципов организации и управления в сфере охраны здоровья граждан, в медицинских организациях и их структурных подразделениях (ПК- 10);
- Готовность к участию в оценке качества оказания медицинской помощи с использованием основных медико-статистических показателей (ПК-11);
- Готовность к организации медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе медицинской эвакуации (ПК-12).

3. Объем государственной итоговой аттестации и виды учебной работы

ГИА проводится в форме государственного экзамена.

На ГИА отводится 108 часов (3 зачетных единицы), из которых 6 часов - государственный экзамен, 48 часов - консультации и 54 часа - самостоятельная работа.

К государственной итоговой аттестации допускается обучающийся, не имеющий академической задолженности и в полном объеме выполнивший учебный план или индивидуальный учебный план по Программе. Перед государственным экзаменом проводится консультирование обучающихся по вопросам, включенным в программу государственного экзамена.

4. Порядок проведения и подведения итогов государственной итоговой аттестации

Для проведения ГИА создается государственная экзаменационная комиссия (ГЭК), которая состоит из председателя, секретаря и членов комиссии. Решения ГЭК принимаются простым большинством голосов лиц, входящих в состав комиссии и участвующих в заседании. При равном числе голосов председатель обладает правом решающего голоса. Решения, принятые комиссией, оформляются протоколами.

ГИА проводится в форме государственного экзамена в виде двух испытаний – письменного тестирования и устного собеседования.

При формировании расписания устанавливается перерыв между государственными аттестационными испытаниями продолжительностью не менее 7 календарных дней.

Перед государственным экзаменом проводится предэкзаменационная консультация обучающихся по вопросам, включенным в программу государственного экзамена.

Государственный экзамен проводится в форме устного собеседования с использованием экзаменационных билетов. Продолжительность подготовки обучающегося к ответу составляет не более 45 минут.

Продолжительность сдачи государственного экзамена обучающимся составляет не более 15 минут.

Уровень знаний обучающегося оценивается на «отлично», «хорошо», «удовлетворительно», «неудовлетворительно».

Критерии оценок результатов государственного экзамена:

- знание теоретического материала по предметной области;
- глубина изучения дополнительной литературы;
- глубина и полнота ответов на вопросы.

Ответ оценивается на «отлично», если выпускник, освоивший программу ординатуры:

- дает полные, исчерпывающие и аргументированные ответы на все основные и дополнительные экзаменационные вопросы;
- ответы на вопросы отличаются логической последовательностью, четкостью в выражении мыслей и обоснованностью выводов;
- экзаменуемый демонстрирует знание источников (нормативно-правовых актов, литературы, понятийного аппарата) и умение ими пользоваться при ответе.

Ответ оценивается на «хорошо», если выпускник, освоивший программу ординатуры:

- дает полные, исчерпывающие и аргументированные ответы на все основные и дополнительные экзаменационные вопросы;
- ответы на вопросы отличаются логичностью, четкостью, знанием понятийного аппарата и литературы по теме вопроса при незначительных упущениях при ответах.

Ответ оценивается на «удовлетворительно», если выпускник, освоивший программу ординатуры:

- дает неполные и слабо аргументированные ответы на вопросы, демонстрирующие общее представление и элементарное понимание существа поставленных вопросов, понятийного аппарата и обязательной литературы.

Ответ оценивается на «неудовлетворительно», если выпускник, освоивший программу ординатуры:

- демонстрирует незнание и непонимание существа поставленных вопросов.

Оценки «отлично», «хорошо», «удовлетворительно» означают успешное прохождение государственной итоговой аттестации.

Решения ГЭК принимаются простым большинством голосов лиц, входящих в состав комиссии и участвующих в заседании. При равном числе голосов председатель обладает правом решающего голоса. Решения, принятые комиссией, оформляются протоколами.

На каждого обучающегося заполняется протокол заседания ГЭК по проведению ГИА, в котором отражается перечень заданных вопросов и характеристика ответов на них, мнения членов ГЭК о выявленном в ходе государственного аттестационного испытания уровне подготовленности обучающегося к решению профессиональных задач, а также о выявленных недостатках в теоретической и практической подготовке экзаменуемого. Протокол заседания ГЭК подписывается председателем и секретарем ГЭК. Протоколы заседаний ГЭК сшиваются в книги и хранятся в архиве ФГБНУ Институт ревматологии им. В.А. Насоновой.

Результаты ГИА объявляются в день ее проведения.

При успешном прохождении ГИА обучающемуся выдается документ о высшем образовании и квалификации образца, установленного Министерством здравоохранения Российской Федерации (приказ Минздрава России от 6 сентября 2013 г. № 634н): - диплом об окончании ординатуры.

Для обучающихся из числа инвалидов ГИА проводится с учетом особенностей их психофизического развития, индивидуальных возможностей и состояния здоровья.

По результатам ГИА обучающийся имеет право на апелляцию. Обучающийся имеет право подать в апелляционную комиссию в письменном виде апелляцию о нарушении, по его мнению, установленной процедуры проведения ГИА и (или) несогласия с результатами государственного экзамена.

Апелляция подается лично обучающимся в апелляционную комиссию не позднее следующего рабочего дня после объявления результатов ГИА. Апелляция рассматривается не позднее 2 рабочих дней со дня подачи апелляции на заседании апелляционной комиссии, на которое приглашаются председатель ГЭК и обучающийся, подавший апелляцию

Решение апелляционной комиссии доводится до сведения обучающегося, подавшего апелляцию, в течение 3 рабочих дней со дня заседания апелляционной комиссии. Факт ознакомления обучающегося, подавшего апелляцию, с решением апелляционной комиссии удостоверяется подписью обучающегося.

5. Программа государственного экзамена

5.1. Рекомендации по подготовке к государственному экзамену

Подготовка к государственному экзамену должна осуществляться в соответствии с программой ГИА для обучающихся по основным профессиональным образовательным программам высшего образования (программам ординатуры) по специальности 31.08.46 Ревматология, по вопросам, которые выносятся на государственный экзамен.

В процессе подготовки к государственному экзамену необходимо опираться на рекомендуемую научную и учебную литературу, современные клинические рекомендации и стандарты ведения больных, а также использовать материалы электронной информационно-образовательной среды для обучающихся по программам подготовки кадров высшей квалификации (программам ординатуры).

Для систематизации знаний ординаторам необходимо посещение предэкзаменационных консультаций, которые проводятся по расписанию, утвержденному распорядительным актом ФГБНУ НИИР им. В.А.Насоновой, и доводятся до обучающихся не позднее чем за 30 календарных дней до проведения первого государственного аттестационного испытания.

Государственный экзамен проводится в виде двух государственных аттестационных испытаний – письменного тестирования и устного собеседования. Государственное аттестационное испытание – тестирование – включает письменные ответы на 50 текстовых заданий с одним вариантом правильного ответа. Государственное аттестационное испытание – собеседование – включает устные ответы на два вопроса экзаменационного билета и решение одной задачи.

Содержание ответов на экзаменационные вопросы должно соответствовать требованиям ФГОС по специальности 31.08.46 Ревматология (уровень подготовки кадров высшей квалификации). При ответе на вопросы ординатор должен продемонстрировать уровень знаний и степень сформированности универсальных и профессиональных компетенций. При подготовке к ответу рекомендуется составить письменный расширенный план ответа по каждому вопросу. Ответы на вопросы следует излагать структурированной и логично, ответы по форме должны быть уверенными и четкими. Следует избегать ошибок в терминологии и следить за культурой речи.

В процессе подготовки и сдачи практических навыков обучающиеся должны изучить и продемонстрировать знание квалификационной характеристики врача-ревматолога, знание основных требований, предъявляемых к работнику в отношении специальных теоретических знаний по избранной специальности, а также знаний законодательных и иных нормативных правовых актов, положений, инструкций и других документов, методов и средств, которые работник должен уметь применять при выполнении должностных обязанностей.

Выпускник ординатуры должен изучить и быть готовым и способным выполнять в полном объеме должностные обязанности врача-ревматолога, устанавливающие перечень основных функций с учетом полученного высшего профессионального образования по избранной специальности.

Должен подготовиться к демонстрации знаний, умений и навыков сформированных профессиональных компетенций врача-ревматолога, обеспечивающих выполнение

профилактической, диагностической, лечебной, реабилитационной, психолого-педагогической, организационно-управленческой деятельности: получать информацию о заболевании; применять объективные методы обследования больного; выявлять общие и специфические признаки заболевания; выполнять перечень работ и услуг для диагностики заболевания, оценки состояния больного и клинической ситуации в соответствии со стандартом медицинской помощи; определять показания для госпитализации и организовывать ее; проводить дифференциальную диагностику; обосновывать клинический диагноз, план и тактику лечения больного; выполнять перечень работ и услуг для лечения заболевания, состояния, клинической ситуации в соответствии со стандартом медицинской помощи; осуществлять первичную профилактику в группах высокого риска; проводить экспертизу временной нетрудоспособности, направлять пациентов с признаками стойкой утраты трудоспособности для освидетельствования на МСЭ; проводить необходимые противоэпидемические мероприятия при выявлении инфекционного заболевания; проводить диспансеризацию здоровых и больных; проводить санитарно-просветительскую работу среди больных и их родственников по укреплению здоровья и профилактике заболеваний, пропаганде здорового образа жизни.

При подготовке к данному этапу ординатор должен ознакомиться с перечнем профессиональных умений для сдачи практических навыков, включенных в методическое обеспечение ГИА учебно-методическим отделом НИИР им. В.А. Насоновой, быть готовым продемонстрировать владение алгоритмом выполнения обязательных врачебных диагностических и лечебных манипуляций, соответствующих профессиональному стандарту врача-ревматолога.

При экзаменационном собеседовании проверяется способность экзаменуемого использовать приобретенные знания, умения и практические навыки для решения профессиональных задач врача-ревматолога.

Успешно прошедшим государственную итоговую аттестацию считается ординатор, прошедший выпускной экзамен по специальности на положительную оценку («удовлетворительно», «хорошо», «отлично»). При получении оценки «неудовлетворительно» решением экзаменационной комиссии назначается повторная сдача экзамена в установленном порядке. Экзаменуемый имеет право опротестовать в установленном порядке решение экзаменационной комиссии.

5.2. Фонд оценочных средств

5.2.1. Вопросы для собеседования

1. Организация ревматологической службы в Российской Федерации.
2. Ревматологический кабинет и работа врача-ревматолога в поликлинике.
3. Организация центра антицитокиновой терапии.

4. История отечественной ревматологии.
5. Основные типы иммунного ответа, особенности их формирования.
4. Основные признаки иммунного и аутоиммунного воспалительного процесса.
5. Строение и функции клеточных элементов соединительной ткани (фибробласты, макрофаги, тучные клетки).
6. Роль цитокинов в патогенезе ревматических заболеваний.
7. Основные эффекты иммунопатологии В-клеток.
8. Основные эффекты иммунопатологии Т-клеток.
9. Оценка суставного синдрома у больных ревматическими заболеваниями.
10. Методы обследования в ревматологии.
11. Лабораторные биомаркеры ревматических заболеваний.
12. Показатели острофазового ответа при ревматических заболеваниях.
13. Антигены системы HLA при ревматических заболеваниях.
14. Инструментальные методы диагностики в ревматологии (виды, показания, диагностическая значимость)
15. Методы лучевой диагностики в ревматологии (виды, показания, диагностическая значимость).
16. Показания и противопоказания к внутрисуставному введению лекарственных препаратов при ревматических заболеваниях.
17. Острая ревматическая лихорадка, распространенность, заболеваемость, этиология, патогенез, патоморфология.
18. Диагностика острой ревматической лихорадки.
19. Клиника и лечение острой ревматической лихорадки. Инфекционный эндокардит: клиника, диагностика, лечение.
20. Ревматоидный артрит (РА): определение, этиология и патогенез.
21. Ревматоидный артрит: диагностические критерии, клиническая картина.
22. Ревматоидный артрит: варианты течения.
23. Ревматоидный артрит: методы оценки и прогрессирования заболевания.
24. Факторы риска неблагоприятного прогноза при ревматоидном артрите
25. Ревматоидный артрит: современные принципы лечения.
26. Методы интенсификации лечения РА. Оценка эффективности проводимой базисной терапии при РА.
27. Рефрактерный ревматоидный артрит: характеристика, основные клинические признаки, принципы терапии.
28. Недифференцированный артрит: определение, дифференциальная диагностика.
- 29.

30. Клиника, диагностика и лечение особых вариантов течения РА — синдрома Фелти и болезни Стилла взрослых.
31. Современные принципы лечения ревматоидного артрита.
32. Тактика применения генно-инженерных биологических препаратов у больных ревматоидным артритом.
33. Спондилоартриты: классификация, диагностика, основные подходы к лечению.
34. Определение, этиология и патогенез анкилозирующего спондилита.
35. Анкилозирующий спондилит: классификация, клиническая картина, методы диагностики.
36. Анкилозирующий спондилит: методы оценки активности и прогрессирования болезни. Варианты течения.
37. Анкилозирующий спондилит: современные подходы к терапии.
38. Клиническая, лабораторная и инструментальная диагностика анкилозирующего спондилоартрита.
39. Определение, этиология и патогенез псориатического артрита.
40. Клиническая картина псориатического артрита.
41. Диагностика и дифференциальная диагностика псориатического артрита.
42. Лечение псориатического артрита.
43. Определение, распространенность, этиология и патогенез болезни Лайма.
44. Клиническая картина болезни Лайма.
45. Диагностика и дифференциальная диагностика болезни Лайма.
46. Микрористаллические артропатии: классификация, диагностика, дифференциальная диагностика, особенности клиники.
47. Подагрический артрит: этиология и патогенез.
48. Подагра: алгоритм лечения.
49. Пирофосфатная артропатия: этиология, патогенез, диагностические критерии.
50. Пирофосфатная артропатия: клиническая картина, лечение.
51. Основные принципы профилактики остеопороза (ОП).
52. Этиопатогенетическая классификация остеопороза. Факторы риска развития ОП.
53. Основные группы препаратов, используемые для лечения остеопороза.
54. Остеоартрит. Классификация, этиология, патогенез, факторы риска. Принципы терапии.
55. Идиопатические воспалительные миопатии: классификация, этиология, патогенез. Критерии диагноза.
56. Идиопатические воспалительные миопатии: диагностика, дифференциальный диагноз. Варианты течения.

57. Идиопатические воспалительные миопатии: современные подходы к лечению.
58. Синдром запястного канала: клиническая картина, диагностика, лечение.
59. Первичная фибромиалгия: определение, этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение.
60. Этиология и патогенез реактивных артритов.
61. Реактивный артрит. Диагностика, дифференциальная диагностика, лечение.
62. Классификация реактивных артритов.
63. Клиника, диагностика и лечение реактивных артритов.
64. Туберкулезное поражение суставов и позвоночника. Клиника, диагностика, лечение.
65. Бактериальный артрит и инфекции протезированного сустава: определение, клиника, диагностика, лечение.
66. Системная красная волчанка: эпидемиология, этиология, патогенез.
67. Системная красная волчанка: классификация, варианты течения. Диагностические критерии заболевания.
68. Системная красная волчанка: основные клинические и лабораторные проявления.
69. Системная красная волчанка: методы оценки активности и исходов заболевания.
70. Дифференциальный диагноз системной красной волчанки на ранней стадии.
71. Системная красная волчанка: современные принципы терапии.
72. Тактика ведения беременных больных системной красной волчанкой.
73. Варианты течения системной красной волчанки. Особенности системной красной волчанки в детском и пожилом возрасте.
74. Тактика применения генно-инженерных биологических препаратов у больных системной красной волчанкой.
75. Антифосфолипидный синдром: эпидемиология, клиническая картина, критерии диагностики.
76. Антифосфолипидный синдром: принципы лечения и мониторинга больных.
77. Антифосфолипидный синдром: варианты, особенности клинической картины и лечения.
78. Системная склеродермия: этиология, патогенез, клиника, диагностика.
79. Системная склеродермия: эпидемиология, варианты течения и стадии развития. Клинические формы системной склеродермии.
80. Системная склеродермия: принципы терапии, мониторинг больных.
81. Показания к назначению генно-инженерных биологических препаратов при системной склеродермии.
82. Ювенильная системная склеродермия: особенности клинической картины и подходов к лечению.

83. Определение, этиология и патогенез болезни Шегрена.
84. Клиническая картина болезни Шегрена.
85. Диагностика и дифференциальная диагностика болезни Шегрена.
86. Лечение болезни Шегрена.
87. Современная классификация системных васкулитов.
88. Основные принципы диагностики системных васкулитов.
89. Определение, этиология, патогенез и клиника микроскопического полиангиита.
90. Принципы лечения некротизирующих васкулитов.
91. Гигантоклеточный артериит: клиника, диагностика, лечение.
92. Неспецифический аортоартериит: клиническая картина, принципы диагностики и лечения.
93. Гранулематоз с полиангиитом: определение, клиническая картина, классификационные критерии.
94. Гранулематоз с полиангиитом: дифференциальная диагностика, принципы лечения.
95. АНЦА - ассоциированные васкулиты: определение, особенности клинической картины, диагностические критерии.
96. АНЦА-ассоциированные васкулиты: современные подходы к терапии.
97. Болезнь Бехчета: эпидемиология, клиника, диагностика, диагностические критерии.
98. Болезнь Бехчета: варианты заболевания, методы лечения.
99. Смешанное заболевание соединительной ткани: определение, клиническая картина, современные подходы к терапии.
100. Ревматическая полимиалгия. Диагностика, клиника, лечение.
101. Панникулиты: классификация, клиническая картина, методы диагностики.
102. Панникулиты: клиническая картина, варианты, методы лечения.
103. Панникулиты: вопросы дифференциальной диагностики, особенности течения и современные подходы к терапии.
104. Планирование беременности и наблюдение за беременными с ревматическими заболеваниями.
105. Скрининг и мониторинг туберкулезной инфекции у больных ревматическими заболеваниями.
106. Периперационное ведение больных, нуждающихся в эндопротезировании крупных суставов.
107. Аминохинолиновые препараты. Механизмы действия. Показания. Принципы назначения. Осложнения.

108. Цитостатики: классификация, механизмы действия, показания, принципы назначения, осложнения.
109. Метотрексат: механизм действия, показания, осложнения, мониторинг лечения.
110. Метотрексат: принцип и показания к назначению, регистрация и профилактика осложнений.
111. Пульс-терапия в ревматологии: определение, показания, варианты, контроль осложнений.
112. Нестероидные противовоспалительные препараты: классификация, основные группы, сравнительная характеристика.
113. Нестероидные противовоспалительные препараты (НПВП): показания и противопоказания к применению, побочные эффекты, мониторинг лечения.
114. Классификация НПВП по химическому строению и по степени селективного ингибирования ЦОГ-2.
115. Глюкокортикоиды: показания, принципы назначения, осложнения.
116. Болезнь-модифицирующие базисные препараты: основные группы, характеристика, показания к применению.
117. Болезнь-модифицирующие базисные препараты: основные группы, побочные действия, мониторинг осложнений.
118. Профилактика и лечение побочных эффектов болезнь-модифицирующих базисных препаратов.
119. Генно-инженерная биологическая терапия, механизмы действия, показания, принципы назначения, контроль осложнений.
120. Неблагоприятные реакции на генно-инженерные биологические препараты.
121. Генно-инженерные биологические препараты и инфекции.
122. Иммуногенность генно-инженерных биологических препаратов при ревматических заболеваниях.
123. Сравнительная эффективность и безопасность генно-инженерных биологических препаратов.
124. Роль лабораторных показателей в диагностике, оценке активности и прогрессирования ревматических заболеваний.
125. Роль лабораторных биомаркеров в оценке эффективности терапии ревматических заболеваний генно-инженерными биологическими препаратами
126. Онкологические осложнения в ревматологии: диагностика, дифференциальная диагностика.
127. Ревматические проявления эндокринных заболеваний.

128. Ревматические проявления заболеваний крови.
129. Методы выявления и профилактики вирусных гепатитов при антицитокиновой терапии.
130. Артриты, ассоциированные с воспалительными заболеваниями кишечника: этиология, патогенез, классификация.
131. Артриты, ассоциированные с воспалительными заболеваниями кишечника: диагностика, лечение.
132. Реабилитация больных ревматическими заболеваниями.
133. Коморбидные состояния у больных ревматическими заболеваниями.

5.2.2. Ситуационные задачи по специальности «Ревматология»

ЗАДАЧА № 1.

Мужчина 32 лет обратился в клинику по поводу болей в нижней части спины и ягодицах, в позвоночнике, длящихся около года. Отмечает утреннюю скованность в поясничном отделе позвоночника в течение 2 часов, которая уменьшается после различных движений и упражнений. 6 месяцев назад перенес эпизод внезапно возникшей боли в правом глазу, по назначению офтальмолога (увеит\ирит) использовал глазные капли, содержащие стероиды с положительным эффектом. У отца пациента были похожие боли в спине. При осмотре: суставы без видимых изменений. Пробы Томайера, Шобера, Форестье, Отта положительные. Границы сердца и легких в пределах нормы. Тоны сердца ясные, ритм правильный, ЧСС 64 в мин. При аускультации в легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Печень, селезенка не увеличены. Отеков нет.

ВОПРОСЫ:

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Перечислите диагностические критерии заболевания.
3. Представьте стандарты лабораторно-инструментального обследования пациентов с данной патологией.
4. Представьте стандарты лечения пациентов с данным заболеванием.

ЗАДАЧА № 2.

Больная Ш., 45 лет, при поступлении в клинику жаловалась на боли и припухлость мелких суставов обеих кистей, стоп, ограничения подвижности в крупных суставах конечностей из-за болевого синдрома, утреннюю скованность до обеда. Больна 7 лет. Постоянно принимала 7,5 мг преднизолона в сутки, НПВП (диклофенак натрия по 50—75 мг/сут). При осмотре: деформация лучезапястных, пястно-фаланговых, проксимальных межфаланговых и локтевых суставов. ОАК: эритроциты— НБ— 116 г/л, лейкоциты — 9×10^9 /л, СОЭ— 50 мм/ч. Ревматоидный фактор IgM -

28 МЕ/мл, антитела к циклическому цитруллинированному пептиду - 236 МЕ/мл Рентгенография кистей: околосуставный остеопороз, сужение суставных щелей, множественные эрозии и узурь в области проксимальных межфаланговых суставов.

ВОПРОСЫ:

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Перечислите диагностические критерии заболевания.
3. Представьте стандарты лечения пациентов с данным заболеванием.
4. Выберите оптимальную тактику лечения больной в данном случае.

ЗАДАЧА № 3.

Больная Р., 26 лет. Поступила в клинику с жалобами на боль в пястно-фаланговых, лучезапястных, коленных суставах, припухлость данных суставов, ограничение движений в них. По утрам отмечает скованность в пораженных суставах до 12 часов дня. Заболевание возникло 7 месяцев назад после ОРВИ. При осмотре: деформация пястно-фаланговых, лучезапястных, коленных суставов, ограничение подвижности, снижение силы сжатия кистей. (Границы сердца в норме. Тоны сердца ясные, ритм правильный ЧСС 84 уд/мин, АД 120/80 мм рт. ст.. В легких и органах брюшной полости изменений не выявлено. ОАК: Нв 110 г/л, СОЭ — 36 мм/ч, СРБ - 17 Мг/мл, альфа-2-глобулины — 11,6 %, γ -глобулины — 25%. Рентгенография кистей: признаки околосуставного остеопороза в области пястно-фаланговых суставов.

ВОПРОСЫ:

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Представьте стандарты лабораторно-инструментального обследования пациентов с данной патологией
3. Перечислите диагностические критерии заболевания.
4. Представьте стандарты лечения пациентов с данным заболеванием.

ЗАДАЧА 4.

Пациентка 68 лет, страдает ревматоидным артритом около 25 лет. Длительное время постоянно принимает преднизолон (5— 10 мг/сут). За время болезни проводилось лечение различными синтетическими болезнью-модифицирующими лекарственными препаратами (метотрексат, сульфасалазин, гидроксихлорохин), которое не принесло существенного эффекта. В последние 2—3 года сильных болей, припухания в области суставов не отмечает. Однако около 6 месяцев назад стали появляться отеки голеней. Госпитализация связана с необходимостью уточнения диагноза и коррекции схемы лечения. При осмотре: больная повышенного питания, медикаментозный кушингоид (синюшные стрии на животе и верхних конечностях, лунообразное

лицо). Положение вынужденное из-за болей в крупных суставах ног при активных движениях. Кожные покровы сухие, есть трофические изменения на коже рук, голеней, деформация суставов кистей (ульнарная девиация, «шея лебедя»), движения в лучезапястных суставах отсутствуют. Деформация коленных суставов (X-образная), голеностопных суставов, стоп. Движения в тазобедренных, коленных суставах ограничены из-за анкилозов. Массивные отеки голеней до уровня коленных суставов. Над легкими перкуторно легочный звук, аускультативно — дыхание везикулярное. Границы относительной сердечной тупости расширены влево на 2 см. Тоны сердца приглушены, ритм правильный. АД — 165/100 мм.рт.ст. ЧСС — 82 уд./мин. Живот мягкий, болезненный в эпигастральной области. Склонность к запорам. **Общий анализ крови:** эритроциты — $3,1 \times 10^{12}/л$, НЬ — 85 г/л, лейкоциты — $8,2 \times 10^9/л$, СОЭ — 75 мм/ч. **ОАМ:** белок — 1,52 г/л, сахар - следы, лейкоциты 5—6 в п/зр., эритроциты — 0-2 в п/зр. **Биохимический анализ крови:** мочевина 14,5 ммоль/л, креатинин 190 мкмоль/л, СРБ 5 г/л, общий белок — 42 г/л, серомукоид — 0,16, ревматоидный фактор (РФ)-10 МЕ/мл.

ВОПРОСЫ:

1. Сформулируйте диагноз.
2. Составьте план обследования и проведите анализ выявленных изменений при обследовании.
3. Объясните механизм появления отеков у пациентки? С какими отеками их необходимо дифференцировать?
4. Сформулируйте лечебную тактику.

ЗАДАЧА № 5.

Пациентка Б., 24 года, переведена в отделение ревматологии из отделения нефрологии в тяжелом состоянии с жалобами на сильную головную боль, выраженную слабость, боли ноющего характера в области сердца, боли во всех суставах и мышцах, отеки на лице и на ногах, повышение температуры тела до 39 °С. 2 недели назад у пациентки внезапно начала повышаться температура тела, появилась головная боль, боли в суставах. В это время была эпидемия гриппа, и больная расценила свое состояние как ОРВИ. К врачу обратиться не стала, лечилась народными средствами. В течение 2 недель состояние прогрессивно ухудшалось: похудела на 6 кг, нарастала выраженная слабость, появились отеки на лице и на ногах. Родственники вызвали участкового врача. Были взяты анализы крови и мочи. **ОАК:** эритроциты $2,1 \times 10^{12}/л$, Нв 74 г/л, лейкоциты $3,2 \times 10^9/л$, СОЭ 56 мм/час.

ОАМ: белок — 2,3 г/л, эритроциты — 20—30 в поле зрения, лейкоциты — 15—20 в поле зрения, цилиндры — 5—6 в поле зрения.

С диагнозом «острый гломерулонефрит» пациентка экстренно госпитализирована в отделение нефрологии. При осмотре: состояние тяжелое. Положение пассивное. Больная заторможена, но на вопросы отвечает правильно. Нормального телосложения. Температура тела — 38,5 °С. Одутловатость лица, век. Гиперемия щек и спинки носа. Эритема кожи и ощущение жжения в кончиках пальцев рук. Множественные язвочки на слизистой полости рта, хейлит. Периферические (поднижнечелюстные, подмышечные, паховые) лимфоузлы до 1 см, безболезненны. Перкуторно над легкими легочный звук, притупление звука с обеих сторон в нижних долях. Дыхание везикулярное, ослабленное, в нижних отделах не проводится, единичные рассеянные сухие хрипы по всем полям. Границы сердца не расширены. Тоны приглушены, ритм правильный, ЧСС — 110 уд./мин, мягкий дующий систолический шум во всех точках аускультации. АД на обеих руках — 160/105 мм рт. ст. Печень не увеличена, живот мягкий, безболезненный. Отечность голеней. Суставы кистей несколько отечны, при пальпации болезненны. Стул в норме, диурез снижен: выпивает около литра в сутки, выделяет 800 мл.

ВОПРОСЫ:

1. Сформулируйте предварительный клинический диагноз.
2. Какие лабораторные исследования необходимо выполнить пациентке? Какие изменения в общем и биохимическом анализах крови, ОАМ, характерные для данного заболевания, можно обнаружить? Какие иммунологические маркёры могут быть обнаружены при обследовании?
3. Какие инструментальные обследования могут выявить поражение тех или иных внутренних органов у этой пациентки?
4. Лечебная тактика. Назначьте комплексное лечение на стационарном и амбулаторном этапе.

ЗАДАЧА 6

Больная А., 58 лет, продавец. При поступлении предъявляет жалобы на периодические боли в суставах ног, которые резко усиливались при длительной ходьбе, физическом напряжении, спуске по лестнице; чувство утренней скованности в них около получаса; треск при движениях в них; неприятные ощущения в поясничном отделе позвоночника.

Из анамнеза выяснено, что страдает данным заболеванием 10 лет. Начало заболевания постепенное с поражения коленных суставов, а также поясничного отдела позвоночника. Изредка после интенсивной физической работы в области коленных суставов отмечалась припухлость, которая держалась в течение 7-8 дней и исчезала после ограничения движений в них и применения индометациновой мази. В последнее время состояние ухудшилось, боли в суставах и

позвоночнике стали более интенсивными и продолжительными, присоединилось чувство утренней скованности. Анамнез жизни без особенностей.

Объективно: телосложение правильное, питание повышенное, передвигается с трудом из-за болей в коленных и голеностопных суставах. Кожные покровы внешне не изменены. Деформация коленных суставов за счет преобладания пролиферативных изменений, объем активных движений в них несколько снижен. Голеностопные суставы внешне не изменены, движения в них сохранены. Отмечается крепитация при движениях в коленных и голеностопных суставах. Болезненность при пальпации в паравертебральной области поясничного отдела позвоночника, в коленных и голеностопных суставах. Границы легких и сердца перкуторно в пределах нормы. Тоны сердца ясные, ритм правильный, ЧСС 74 в мин. АД 140/90 мм.рт.ст. При аускультации в легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Живот мягкий, б/б при пальпации. Печень +1 см из-под края реберной дуги. Селезенка перкуторно не увеличена. Отеков нет.

ОАК: НЬ-123 г/л, лейкоциты – 7.3×10^9 /л, СОЭ-20 мм/ч.

Глюкоза крови- 4,9 ммоль/л. ПТИ - 90⁰/0

Биохимический анализ крови: общий белок - 79,2 г/л; альбумины 53, 94, мочевиная кислота - 335 мкмоль/л, АСЛ - О - 125 ед, холестерин-5,2 ммоль/л, СРБ -2 МЕ/мл.

Общий анализ мочи без изменений.

Синовиальная жидкость - незначительное помутнение, отсутствие кристаллов, лейкоциты (менее 2000 клеток/мм, менее 2500 нейтрофилов).

Иммуноглобулины А - 2,4 г/л, М - 1,0 г/л, G - 10,0 г/л.

ЭКГ: полугоризонтальная электропозиция сердца.

Рентгенография коленных суставов: сужение суставных щелей, субхондральный остеосклероз сочленяющихся поверхностей костей, по краям - крупные остеофиты, в эпифизах - кистовидная перестройка костной ткани.

ЗАДАНИЕ:

1. Сформулируйте клинический диагноз.
2. Обоснуйте методы необходимого дополнительного обследования.
3. Представьте тактику лечения пациента.
4. Обоснуйте прогноз и экспертизу трудоспособности
- 5.

ЗАДАЧА 7

Больная С., 50 лет, парикмахер.

При поступлении предъявляет жалобы на утреннюю скованность в кистях до 12 часов дня, умеренные боли в мелких суставах кистей, локтевых, коленных и голеностопных суставах,

усиливающиеся к утру и при малейшем движении, изменение формы поражённых суставов, ограничение движений в них, слабость в руках, одышку смешанного характера при подъёме на 2-ой этаж, периодически сердцебиение и колющие боли за грудиной, субфебрилитет, общую слабость.

Из анамнеза: заболевание началось 6 лет назад после нервно-эмоционального перенапряжения с припухлости и болей во 2-ом и 3-ем пястно-фаланговых суставах левой кисти. Через месяц присоединились боли и отёки в области проксимальных межфаланговых и пястно-фаланговых суставов правой кисти. Назначенное лечение индометацином привело к незначительному уменьшению суставного синдрома, однако полностью купировать его не удалось. Через 6 месяцев после перенесённого ОРВИ вновь усилился болевой синдром в кистях и появились боли в коленных и голеностопных суставах. В течение последних 3 лет стало беспокоить сердцебиение, одышка при ранее хорошо переносимых нагрузках и боли за грудиной. Последнее ухудшение самочувствия связывает с физическим перенапряжением.

ОБЪЕКТИВНОЕ ОБСЛЕДОВАНИЕ

Телосложение правильное, питание удовлетворительное, по конституции - нормостеник, t тела 37°C . Кожные покровы на руках сухие, с участками шелушения, тургор тканей рук снижен, расчёсов нет. Межкостная амиотрофия кистей. Сила рук 3 балла. На разгибательной поверхности предплечий - безболезненные плотноватые узелковые образования $0,5 \times 0,8$ см, не спаянные с окружающими тканями. Отмечается припухлость 2-5 проксимальных межфаланговых суставов обеих кистей, повышение кожной температуры над этими суставами, болезненность их при пальпации и ограничение активных движений в них. Положителен симптом бокового сжатия кистей. Дефигурация локтевых суставов и болезненность их при пальпации. Положителен симптом баллотирования надколенника справа, припухлость и ограничение движений в правом коленном суставе. Крепитация при движениях в левом коленном суставе и обоих голеностопных суставах.

Число дыхательных движений - 17 в минуту, ЧСС = 74 в минуту, АД = 120/80 мм.рт.ст, несколько приглушен 1-ый тон на верхушке сердца. В остальном внутренние органы без видимой патологии.

ЗАДАНИЕ:

1. Установите предварительный диагноз.
2. Составьте план дополнительного обследования.
3. Охарактеризуйте возможные лабораторные отклонения.
4. Представьте алгоритм лечения больной.

ЗАДАЧА 8

Больной А., 34 лет, военнослужащий.

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

Из анамнеза: болен в течение 9 лет, когда через месяц после дизурических явлений (учащение, резь при мочеиспускании) появились боли, припухлость и повышение местной температуры левого голеностопного сустава. Дизурические явления носили рецидивирующий характер. Затем присоединились боли в правом голеностопном и обоих коленных суставах. В течение последних полутора лет появились боли в пояснично-крестцовом отделе позвоночника, температура тела повышалась до 37,5-38,1°C. СОЭ поднималась до 50 мм/ч. Периодически в течение последних двух лет возникало ощущение песка в глазах, повышенное слезотечение и рези в глазах в конце рабочего дня.

ОБЪЕКТИВНОЕ ОБСЛЕДОВАНИЕ

Больной достаточно активный, телосложение правильное, питание удовлетворительное, повышенная ломкость ногтей. На коже - полиморфная сыпь, чешуйчатое шелушение в виде бляшек на конечностях. Инъецированность обеих склер.

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

ДАННЫЕ ДОПОЛНИТЕЛЬНЫХ МЕТОДОВ ОБСЛЕДОВАНИЯ

Общий анализ крови: Нв-160 г/л, лейкоциты $9,6 \times 10^9$ /л, СОЭ-39 мм/ч.

Биохимический анализ крови: общий белок-84,7 г/л, альбумины – 52, 9%, глобулины – α_1 - 3,89%, α_2 9,2%, β – 12, 9%, γ – 23,9%; билирубин -10,6 мкмоль/л, холестерин- 4,6 ммоль/л, мочева кислота - 375 мкмоль/л, глюкоза – 4.8 ммоль/л. ПТИ 87%.

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

HLA-B27 (+). Ревматоидный фактор отрицательный

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

Расширенный мазок на урогенитальную флору - обнаружено присутствие хламидий.

ЭКГ: вертикальная позиция сердца.

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

Консультация дерматовенеролога - аллергический дерматит в сочетании с кератодермией.

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

ЗАДАНИЕ

1. Установите предварительный диагноз
2. Проанализируйте результаты дополнительного обследования
3. Проведите дифференциальный диагноз
4. Представьте тактику лечения

ЗАДАЧА 9

Больной Л., 39 лет, автослесарь.

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

Из анамнеза: страдает вышеперечисленными жалобами около 10 лет. Начало болезни острое, с поражения поясничного отдела позвоночника, коленных и тазобедренных суставов. Коленные суставы припухали, воспалительные изменения в суставах носили рецидивирующий характер. В течение последних 2-х лет обострение заболевания сопровождается ощущением утренней скованности в пораженных суставах. Неоднократно регистрировалось ускорение СОЭ до 40-50 мм/час.

ОБЪЕКТИВНОЕ ОБСЛЕДОВАНИЕ

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

Отмечается сглаженность поясничного лордоза, атрофия мышц, положительный симптом "тетивы". Выраженная припухлость и деформация коленных суставов за счёт экссудативных изменений. При пальпации определяется болезненность в пояснично-крестцовом отделе позвоночника, в области крестцово-подвздошных сочленений и коленных суставов. Положительны симптомы Кушелевского, Отта, Шобера и Томайера. Границы легких и сердца в пределах нормы. Тоны сердца ясные, ритм правильный, патологических шумов нет, ЧСС 72 в мин. АД 120/75 мм.рт.ст. При аускультации в легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Печень, селезенка не увеличены.

ЗАДАНИЕ

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Составьте план дополнительного обследования с указанием ожидаемых результатов.
3. Проведите дифференциальный диагноз.
4. Сформулируйте алгоритм лечения и проведите трудовую экспертизу

ЗАДАЧА 10

Больная Т., 22 лет, секретарь-референт.

Заболела около 7 месяцев назад: появились боли в крупных суставах, субфебрильная температура тела, увеличение СОЭ до 38 мм/час. Лечилась по поводу реактивного артрита, получала пенициллин. Через 6 месяцев стала нарастать слабость, появились головокружение, головная боль, резкое снижение остроты зрения на левый глаз. Терапевтом выявлено ослабление пульса на левой лучевой артерии, повышение АД. Направлена в стационар.

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

ЗАДАНИЕ

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Составьте план дополнительного обследования.
3. Проведите дифференциальный диагноз.
4. Определите тактику лечения.

ЗАДАЧА 11

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

ЗАДАНИЕ

1. Установите предварительный диагноз.
2. Сформулируйте план дополнительного обследования.
3. Дать характеристику возможного дифференциального поиска
4. Определить тактику лечения.

ЗАДАЧА 12

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

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

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

ЗАДАНИЕ

1. Сформулировать предварительный диагноз.
2. Представить план дополнительного обследования.
3. Провести дифференциальный диагноз.
4. Определить тактику лечения.

ЗАДАЧА 13

Пациентка 65 лет, страдает лимитированной системной склеродермией. В течение последнего года в связи с выявлением интерстициального поражения легких получает терапию глюкокортикоидами (метилпреднизолон) в дозе 4 мг в день, пеницилламином в дозе 250 мг в день.

На фоне проводимой терапии стала отмечать снижение толерантности к физической нагрузке, слабость, некоторое усиление одышки.

ЗАДАНИЕ

1. Укажите возможные причины ухудшения состояния
2. Сформируйте план дополнительного обследования больной
3. Определите тактику лечения в зависимости от причин развития проявлений

ЗАДАЧА 14

Больной Н., 20 лет, студент. Страдает врожденным пороком сердца - дефект межжелудочковой перегородки. При поступлении жалуется на слабость, ознобы с подъемом температуры до 39-40 °С, проливные поты при снижении температуры, одышку при малейшей физической нагрузке, артралгии. Болен в течение недели, когда через 3-4 дня после экстракции коренного зуба справа отметил повышение температуры тела, слабость. Принимал жаропонижающие препараты без эффекта. Лихорадка и слабость прогрессировали, присоединились боли в суставах, одышка. Бригадой скорой помощи доставлен в стационар.

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

ЗАДАНИЕ

1. Установить предварительный диагноз.
2. Сформулировать план дополнительного обследования.
3. Провести дифференциальный диагноз.
4. Определить тактику лечения.

ЗАДАЧА 15

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

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

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

ЗАДАНИЕ

1. Установить предварительный диагноз.
2. Сформулировать план дополнительного обследования.

3. Провести дифференциальный диагноз.
4. Определить тактику лечения.

ЗАДАЧА № 16

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

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

Объективно: телосложение правильное, повышенного питания. В области хрящевой части ушных раковин пальпируются безболезненные плотные образования величиной 0,3 x 0,2 см, белесоватые на изгибе. Кожные покровы чистые, достаточной влажности. Тургор тканей сохранен. Отмечаются костные деформации в области 1-го и 2-го плюснефаланговых суставов правой стопы с формированием hallus valgus, сочетающиеся с припухлостью, покраснением кожи и повышением местной температуры над этими же суставами. Симптом бокового сжатия правой стопы положительный. Незначительное ограничение движений 1-го и 2-го пальцев правой стопы. Правый голеностопный сустав припухший, горячий и болезненный при пальпации. Объем активных и пассивных движений в нем ограничен из-за боли. Тоны сердца приглушены, акцент 2 тона на аорте, АД 150/100 мм.рт.ст. При аускультации в легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Живот увеличен в объеме за счет подкожно-жировой клетчатки. Печень +2 см из-под края реберной дуги. Отеков нет.

ЗАДАНИЕ

1. Установить предварительный диагноз.
2. Составить план дополнительного обследования с указанием ожидаемых результатов.
3. Провести дифференциальный диагноз.

4. Сформулировать тактику лечения.

ЗАДАЧА № 17

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

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

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

ЗАДАНИЕ

1. Установить и сформулировать предварительный диагноз.
2. Составить план дополнительного обследования с указанием ожидаемых результатов.
3. Провести дифференциальный диагноз.
4. Рассмотреть возможную тактику лечения.

ЗАДАЧА 18

Больная Т., 35 лет, поступила с жалобами на общую слабость, тошноту, периодические головные боли. При просмотре амбулаторной карты выявлены изменения в анализах мочи в виде протеинурии. При осмотре лицо пастозное, кожные покровы бледные, сухие. АД - 170/110 мм рт. ст., сердечные тоны ясные, ритм правильный, акцент II тона над аортой. В легких без особенностей. Живот мягкий, безболезненный при пальпации во всех отделах, печень и селезенка перкуторно не увеличены. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Общий анализ

крови: Эритроциты - $3,0 \times 10^{12}/л$, Нв - 100 г/л, цветной показатель- 0,9, лейкоц. - $7,8 \times 10^9/л$ (лейкоцитарная формула без отклонений), СОЭ - 35 мм/час.

Общий анализ мочи: уд. вес - 1013, белок - 1,0 г/л, лейкоц. - 4-5 в п/зр., эр. - 5-8 в п/зр, цилиндры гиалиновые, зернистые.

Проба Реберга: креатинин - 250 мкмоль/л, клубочковая фильтрация - 30 мл/мин., канальцевая реабсорбция – 97%.

ЗАДАНИЕ

1. Сформулируйте предварительный диагноз и направления диагностического поиска
2. Составьте план обследования.
3. Охарактеризуйте лабораторные отклонения
4. Сформируйте алгоритм курации больной

ЗАДАЧА № 19

У больного М., 30 лет, через 2 недели после перенесенной ангины, утром внезапно появились отеки. В анамнезе заболевания почек нет. При поступлении: общее состояние средней тяжести, бледность и одутловатость лица, массивные отеки ног, поясницы, асцит, жидкость в плевральной полости. В легких при аускультации в нижних отделах дыхание ослабленное. Сердечные тоны ясные, ритм правильный, патологических шумов нет. АД - 190/120 мм рт. ст. Живот мягкий, болезненный при пальпации в области проекции почек.

Общий анализ мочи: уд. вес - 1010, белок - 0,6 г/л, эр. - 50-60 в п/зр., цилиндры: гиалиновые, зернистые.

Общий анализ крови: Нв - 120 г/л, эритроциты - $4,6 \times 10^{12}/л$, лейкоц. - $8,3 \times 10^9/л$, СОЭ - 20 мм/час.

ЗАДАНИЕ

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Составьте план обследования
3. Дайте характеристику возможных лабораторных отклонений.
4. Выберите тактику ведения больного

ЗАДАЧА № 20

Больная В., 57 лет, страдает ревматоидным артритом в течение 20 лет. Проводилось лечение преднизолоном, препаратами золота, НПВС. Год назад впервые выявлена протеинурия - 1,3 г/л. В настоящее время появились отеки ног. Для уточнения характера поражения почек

поступила в клинику. При поступлении состояние удовлетворительное. Кожные покровы обычной окраски. Отеки голеней, стоп. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, ритм правильный. АД - 100/70 мм рт.ст. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Печень на 3 см выступает из-под края реберной дуги, плотная.

Лабораторные данные: Нв - 130 г/л, СОЭ - 64 мм/час, тромбоциты 483×10^9 /л, общий белок - 42 г/л, альбумины - 19 г/л, креатинин - 120 мкмоль/л, суточная протеинурия 8,2 г.

ЗАДАНИЕ

1. Сформулируйте диагноз.
2. Составьте план обследования больной.
3. Укажите возможные причины почечной патологии.
4. Выберите тактику лечения.

ЗАДАЧА № 21

У больной Н., 25 лет, на мед. осмотре выявлен шум при аускультации сердца. Жалоб не предъявляет, считала себя здоровой. При опросе выяснилось, что в возрасте 10 лет перенесла полиартрит, лечилась домашними средствами. Неоднократно болела ангинами.

Объективно: общее состояние удовлетворительное, легкий цианотический румянец на лице; дыхание в легких везикулярное, хрипов нет, ЧДД - 18 в мин. Пульс удовлетворительного наполнения и напряжения, 76 уд. в мин. Правая граница сердца по правому краю грудины, верхняя на уровне III ребра, левая на 1 см снаружи от левой срединно-ключичной линии в V межреберье. Тоны сердца ясные, ритм правильный, 1 тон на верхушке умеренно ослаблен, выслушивается систолический шум дующего характера, проводящийся в левую подмышечную область. АД - 110/75 мм рт. ст. Живот мягкий, печень и селезенка не пальпируются. Периферических отеков нет.

ЗАДАНИЕ

1. Установить предварительный диагноз.
2. Составить план дополнительного обследования.
3. Провести дифференциальную диагностику.
4. Определить тактику лечения.

ЗАДАЧА № 22

Больной К., 34 лет, поступил в стационар с жалобами на общую слабость, повышение температуры до 38°C , кашель, кровохарканье, затруднение носового дыхания, сукровичное отделяемое из носа.

При обследовании: ОАК – Нв 98 г/л, лейкоциты 16×10^9 /л., тромбоциты 638×10^9 /л, СОЭ 65 мм/час. В анализе мочи – белок 1,2 г/л, эритроциты 50-60 в поле зрения. Креатинин крови 98 мкмоль/л.

Рентгенография органов грудной клетки: множественные инфильтраты с деструкций. Проба Манту – эритема 5 мм.

ЗАДАНИЕ.

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Обоснуйте объем дополнительного обследования (лабораторного и инструментального).
3. Охарактеризуйте возможные изменения, выявленные в ходе обследования
4. Определите тактику лечения.

ЗАДАЧА № 23.

48-летний пациент, недавно перенесший пневмонию, отмечает ухудшение самочувствия, общую слабость, похудание, эпизоды кровохарканья, присоединение геморрагических высыпаний на нижних конечностях, изменение цвета мочи, парестезии в руках и ногах.

При физикальном осмотре выраженной патологии со стороны внутренних органов не выявлено. АД 120/80 мм.рт.ст.

ЗАДАНИЕ.

1. Перечислите вероятные диагнозы.
2. Сформулируйте план обследования.
3. Сформулируйте дифференциальный поиск.
4. Сформулируйте тактику ведения больного.

ЗАДАЧА 24.

Больная Н., 42 лет, страдает бронхиальной астмой с подросткового возраста. 2 месяца назад появились слабость, субфебрильная лихорадка, снижение массы тела на 5 кг, боли в суставах и в мышцах, чувство онемения в правой кисти, затем в левой кисти и правой стопе.

Результаты обследования: ОАК – Нв 132 г/л, лейкоциты 14×10^9 /л, СОЭ 65 мм/час, эозинофилия 24%. ОАМ: белок 1,2 г/л, эритроциты 40 в поле зрения. Креатинин 142 мкмоль/л, СРБ 16 мг/л.

Рентгенография органов грудной клетки: легочный рисунок усилен по сосудистому типу. Корни расширены, структурны. В верхнем отделе правого легкого и нижнем отделе левого легкого - инфильтраты размером 3x4 и 3x5 см. Имеются плевро-диафрагмальные спайки. Синусы свободны.

ЗАДАНИЕ

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Составьте план обследования больной.
3. Сформулируйте алгоритм лечения пациентки.

ЗАДАЧА 25

Больная С., 64 лет. В течение 20 лет страдает достоверной системной красной волчанкой, в дебюте заболевания – поражение суставов, кожи, почек (активный волчаночный нефрит). Получала терапию глюкокортикоидами в максимальной дозе 60 мг в сутки с последующим снижением до поддерживающей дозы – 10 мг преднизолона в день, циклофосфамидом. Последние 5 лет постоянно принимает гидроксихлорохин (плаквенил) 400 мг в день. 2 года назад в связи с умеренным обострением СКВ (субфебрильная температура, боли в суставах) доза глюкокортикоидов была увеличена до 15 мг в день. При попытке снижения дозы – усиление болей в суставах. Последние 6 месяцев стала отмечать слабость в ногах, затруднения при движениях. При осмотре: лунообразное лицо. Множественные петехиальные высыпания на туловище. Усилен грудной кифоз. Передвигается на коляске. Гипотрофия мышц плечевого и тазового пояса. Мышечная сила: мышцы плечевого пояса – 8 баллов, мышцы бедер – 5 баллов, дистальные мышцы ног – 7 баллов. Из положения лежа сесть не может, прямую ногу от кровати не отрывает. Биохимический анализ крови : КФК 26 МЕ/мл (норма). Общий анализ крови без патологии. Игольчатая ЭМГ: снижение длительности ПДЕ на 40%, длительность нескольких полифазных низкоамплитудных ПДЕ увеличена на 20%, снижение средней максимальной амплитуды ПДЭ. Спонтанная активность отсутствует.

ЗАДАНИЕ:

1. Сформулируйте диагноз.
2. Укажите возможные причины клинических проявлений.
3. Составьте план дополнительного обследования.
4. Сформулируйте тактику ведения больной.

ЗАДАЧА № 26

Больная Ф., 35 лет. Заболела около 6 месяцев назад: дебют болезни в виде симметричного полиартрита мелких суставов кистей и стоп, субфебрильной лихорадки. Через 2 месяца

присоединились боли в мышцах плечевого и тазового пояса, одышка при умеренной физической нагрузке.

При осмотре: феномен Рейно, кожа ладонной поверхности пальцев кистей в мелких трещинах. Артрит лучезапястных, пястно-фаланговых и проксимальных межфаланговых суставов кистей. Положительный симптом сжатия стоп. Умеренная слабость в мышцах бедер и плечевого пояса при мануальном мышечном тестировании. В легких дыхание везикулярное, крепитация над нижними отделами легких.

Данные обследования:

Общий анализ крови: Нв 113 г/л, лейкоциты $12,5 \times 10^9$ /л, тромбоциты 440×10^9 /л, СОЭ 37 мм/час.

Общий анализ мочи без патологии.

Биохимический анализ крови: АлТ 115 ед/л (норма до 30), АсТ 187 ед/л (норма до 35), КФК 1100 ед/л (норма до 40), креатинин, мочеви́на, общий белок, сахар – в нормальных пределах. АНФ 1/640 крапчатого типа свечения. РФ 15 МЕ/мл (норма 0-15). Криоглобулины отр.

ЗАДАНИЕ

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Составьте план обследования больной.
3. Дайте характеристику выявленным лабораторным изменениям.
4. Представьте тактику лечения больной.

ЗАДАЧА № 27

Пациентка 30 лет страдает достоверным серопозитивным ревматоидным артритом в течение 8 лет. В течение последних 6 месяцев состояние стабильное, получает терапию глюкокортикоидами (метилпреднизолон 4 мг в день), метотрексатом 10 мг в неделю. В течение последних 10 месяцев получает терапию инфликсимабом 200 мг 1 раз в 8 недель. Активность заболевания на момент осмотра низкая. Планирует беременность.

ЗАДАНИЕ:

1. Оцените безопасность наступления беременности.
2. Представьте план обследования больной в связи с планированием беременности.
3. Представьте схему лечения больной в связи с планированием беременности.

ЗАДАЧА № 28

Больная К., 22 лет. В течение 5 лет страдает достоверной СКВ, наблюдается ревматологом. В течение последних 2 лет состояние стабильное, клинических признаков активности заболевания не выявлялось, лабораторные показатели – в пределах нормы. Направлена гинекологом женской консультации на 18-й неделе беременности в связи с жалобами на появлением болей в коленных суставах, проходящих в покое. Боль в коленных суставах не сопровождается выпотом, гиперемией и гипертермией кожи над суставами.

ЗАДАНИЕ:

1. Дайте характеристику клинической ситуации.
2. Представьте план обследования больной.
3. Представьте рекомендации по возможности пролонгации беременности и лечебной тактике.

ЗАДАЧА № 29

В клинику поступила пациентка 22 лет со следующими симптомами: повышение температуры до фебрильных цифр с ознобом, потливость, сердцебиение, небольшой кашель. Больна около месяца. В возрасте 12 лет перенесла острую ревматическую лихорадку с формированием недостаточности митрального клапана 1 ст., в течение года проводилась бициллинопрофилактика. В течение последнего года употребляет наркотики внутривенно. В анализах крови: ускорение СОЭ до 40 мм/час, лейкоциты $12 \times 10^9/\text{л}$, палочкоядерные нейтрофилы 10%, СРБ 25 мг/мл. При трансторакальной Эхо-КГ выявлены краевое уплотнение створок и недостаточность митрального клапана 1 ст., недостаточность трикуспидального клапана 2-3 ст., вегетации не определяются. Рентгенография органов грудной клетки – без очаговой патологии. Посев крови на стерильность – в работе.

ЗАДАНИЕ:

1. Сформулируйте диагноз.
2. Укажите возможного возбудителя.
3. Составьте план дополнительного обследования больной.
4. Сформулируйте тактику ведения больной.

ЗАДАЧА № 30

На приеме пациент 43 лет, у которого через 5 дней после перенесенной ангины развился артрит правого голеностопного сустава, через день – боли в коленных суставах. На фоне приема диклофенака 100 мг в день отмечает незначительное улучшение состояния. При обследовании –

СОЭ 43 мм/час, лейкоциты – $10 \times 10^9/\text{л}$, палочкоядерные нейтрофилы 6%, СРБ 21 мг/мл, АСЛ-О – 600 МЕ/мл. Ревматоидный фактор 10 МЕ/мл, АЦЦП 12 Ед/мл. Рентгенография органов грудной клетки – без патологии. Эхо-КГ: клапанной патологии не выявлено.

ЗАДАНИЕ

1. Сформулируйте наиболее вероятный диагноз.
2. Составьте план дополнительного обследования больного.
3. Дайте характеристику выявленным лабораторным изменениям.
4. Представьте тактику лечения больного.

5.3. Рекомендуемая литература

1. Ревматология (Клинические рекомендации) под редакцией Е.Л. Насонова М., ГЭОТАР-Медиа, 2017.
2. Ревматология (Национальное руководство) под редакцией Е.Л. Насонова, В.А. Насоновой М., ГЭОТАР-Медиа, 2014.
3. Анти В-клеточная терапия в ревматологии: фокус на ритуксимаб. Под ред. Е.Л. Насонова, М., ИМА-ПРЕСС, 2012. 343 стр.
4. Генно-инженерные биологические препараты в ревматологии. Под ред. Академика РАМН Е.Л. Насонова, М., ИМА-ПРЕС. 2013, 549 стр.
1. Мазуров В.И., Беляева Н.Б. Руководство для врачей «Диффузные болезни соединительной ткани», 2011, 182 стр.
2. Алекперов Р.Т. Лечение системной склеродермии. Современная ревматология, 2015, МЗ, с. 18- 24.
3. Аллергология и иммунология. Национальное руководство. Под ред. Р.М. Хаитова, Н.И. Ильиной.- М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015.640 с.
4. Ананьева Л.П. Ранняя системная склеродермия — современный алгоритм диагностики. Научно-практическая ревматология. 2015, №2, с. 87-92.
5. Александрова Е.Н., Новиков А.А., Насонов Е.Л. Современные стандарты лабораторной диагностики ревматических заболеваний. Москва, 2012, 61 стр.
6. Барскова В.Г., Ильина А.Е., Семенова ЛА. и др. Пирофосфатная артропатия — ревматологический синдром «айсберга»: время для переоценки значения и патологии суставов. Современная ревматология, 2013, №2, с. 5- 11.
7. Белов Б.С., Кузьмина Н.Н. Острая ревматическая лихорадка. Научно-практическая ревматология, 2009, приложение к №2, с. 3-9.

8. Болезни суставов. Руководство для врачей./Под ред. В. И. Мазурова. — СПб: СпецЛит, 2008.
9. Гастроэнтерология. Национальное руководство/ Под ред. Ивашкина В. Т., Лапиной Т.Л. — М.: «ГЭОТАР-Медиа», 2008.
10. Гринхальх, Т. Основы доказательной медицины : учебное пособие для студ. высш. мед. учебных заведений и сист. послевуз. проф. образования / Т. Гринхальх ; пер. с англ. - М. • ГЭОТАР-МЕД, 2009. - 240 с.
11. Гусева НГ. Системная склеродермия — мультидисциплинарная проблема. Научно-практическая ревматология, 2014, №1, с. 10-15.
12. Диагностика и лечение в ревматологии. Проблемный подход. К. Пайл, Л. Кеннеди. Перевод с англ. под ред. проф. Н. А. Шостак. — М.: «ГЭОТАР-Медиа», 2013.
13. Доказательная эндокринология: руководство для врачей / под ред. П.М. Камачо, Х. Гариба, Г.В. Сайзмо. - 2-е изд.. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2009. - 640 с.
14. Загородний Н.В. Эндопротезирование тазобедренного сустава. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2012.
15. Ивашкин В.Т., Ивашкина Н.Ю., Баранская Е.К. Рациональная фармакотерапия ревматологических заболеваний: руководство. — Изд-во «Литгера», 2011.
16. Каратеев Д.Е., Олюнин Ю.А. О классификации ревматоидного артрита. Научно-практическая ревматология. 2009, №1, с.5-14.
17. Каратеев Д.Е., Олюнин Ю.А., Лучихина Е.Л. Новые классификационные критерии ревматоидного артрита ACR/EULAR — шаг вперед к ранней диагностике. Научно-практическая ревматология, 2016, №1, с. 10-16.
18. Кардиология: национальное руководство с приложением на компакт-диске/ Под редакцией О.Н.Беленкова, Р.Г. Оганова. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008.
19. Клаус Букуп. Клиническое исследование костей, суставов и мышц.- М.: Медицинская литература, 2014.
20. Клинические рекомендации «Пульмонология»/ Под ред. А.Г. Чучалина, - Москва: «ГЭОТАРМедиа» 2009.
21. Ковальчук Л. В. Клиническая иммунология и аллергология с основами общей иммунологии. Учебник. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015. - 640 с.
22. Ковальчук Л.В., Игнатьева Г.А., Ганковская Л.В. Иммунология. Практикум. — М.: ГЭОТАРМедиа, 2012. — 176 с..
23. Корсакова Ю. Л. Лечение больных псориазом артритом. Рекомендации Европейской антиревматической лиги. Современная ревматология, 2012, №1, с. 5-10. — М.: ГЭОТАРМедиа, 2011. - С. 640.

24. Медицинская реабилитация. Руководство для врачей./Под ред. В. А. Епифанова. — М.: «МЕДпресс-информ», 2008.
25. Муравьев Ю.В., Насонов Е.Л. Болезнь Стилла, развившаяся у взрослых. Научно-практическая ревматология, 2014, №2, с. 58-65.
26. Мухин Н.А., Тареева И.Е., Шилов Е.М., Козловская Л.В. «Диагностика и лечение болезней почек» - М., «Гэотар-Медиа» 2009.
27. Насонова В.А., Насонов Е.Л. Рациональная фармакотерапия ревматических заболеваний. М.: Литгерра, 2014.
28. Немцов Б.Ф., Симонова О.В., Сухих Е.Н., Политова Н.Н. Серонегативные спондилоартропатии. Киров, 2014.
29. Нефрология: национальное руководство/ Под ред. Н.А. Мухина. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015.
30. Нефрология. Ревматология./Под ред. Николаса А. Буна, Ники Р. Колледжа, Брайана Р. Уолкера, Джона А. А. Хантера; пер. с англ. под ред. Н. А. Мухина.- М.: ООО «Рид Элсивер», 2016.- 240 с. — (Серия «Внутренние болезни по Дэвидсону».)
31. Общая эпидемиология с основами доказательной медицины. Руководство к практическим занятиям: учебное пособие для вузов / под ред. В.И. Покровского, Н.И. Брико.- М.ГЭОТАРМедиа,2008.400 с.
32. Остеохондроз позвоночника (диагностика, лечение, профилактика). В. А. Епифанов, А. В. Епифанов. — М.: «МЕД-пресс-информ», 2008.
33. Пульмонология: национальное руководство/ Под ред. А.Г. Чучалина, - М.: «ГЭОТАР-Медиа» 2014.
34. Ревматические заболевания. Под ред. Дж.Х. Клиппела, Дж.Х. Стоуна, Л.Дж. Кроффорд, П.Х. Уайт.- М.: ГЭОТАР-Медиа, 2012.
35. Ревматические заболевания: руководство. В 3 томах. Под ред. Дж.Х. Клиппела, Дж.Х. Стоуна, Л.Дж. Кроффорд, П.Х. Уайт.- М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014.
36. Ревматология. Под ред. НА. Шостак. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2012.
37. Руководство по детской ревматологии. Под ред. Н.А. Геппе, НС. Подчерняевой, ГЛ. лысиной.- М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014.
38. Ройтберг Г.Е.,Стругинский А.В. Внутренние болезни. Система органов дыхания. М. Медпресс — информ, 2014.
39. Сапожникова И.Е., Немцов БО. «Введение в диабетологию: сахарный диабет 2 типа» (учебное пособие) — Киров, 2014.
40. Сатыбалдыев А.М.. Гигантоклеточный артериит. Современная ревматология, 2014, МЗ, с. 2327.

41. Сафонова Т.Н., Васильев В.И., Лихванцева В.Г. Синдром Шегрена. Руководство для врачей. Издательство Московского Университета, 2013, 599 стр.
42. Сигидин Я.А., Лукина Г.В. Биологическая терапия в ревматологии. — М.: Практическая медицина, 2009.
43. Сидоров П.И., Парняков А.В. Клиническая психология: учебник 3-е издание. - М.: «ГЭОТАРМедиа», 2014. 880 с.
44. Смирнова Л.А. Инфекционные эндокардиты. Клиника, диагностика, лечение. Учебное пособие. Киров, 2014.
45. Старовойтова М.Н. Поражение кожи при системной склеродермии. Научно-практическая ревматология, 2014, №2, с. 83-87.
46. Суслина, З.А. Антитромботическая терапия ишемических нарушений мозгового кровообращения с позиций доказательной медицины / З.А. Суслина, М.М. Танашян, М.А. Домашенко. - 2-е изд., испр. и доп. - М. : Медицинское информационное агентство, 2012. 224 с.
47. Эндокринология. Национальное руководство. Под редакцией И. И. Дедова, Г.А. Мельниченко. - М.: «ГЭОТАР-Медиа», 2008.
48. Филоненко С.П., ЯКУШИН СС. Боли в суставах. Дифференциальная диагностика. — М.. ГЭОТАР-Медиа, 2010. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013.
49. Хаитов Р.М. Иммунология. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. 320 с.
50. Хаким А., Клуни Г., Хак И. Перевод с англ. Татаркина Н.И. / Под ред. ОМ. Лесняк. Справочник по ревматологии. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015.
51. Хенеган К., Баденоч Д. Доказательная медицина: справочник. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015. 144 с.
52. Цинкернагель Р. Основы иммунологии. Пер. с нем. — М.: Мир, 2014. — С. 135.

Программное обеспечение и Интернет-ресурсы:

1. Сайт ВАК РФ: <http://vak.ed.gov.ru>
2. Библиотека естественных наук РАН: <http://www.benran.ru>.
3. Научная электронная библиотека <http://elibrary.ru>
4. Официальный сайт «Научно-исследовательского института ревматологии им. В.А. Насоновой» <http://rheumatolog.su/institut>
5. Федеральный портал «Российское образование»: <http://www.edu.ru/>
6. Сайт министерства образования и науки РФ: <http://mon.gov.ru/>
7. Журнал Научно-практическая ревматология: www.rsp-j.ru
8. Журнал Современная ревматология: <http://rheumatolog.ru/media/sr>
9. Журнал Терапевтический архив: <http://www.mediasphera.ru/journals/terapevt/>
10. [EULAR](http://www.eular.com)
11. [ACR](http://www.acr.org)
12. [ESCEO IOF](http://www.esceo.iof.org)
13. [ASAS](http://www.asas.org)
14. [SLEDAI](http://www.sledai.com)

Базы данных:

1. SCOPUS: www.scopus.com,
2. Web of Science www.webofscience.ru
3. Аналитическая база данных ScienceDirect: <http://www.info.sciverse.com/sciverse-sciencedirect-user-guide>
4. PubMed база данных медицинских и биологических публикаций Национального центра биотехнологической информации (NCBI) на основе раздела «биотехнология» Национальной медицинской библиотеки США: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed>