

**Рабочие программы дисциплин по направлению подготовки «Ревматология»  
Квалификация – врач-ревматолог**

**РЕВМАТОЛОГИЯ**

**1. Цели и задачи дисциплины**

**Цель** дисциплины – подготовка квалифицированного врача-специалиста ревматолога, обладающего системой знаний, умений и компетенций, способного и готового для самостоятельной профессиональной деятельности в области ревматологии.

**Задачи** дисциплины:

Выпускник, освоивший программу ординатуры, готов решать следующие профессиональные задачи:

**профилактическая деятельность:**

- предупреждение возникновения заболеваний среди населения путем проведения профилактических и противоэпидемических мероприятий;
- проведение профилактических медицинских осмотров, диспансеризации, диспансерного наблюдения;
- проведение сбора и медико-статистического анализа информации о показателях здоровья населения различных возрастно-половых групп, характеризующих состояние их здоровья;

**диагностическая деятельность:**

- диагностика заболеваний и патологических состояний пациентов на основе владения пропедевтическими, лабораторными, инструментальными и иными методами исследования;
- диагностика неотложных состояний; диагностика беременности; проведение медицинской экспертизы;
- лечебная деятельность:
- оказание специализированной медицинской помощи;
- участие в оказании скорой медицинской помощи при состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства;
- оказание медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе участие в медицинской эвакуации;

**реабилитационная деятельность:**

- проведение медицинской реабилитации и санаторно-курортного лечения;

**психолого-педагогическая деятельность:**

- формирование у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих;

**организационно-управленческая деятельность:**

- применение основных принципов организации оказания медицинской помощи в медицинских организациях и их структурных подразделениях;
- организация и управление деятельностью медицинских организаций и их структурных подразделений;
- организация проведения медицинской экспертизы;
- организация оценки качества оказания медицинской помощи пациентам;
- ведение учетно-отчетной документации в медицинской организации и ее структурных подразделениях;
- создание в медицинских организациях и их структурных подразделениях благоприятных условий для пребывания пациентов и трудовой

деятельности медицинского персонала с учетом требований техники безопасности и охраны труда;

- соблюдение основных требований информационной безопасности.

## **2. Планируемые результаты обучения по дисциплине:**

Выпускник, освоивший программу ординатуры, должен обладать следующими **универсальными компетенциями:**

- готовностью к абстрактному мышлению, анализу, синтезу (УК-1);
- готовностью к управлению коллективом, толерантно воспринимать социальные, этнические, конфессиональные и культурные различия (УК-2);
- готовностью 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, осуществляющим функции по выработке государственной политики и нормативно-правовому регулированию в сфере здравоохранения (УК-3)

Выпускник, освоивший программу ординатуры, должен обладать **профессиональными компетенциями:**

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 ведению 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. Место дисциплины в структуре образовательной программы

Дисциплина «Ревматология» к базовой части Блока 1.

### 4. Объем дисциплины в зачетных единицах с указанием количества академических часов, выделенных на контактную работу обучающихся с преподавателем и на самостоятельную работу обучающихся

Вид учебной работы	Всего часов / зачетных единиц	Семестры			
		1	2	3	
<b>Аудиторные занятия (всего)</b>	672	330	119	223	
В том числе:					
Лекции (Л)	67	28	23	16	
Клинические практические занятия (КПЗ)	605	302	96	207	
Промежуточная аттестация	Зачет (оценка)	+	+	+	
<b>Самостоятельная работа (всего)</b>	372	174	61	137	
<b>Общая трудоемкость</b>	<b>часы</b>	1044	504	180	360
	<b>зачетные единицы</b>	29	14	5	10

### 5 Содержание дисциплины, структурированное по темам (разделам) с указанием отведенного на них количества академических часов и видов занятий

#### 5.1 Учебно-тематическое планирование дисциплины

Наименование темы	Контактная работа, академ. ч	Самосто	О	Р	Н	С	С	Е	Л
-------------------	------------------------------	---------	---	---	---	---	---	---	---

(раздела)	занятия лекционного типа (лекции)	занятия семинарского типа (практические, интерактивные)	занятия клинические практические занятия	я-тельная работа, академ. ч		
<b>Тема (раздел) 1</b> Основы ревматологии. Общие понятия. Организация ревматологической помощи. Основные принципы диагностики и терапии.	14	0	150	86	Зачёт (оценка)	250
<b>Тема (раздел) 2</b> Заболевания суставов и позвоночника. Ревматическая лихорадка и хроническая ревматическая болезнь сердца	14	0	152	88		254
<b>Тема (раздел) 3</b> Невоспалительные заболевания костей, суставов, позвоночника	23	0	96	61	Зачёт (оценка)	180
<b>Тема (раздел) 4</b> Системные заболевания соединительной ткани	8	0	101	67	Зачёт (оценка)	176
<b>Тема (раздел) 5</b> Системные васкулиты	8	0	106	70		184
<b>ИТОГО</b>	<b>67</b>	<b>0</b>	<b>605</b>	<b>372</b>	<b>0</b>	<b>1044</b>

## 5.2 Содержание по темам (разделам) дисциплины

№ п/	Наименование темы (раздела)	Содержание темы (раздела)	Формируемые компетенции
------	-----------------------------	---------------------------	-------------------------

п	ДИСЦИПЛИНЫ		
1.	<p>Основы ревматологии. Общие понятия. Организация ревматологической помощи. Основные принципы диагностики и терапии.</p>	<p>Понятие о ревматологических заболеваниях. Современная классификация и номенклатура.</p> <p>Основы организации ревматологической помощи населению. Эпидемиология ревматологических заболеваний. Основные этиопатогенетические концепции. Генетика ревматологических заболеваний. Роль воспаления и иммунных нарушений. Иммунологические маркёры и их роль в диагностике. Физикальные исследования в ревматологии. Методы оценки суставного синдрома, активности заболеваний. Шкалы активности при различных заболеваниях и их роль в контроле эффективности терапии. Лабораторные, инструментальные и морфологические исследования в ревматологии. Основные принципы терапии ревматологических заболеваний. Понятия о базисной терапии. Общая характеристика препаратов, группы, показания, противопоказания, мониторингования побочных эффектов. Роль глюкокортикостероидов при лечении различных заболеваний. Режимы глюкокортикостероидной</p>	<p>✓ готовностью к абстрактному мышлению, анализу, синтезу (УК-1);</p> <p>✓ готовностью к управлению коллективом, толерантно воспринимать социальные, этнические, конфессиональные и культурные различия (УК-2);</p> <p>✓ готовностью 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, осуществляющим функции по выработке государственной политики и нормативно-правовому регулированию в сфере здравоохранения (УК-3).</p>

		<p>терапии. Профилактика побочных эффектов. Генно-инженерные биологические препараты. Классификация, принципы применения, побочные эффекты. Нестероидные противовоспалительные препараты. Классификация, побочные эффекты, принципы терапии. Симптом-модифицирующие препараты медленного действия. Классификация, принципы применения, показания и противопоказания. Симптоматическая терапия. Локальная лекарственная терапия. Лучевая терапия и экстракорпоральные методы лечения. Немедикаментозные методы лечения. Образовательные программы, реабилитация.</p>	
2.	<p>Воспалительные заболевания суставов и позвоночника. Ревматическая лихорадка и ревматическая болезнь сердца.</p>	<p>Классификация воспалительных заболеваний суставов. Ревматоидный артрит. Серонегативные спондилоартриты: общая характеристика, группы, дифференциальная диагностика. Анкилозирующий спондилит. Псориатический артрит. Реактивные артриты. Артриты при воспалительных заболеваниях кишечника. Острая ревматическая лихорадка. Хроническая ревматическая болезнь сердца.</p>	<p>✓ 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);</p>

			<p>✓ готовность к проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения за здоровыми и хроническими больными (ПК-2);</p> <p>✓ готовность к применению социально-гигиенических методик сбора и медико-статистического анализа информации о показателях здоровья взрослых и подростков (ПК-4);</p> <p>✓ 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);</p> <p>✓ готовность к ведению и лечению пациентов, нуждающихся в ревматологической помощи (ПК-6);</p> <p>✓ готовность к применению природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной терапии и других методов у пациентов, нуждающихся в реабилитации и санаторно-курортном лечении (ПК-8);</p> <p>✓ готовность к формированию у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих (ПК-9);</p> <p>✓ готовность к применению основных</p>
--	--	--	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

			<p>принципов организации и управления в сфере охраны здоровья граждан, в медицинских организациях и их структурных подразделениях (ПК-10);</p> <p>✓ готовность к участию в оценке качества оказания медицинской помощи с использованием основных медико-статистических показателей (ПК-11);</p>
3	<p>Невоспалительные заболевания суставов, позвоночника, костей.</p> <p>Ревматические заболевания околосуставных мягких тканей</p>	<p>Классификация и номенклатура невоспалительных заболеваний суставов, позвоночника и костей. Остеоартроз и дегенеративные заболевания позвоночника. Метаболические заболевания суставов и позвоночника. Поражение опорно-двигательного аппарата при эндокринных заболеваниях. Артропатии, обусловленные неревматическими заболеваниями. Заболевания костей в ревматологической практике. Новообразования костной ткани. Остеопения, остеопороз, остеомалация. Болезнь Педжета. Общее представление о ревматических заболеваниях околосуставных тканей. Анатомо-физиологические особенности, клинические проявления основных состояний.</p>	<p>✓ 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);</p> <p>✓ готовность к проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения за здоровыми и хроническими больными (ПК-2);</p> <p>✓ готовность к применению социально-гигиенических методик сбора и медико-статистического анализа информации о показателях здоровья взрослых и подростков (ПК-4);</p> <p>✓ готовность к определению у пациентов</p>



			<p>патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем (МК-5);</p> <p>✓ готовность к ведению и лечению пациентов, нуждающихся в ревматологической помощи (МК-6);</p> <p>✓ готовность к применению природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной терапии и других методов у пациентов, нуждающихся в реабилитации и санаторно-курортном лечении (МК-8);</p> <p>✓ готовность к формированию у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих (МК-9);</p> <p>✓ готовность к применению основных принципов организации и управления в сфере охраны здоровья граждан, в медицинских организациях и их структурных подразделениях (МК-10);</p> <p>✓ готовность к участию в оценке качества оказания медицинской помощи с использованием основных медико-статистических показателей (МК-11);</p>
4	Системные заболевания соединительно й ткани.	Общие представления о системных заболеваниях соединительной ткани. Системная красная волчанка. Системная склеродермия и заболевания «группы склеродермии»	<p>✓ готовность к осуществлению комплекса мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни,</p>

		<p>(склероатрофический лихен, эозинофильный фасциит). Воспалительные миопатии (дерматомиозит, полимиозит, полимиозит с включениями, ювенильные формы и формы, ассоциированные со злокачественными новообразованиями). Ревматическая полимиалгия. Смешанное заболевание соединительной ткани и перекрёст-синдромы. Болезнь Шегрена. Антифосфолипидный синдром. Рецидивирующий полихондрит.</p>	<p>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 применению социально-гигиенических методик сбора и медико-статистического анализа информации о показателях здоровья взрослых и подростков (ПК-4);  ✓ 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);  ✓ готовность к ведению и лечению пациентов, нуждающихся в ревматологической помощи (ПК-6);  ✓ готовность к применению природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной терапии и других методов у</p>
--	--	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

			<p>пациентов, нуждающихся в реабилитации и санаторно-курортном лечении (ПК-8);</p> <p>✓ готовность к формированию у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих (ПК-9);</p> <p>✓ готовность к применению основных принципов организации и управления в сфере охраны здоровья граждан, в медицинских организациях и их структурных подразделениях (ПК-10);</p> <p>✓ готовность к участию в оценке качества оказания медицинской помощи с использованием основных медико-статистических показателей (ПК-11);</p>
5	Системные васкулиты	<p>Понятие о системных васкулитах. Современная классификация и номенклатура, эпидемиология и этиопатогенетические концепции. Васкулиты крупных сосудов (неспецифический аортоартериит (Такаясу), гигантоклеточный (височный) артериит (болезнь Хортон). Васкулиты сосудов среднего диаметра: болезнь Кавасаки и узелковый полиартериит. Васкулиты мелких сосудов АНЦА-ассоциированные: гранулематоз с полиангиитом (Вегенера), эозинофильный гранулематоз с полиангиитом (Чердж-Штрасса), микроскопический полиангиит. Васкулиты мелких сосудов иммунокомплексные (геморрагический васкулит). Синдром Гудпасчера. Васкулиты сосудов различного калибра (болезнь Бехчета). Другие</p>	<p>✓ 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);</p> <p>✓ готовность к проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения за здоровыми и хроническими больными</p>

		<p>формы системных васкулитов (в том числе локальные).</p>	<p>(ПК-2);  ✓ готовность к применению социально-гигиенических методик сбора и медико-статистического анализа информации о показателях здоровья взрослых и подростков (ПК-4);  ✓ 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);  ✓ готовность к ведению и лечению пациентов, нуждающихся в ревматологической помощи (ПК-6);  ✓ готовность к применению природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной терапии и других методов у пациентов, нуждающихся в реабилитации и санаторно-курортном лечении (ПК-8);  ✓ готовность к формированию у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих (ПК-9);  ✓ 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</p>
--	--	------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

		использованием основных медико-статистических показателей (ПК-11);
--	--	--------------------------------------------------------------------

## **6. Перечень учебно-методического обеспечения для самостоятельной работы обучающихся по дисциплине**

### **Основная литература**

Насонов, Е. Л. Российские клинические рекомендации. Ревматология / Е. Л. Насонов - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2017. - 464 с. - ISBN 978-5-9704-4261-6. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL :

<https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970442616.html>

Каратеев, Д. Е. Справочник врача-ревматолога / Д. Е. Каратеев, Е. Л. Лучихина. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 368 с. (Серия "Справочник врача-специалиста") - ISBN 978-5-9704-6130-3. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL :

<https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970461303.html>

Котенко, К. В. Боль в суставах / К. В. Котенко [и др.]. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2018. - 560 с. : ил. - (Серия "Библиотека врача-специалиста"). - 560 с. (Серия "Библиотека врача-специалиста") - ISBN 978-5-9704-5232-5. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL :

<https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970452325.html>

П 16/630 Ревматология : учеб. пособие / [А. А. Усанова и др.] ; под ред. А. А. Усановой. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2018. - 407 с. : ил., табл. – 1 экз. + ЭБС

Остеопороз : факторы риска, диагностика, лечение, профилактика : справочное руководство / под ред. В. Н. Лариной. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2022. - 144 с. - ISBN 978-5-9704-7015-2. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL :

<https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970470152.html>

П 16/863д Лесняк, Ольга Михайловна. Остеопороз. Краткое руководство для врачей / О. М. Лесняк. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2019. - 222 с. : ил., табл. – 4 экз. + ЭБС

Эрдес, Ш. Ф. Анкилозирующий спондилит / Эрдес Ш. Ф. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2020. - 184 с. - ISBN 978-5-9704-5732-0. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL :

<https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970457320.html>

Елисеев, М. С. Подагра / Елисеев М. С. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2019. - 240 с. - ISBN 978-5-9704-5091-8. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL :

<https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970450918.html>

Ревматология: национальное руководство / Под ред. Е.Л. Насонова, В.А. Насоновой. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2010. - 720 с. (ЭБС "Консультант студента")

### **Дополнительная литература**

Годзенко, А. А. Ревматические заболевания и поражения глаз : руководство для врачей / А. А. Годзенко, И. Ю. Разумова. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2022. - 144 с. - ISBN 978-5-9704-7056-5. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL :

<https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970470565.html>

Рациональная фармакотерапия. Справочник терапевта : руководство для практикующих врачей / под ред. А. И. Мартынова, В. Н. Лариной. - 2-изд. - Москва : Литтерра, 2022. - 1120 с. (Серия "Рациональная фармакотерапия") - ISBN 978-5-4235-0379-6. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL :

<https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785423503796.html> Глава 10. Ревматология

Хайрутдинов, В. Р. Псориаз. Современные представления о дерматозе : руководство для врачей / В. Р. Хайрутдинов, А. В. Самцов. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 260 с. - ISBN 978-5-9704-6384-0. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL :

<https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970463840.html>

Псориаз / Л. С. Круглова, А. Л. Бакулев, Т. В. Коротаева [и др.]. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2022. - 320 с. - ISBN 978-5-9704-7105-0. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL :

<https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970471050.html>

Древаль, А. В. Остеопороз, гиперпаратиреоз и дефицит витамина D / Древаль А. В. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2019. - 160 с. - ISBN 978-5-9704-4850-2. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL :

<https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970448502.html>

Раводин, Р. А. Диффузные болезни соединительной ткани в практике врача-дерматовенеролога : руководство для врачей / Р. А. Раводин, К. И. Разнатовский. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 160 с. (Серия "Библиотека врача-специалиста") - ISBN 978-5-9704-6287-4. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL :

<https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970462874.html>

Каган, И. И. Клиническая анатомия сердца : иллюстрированный авторский цикл лекций / Каган И. И. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2018. - 128 с. - ISBN 978-5-9704-4805-2. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL :

<https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970448052.html>

Епифанов, В. А. Массаж в медицинской реабилитации. Иллюстрированное учебное пособие / В. А. Епифанов, А. В. Епифанов, И. И. Глазкова [и др.]. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2022. - 368 с. - ISBN 978-5-9704-6405-2. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL :

<https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970464052.html>

Кишкун, А. А. Клиническая лабораторная диагностика : учебное пособие / А. А. Кишкун. - 2-е изд., перераб. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2023. - 1000 с. - ISBN 978-5-9704-7424-2. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL :

<https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970474242.html>

П 17/059 Ягода Александр Валентинович. Эндокард и клапаны сердца при системных ревматических болезнях / А. В. Ягода, Н. Н. Гладких. - Ставрополь: Изд-во СтГМУ, 2021. - 382 с. : ил. - 1 экз.

П 16/687 Аврунин, Александр Самуэлевич. Этюды остеологии. Остеопороз, остеомалация, иерархическая организация скелета, расчетное моделирование механических свойств скелета и формирования усталостных микроповреждений, теоретические основы биологически целесообразного лечения потери костной массы / А. С. Аврунин, Н. В. Леонтьева, А. А. Докторов. - СПб.: ИМЖ-СПб, 2017. - 315 с., [4] л. ил.: ил. - 1 экз.

## Периодические издания

Врач

Российский медицинский журнал

Вопросы курортологии, физиотерапии и лечебной физической культуры

Клиническая медицина

**7. Фонд оценочных средств для проведения промежуточной аттестации обучающихся по дисциплине**

**7.1. Перечень компетенций с указанием этапов их формирования в процессе освоения образовательной программы и количества академических часов для проведения занятий клинического практического типа по темам (разделам)**

№ п/п	Контролируемые темы (разделы) дисциплины	Код контролируемой компетенции (или ее части) по этапам формирования в темах (разделах)	Наименование оценочного средства для проведения занятий, академ. ч
			Очная
1	<b>Тема (раздел) 1</b> Основы ревматологии. Общие понятия. Организация ревматологической помощи. Основные принципы диагностики и терапии.	УК-1 УК-2 УК-3	Собеседование – 2 Модульный тест -2 Проверка рефератов, докладов на заданные темы -2
2	<b>Тема (раздел) 2</b> Воспалительные заболевания суставов и позвоночника. Ревматическая лихорадка и хроническая ревматическая болезнь сердца.	ПК-1 ПК-2 ПК-4 ПК-5 ПК-6 ПК-8 ПК-9 ПК-10 ПК-11	Собеседование – 2 Модульный тест -2 Проверка рефератов, докладов на заданные темы -2 Зачет - 2
3	<b>Тема (раздел) 3</b> Невоспалительные заболевания суставов, позвоночника, костей. Ревматические заболевания околоуставных мягких тканей.	ПК-1 ПК-2 ПК-4 ПК-5 ПК-6 ПК-8 ПК-9 ПК-10 ПК-11	Собеседование - 2 Модульный тест -2 Проверка рефератов, докладов на заданные темы -2 Зачет -2
4	<b>Тема (раздел) 4</b> Системные заболевания соединительной ткани.	ПК-1 ПК-2 ПК-4 ПК-5 ПК-6 ПК-8 ПК-9 ПК-10 ПК-11	Собеседование - 2 Модульный тест -2
5	<b>Тема (раздел) 5</b> Системные васкулиты.	ПК-1 ПК-2 ПК-4 ПК-5 ПК-6 ПК-8 ПК-9 ПК-10 ПК-11	Собеседование - 2 Модульный тест -2 Зачет - 2
Вид промежуточной аттестации			Зачет

**7.2. Описание показателей и критериев оценивания компетенций на различных этапах их формирования, описание шкал оценивания**

№ п/п	Наименование формы проведения промежуточной аттестации	Описание показателей оценочного средства	Представление оценочного средства в фонде	Критерии и описание шкалы оценивания (шкалы: 0–100%, четырехбалльная, тахометрическая)
1	<i>Зачёт (оценка)</i>	1-я часть зачёта: выполнение электронного тестирования (аттестационное испытание промежуточной аттестации использованием тестовых систем)	Система стандартизированных заданий (тестов)	<i>Описание шкалы оценивания электронного тестирования:</i> – от 0 до 49,9 % выполненных заданий – неудовлетворительно; – от 50 до 69,9% – удовлетворительно; – от 70 до 89,9% – хорошо; – от 90 до 100% – отлично
		2-я часть зачёта: выполнение обучающимися практико-ориентированных заданий (аттестационное испытание промежуточной аттестации, проводимое устно с использованием телекоммуникационных технологий)	Практико-ориентированные задания	<i>Критерии оценивания преподавателем практико-ориентированной части зачёта:</i> – соответствие содержания ответа заданию, полнота раскрытия темы/задания (оценка соответствия содержания ответа теме/заданию); – умение проводить аналитический анализ прочитанной учебной и научной литературы, сопоставлять теорию и практику; – логичность, последовательность изложения ответа; – наличие собственного отношения обучающегося к теме/заданию; – аргументированность, доказательность излагаемого материала. <i>Описание шкалы оценивания практико-ориентированной части зачёта</i> Оценка «отлично»



№ п/ п	Наименован ие формы проведения промежуточ ной аттестации	Описание показателей оценочного средства	Представление оценочного средства в фонде	Критерии и описание шкал оценивания ( <i>шкалы: 0–100%, четырёхбалльная, тахометрическая</i> )
				<p>выставляется за ответ, в котором содержание соответствует теме или заданию, обучающийся глубоко и прочно усвоил учебный материал, последовательно, четко и логически стройно излагает его, демонстрирует собственные суждения и размышления на заданную тему, делает соответствующие выводы; умеет тесно увязывать теорию с практикой, свободно справляется с задачами, вопросами и другими видами применения знаний, не затрудняется с ответом при видоизменении заданий, приводит материалы различных научных источников, правильно обосновывает принятое решение, владеет разносторонними навыками и приемами выполнения задания, показывает должный уровень сформированности компетенций.</p> <p>Оценка <i>«хорошо»</i> выставляется обучающемуся, если его ответ соответствует и раскрывает тему или задание, обучающийся показывает знание учебного материала, грамотно и по существу излагает его, не допуская существенных</p>

№ п/ п	Наименован ие формы проведения промежуточ ной аттестации	Описание показателей оценочного средства	Представление оценочного средства в фонде	Критерии и описание шкaл оценивания (шкaлы: 0–100%, четырёхбалльная, тахометрическая)
				<p>неточностей при выполнении задания, правильно применяет теоретические положения при выполнении задания, владеет необходимыми навыками и приемами его выполнения, однако испытывает небольшие затруднения при формулировке собственного мнения, показывает должный уровень сформированности компетенций.</p> <p>Оценка «удовлетворительно» выставляется обучающемуся, если его ответ в полной мере раскрывает тему/задание, обучающийся имеет знания только основного материала, но не усвоил его деталей, допускает неточности, недостаточно правильные формулировки, нарушения логической последовательности в изложении учебного материала по заданию, его собственные суждения и размышления на заданную тему носят поверхностный характер.</p> <p>Оценка «неудовлетворительно» выставляется обучающемуся, если не раскрыта тема, содержание ответа не соответствует теме, обучающийся не</p>

№ п/ п	Наименован ие формы проведения промежуточ ной аттестации	Описание показателей оценочного средства	Представление оценочного средства в фонде	Критерии и описание шкал оценивания ( <i>шкалы: 0–100%, четырёхбалльная, тахометрическая</i> )
				<p>обладает знаниями по значительной части учебного материала и не может грамотно изложить ответ на поставленное задание, не высказывает своего мнения по теме, допускает существенные ошибки, ответ выстроен непоследовательно, неаргументированно. Итоговая оценка за зачёт выставляется преподавателем в совокупности на основе оценивания результатов электронного тестирования обучающихся и выполнения ими практико-ориентированной части зачёта</p>

**7.3. Типовые контрольные задания или иные материалы, необходимые для оценки знаний, умений, навыков и опыта деятельности, характеризующих этапы формирования знаний, умений, навыков и опыта деятельности**

## Зачет за 1 семестр

### Тестирование

#### Тема (раздел) 1

1. Для каких ревматических заболеваний увеличение СОЭ является диагностическим критерием?
  1. Остеоартроз
  2. Системная красная волчанка
  3. Ревматоидный артрит
  4. Ревматическая полимиалгия
  5. Все выше перечисленноеОтвет 4
  
2. При каком заболевании отмечается наиболее существенное увеличение концентрации С-реактивного белка?
  1. Бактериальная инфекция
  2. Инфаркт миокарда
  - а) 3. Перелом костей
  - б) 4. Ревматоидный артрит
  - в) 5. Системная красная волчанка
  - г) Ответ 4
  - д)
  
3. Какие выводы, касающиеся антинуклеарного фактора верны?
  1. Антинуклеарный фактор является диагностическим критерием СКВ
  2. Для диагностики системной красной волчанки обладает очень высокой чувствительностью, но низкой специфичностью
  3. Гомогенное свечение антинуклеарного фактора наиболее специфично для системной красной волчанки
  4. Частота обнаружения антинуклеарного фактора у здоровых людей не зависит от возраста
  5. Отсутствие антинуклеарного фактора полностью исключает диагноз системной красной волчанкиОтвет 1,2
  
4. Отметить заболевания, при которых наиболее часто выявляется антинуклеарный фактор:
  1. Системная красная волчанка\*
  2. Псориатический артрит
  3. Ревматоидный артрит
  4. Системная склеродермия
  5. Дерматомиозит
  
5. Какие выводы об антителах к кардиолипину верны?
  1. Связаны с ложно положительной реакцией Вассермана\*
  2. Ассоциируются с развитием тромбозов\*
  3. Ассоциируются с развитием акушерской патологии\*
  4. Могут вызывать нарушения проводимости
  
6. Какие типы аутоантител характерны для полимиозита?
  1. Антитела к рибонуклеопротеину

2. Антитела Jo-1
3. Антитела к Ro
4. Антитела к ДНК

7. Какие выводы о ревматоидном факторе верны?

1. Относится к диагностическим критериям ревматоидного артрита
  2. Высокие титры ассоциируются с тяжелым течением ревматоидного артрита
  3. Имеет патогенетическое значение в развитии ревматоидного васкулита
  4. Может появляться до развития клинических проявлений ревматоидного артрита
  5. Отсутствие ревматоидного фактора позволяет исключить диагноз ревматоидный артрит
- Ответ 1,2,3,4

8. Отметить заболевания, при которых развитие артрита сопровождается максимально выраженными признаками артрита и очень выраженным покраснением кожи над суставами?

1. Септический артрит\*
  2. Палиндромный ревматизм
  3. Острый синдром Рейтера
  4. Остеоартроз
  5. Подагра\*
  6. Острая ревматическая лихорадка
- Ответ 1, 5

9. Какие заболеваний могут сопровождаться болями и деформацией области суставов?

1. Тромботическая тромбоцитопеническая пурпура
  2. Гемофилия
  3. Хронический лимфолейкоз
  4. синдром Шенлейна-Геноха
  5. Полицитемия
  6. Все, перечисленные выше
- Ответ 2,4

10. При каких заболеваниях следует избегать инсоляции?

1. Псориатический артрит
  2. Ревматоидный артрит
  3. Системная красная волчанка\*
  4. Первичная подагра
- Ответ 4

11. При каких заболеваниях показана бальнеотерапия и терапия сероводородными и родоновыми ваннами

1. Остеоартроз
  2. Ревматоидный артрит
  3. Болезнь Бехтерева
  4. Реактивный артрит
  5. Системная красная волчанка
  6. Все перечисленные выше
- Ответ 1

12. Отметить самый частый побочный эффект нестероидных противовоспалительных препаратов:
1. Головная боль
  2. Психические нарушения
  3. Интерстициальный нефрит
  4. Боли в животе. неустойчивый стул
  5. Повышение креатинина в сыворотке
- Ответ 4
13. Какие из перечисленных выводов о внутрисуставном введении глюкокортикостероидов правильны?
1. Длительность эффекта зависит от растворимости препарата
  2. Максимально эффективны в отношении синовиита
  3. При внутрисуставном введении глюкокортикостероидов необходим длительный постельный режим
  4. Частые повторные инъекции препаратов могут вызывать развитие вторичного остеоартроза
  5. Не рекомендуется вводить кортикостероиды в связки
- Ответ 2, 4.5
14. Какие из перечисленных выводов о лечении ревматоидного артрита солями золота верны?
1. Курс лечения препаратом проводится до достижения кумулятивной дозы 1г металлического золота
  2. После окончания лечения препарат может задерживаться в тканях до 1 года
  3. Протеинурия - основная причина отмены препарата
  4. Нефротоксичность более вероятна у больных, у которых предшествующая терапия Д-пенициламином привела к развитию протеинурии
- Ответ 4
15. Какие положения, касающиеся лечения ревматоидного артрита правильны?
1. Симптоматический эффект при приеме нестероидных противовоспалительных препаратов ассоциируется со снижением СОЭ и концентрации С-реактивного белка
  2. Назначение солей золота может подавить активность болезни
  3. Некоторые побочные эффекты при лечении солями золота и Д-пеницилламином при ревматоидном артрите ассоциируются с носительством определенных антигенов HLA
  4. Все выше сказанное верно
- Ответ 4
16. К генно-инженерным препаратам, применяемым при псориатическом артрите относят все, кроме
1. инфликсимаб
  2. устекинумаб
  3. тоцилизумаб
  4. этанерцепт
  5. адалимумаб
- ответ 3
17. К полностью человеческим моноклональным антителам относят все, кроме:
1. адалимумаб
  2. инфликсимаб

3. голимумаб
  4. цертролизумаба пегол
  5. ритуксимаб
- Ответ 2

18. Препаратами выбора для стартовой терапии анкилозирующего спондилита являются

1. метотрексат
2. сульфасалазин
3. лефлюнамид
4. НПВП в постоянном режиме
5. циклоспорин А

Ответ 4

19. К препаратам, блокирующим действие ФНО-альфа, относятся все, кроме

1. инфликсимаб
2. этанерцепт
3. тоцилизумаб
4. голимумаб
5. цертролизумаба пегол

Ответ 3

20. Комплексная терапия ревматоидного артрита включает все, кроме

1. использование медленно действующих базисных противовоспалительных препаратов
2. использование НПВП
3. использование генно-инженерной биологической терапии
4. локальная лучевая терапия
5. применение хондропротекторов

Ответ 6

21. К селективным/специфическим ингибиторам ЦОГ-2 не относятся

1. мелоксикам
2. целекоксиб
3. эторикоксиб
4. ацеклофенак
5. нимесулид

Ответ 4

22. "Золотым стандартом" базисной терапии ревматоидного артрита является

1. лефлюнамид
2. метотрексат
3. сульфасалазин
4. гидроксихлорохин
5. Д-пеницилламин

Ответ 2

23. При неэффективности стандартной терапии СКВ умеренной и высокой активности показана инициация терапии

1. диклофенаком
2. азатиоприном
3. белимумабом
4. инфликсимабом
5. лефлюнамидом

Ответ 3

24. При тяжелом течении синдрома Рейно оправдано подключение к терапии

1. цитостатических иммунодепрессантов
2. диуретиков

3. синтетических простагландинов
4. ингибиторов ФНО-альфа
5. ингибиторов тирозинкиназы

Ответ 3

25. При первичном антифоффолипидном синдроме обнаруживаются следующие тесты, кроме

1. волчаночный антикоагулянт
2. антитела к двуспиральной ДНК
3. антитела к кардиолипинам
4. антитела к бета2-гликопротеину 1
5. тромбоцитопения

Ответ 2

26. При СКВ со вторичным антифосфолипидным синдромом, проявляющимся артериальным тромбозом к постоянной терапии СКВ показано добавление

1. оральных антикоагулянтов
2. антиагрегантов
3. антагонистов кальция длительного действия
4. тромболитических препаратов
5. низкомолекулярных гепаринов

Ответ 1

27. К антирезорбтивным препаратам для лечения системного остеопороза не относят

1. бисфосфонаты
2. кальцитонин лосося
3. моноклональные антитела к остеокластам
4. терипаратид
5. стронция ранелат

Ответ 4

28. К бисфосфонатам не относится

1. алендронат
2. ризендронат
3. ибандронат
4. золендронат
5. терипаратид

Ответ 5

29. Выберите антифиброзный препарат для лечения диффузной формы системной склеродермии

1. преднизолон
2. пеницилламин
3. десфераль
4. циклофосфамид
5. гидроксихлорохин

Ответ 2

30. Какие препараты наиболее часто вызывают офтальмологические побочные эффекты?

1. Хлорохин
2. Ацетилсалициловая кислота
3. Преднизолон
4. Тауредон
5. Метамизол

Ответ 1

31. Отметить правильные выводы о лечении аллопуринолом:



1. Может потенцировать эффект аминазина
  2. Может вызывать обострение подагры
  3. Может назначаться прерывистыми курсами
  4. Может вызывать тромбоцитопеническую пурпуру
  5. Является средством выбора для лечения подагры у больных с мочекаменной болезнью
- Ответ 2,5

32. Отметить на какие механизмы развития болезни влияют базисные препараты у больных ревматоидным артритом:

1. Генетическая предрасположенность
2. Этиологические факторы
3. Подавление локального местного воспаления
4. Хроническое иммунное воспаление

Ответ 4

33. Какие препараты используются для лечения первичного феномена Рейно?

1. Низкие дозы аспирина
2. Дигидропиридиновые антагонисты кальция
3. Празозин
4. Кетансерин

Ответ 2

34. Отметить показания для назначения цитотоксической терапии при системной красной волчанке

1. Волчаночный нефрит
2. Волчаночный цереброваскулит (ЦНС-люпус)
3. Полисерозит
4. Артрит
5. Алопеция.

Ответ 1,2

35. Какие препараты относятся к базисным средствам при лечении васкулитов?

1. Глюкокортикостероиды
2. Нестероидные противовоспалительные препараты
3. Соли золота
4. Цитостатики
5. Пеницилламин

Ответ 1,4

## Практико-ориентированные задания

### Задача №1

Больной М, 29 лет

**Жалобы:** интенсивные постоянные боли в обоих плечевых суставах, в обоих коленных, левом голеностопном суставах, усиливающиеся при движении, утреннюю скованность 4-5 часов, припухлость левого голеностопного сустава, ограничение движений в плечевых и коленных суставах, боль в грудном отделе позвоночника в ночные и утренние часы: периодическое повышение температуры тела с максимальным уровнем до 38.2 вне зависимости от времени суток, периодическая потливость, общая слабость и потливость при обычных физических нагрузках

**Анамнез.** С 19 летнего возраста рецидивирующие синовиты обоих коленных суставов, купируемые внутрисуставным введением глюкокортикоидов с частотой 1 раз в 2 месяца. После третьего рецидива синовита в качестве базисного лечения назначен сульфасалазин 2 грамма в сутки, который принимал в течение 6 месяцев без какого-либо эффекта, синовиты продолжали рецидивировать, от внутрисуставного введения препаратов отказался, принимал НПВП. В связи с неэффективностью консервативной терапии в 20 лет выполнена хирургическая синовэктомия правого коленного сустава, после чего артрит не рецидивировал. С 21 года года неоднократно стационарное лечение в ревматологическом отделении городской больницы по поводу рецидивирующего течения реактивного артрита хламидийной этиологии. Установлена 2 группа инвалидности. Неоднократно назначался метотрексат без эффекта. В 23 года синовэктомия левого коленного сустава, с этого времени значительное ограничение объема движений в коленных суставах с развитием сгибательных контрактур в них.

С 26 летнего возраста ухудшение состояния: присоединилась острая боль в тазобедренных суставах, принимал метотрексат 15 мг/неделю, преднизолон 15 мг/сутки, НПВП. На этом фоне присоединился артрит левого локтевого сустава, стала беспокоить боль в крестце и поясничном отделе позвоночника, появилась утренняя скованность в позвоночнике. В этот период СОЭ 60 мм/час, доза метотрексата увеличена до 25 мг в неделю. Около года назад присоединилась боль в плечевых суставах.

В 28 лет лечение в НИИ ревматологии РАН, где впервые выявлен ограниченный псориаз. В настоящее время принимает преднизолон 15 мг/сутки, мелоксикам 15 мг/сутки, метотрексат 25 мг в неделю. Проводимое лечение без существенного эффекта, сохраняются явления суставного синдрома и высокая лабораторная активность (СОЭ-41 мм/час). В связи с отсутствием эффекта от проводимого лечения госпитализирован.

**Объективно:** общее состояние удовлетворительное. Положение в постели активное. Сознание ясное, в контакт вступает легко, память не снижена. Эмоционально стабильна. Телосложение нормостеническое. Рост 175, вес 70 кг, ИМТ 24, окружность талии 78 см. Кожные покровы и видимые слизистые розовые, обычной окраски, влажная, в области передней поверхности правого бедра единичный фолликулит, слегка болезненный при пальпации, сыпи нет, псориазные бляшки не обнаружены, кушингоидные черты лица.

Ограничено сгибание и разгибание в коленных суставах, сгибательная контрактура коленных суставов. Симптомы Кушелевского положительные с двух сторон. Значительно ограничены ротация, сгибание, отведение в тазобедренных суставах. Пальпация остистых отростков позвонков безболезненная. Пальпация проекции крестцово-подвздошных сочленений болезненна. Симптом Тамайера-21 см, симптом Отто-2 см, симптом Шобера-2 см, экскурсия грудной клетки 4 см, синовит левого локтевого, левого коленного сустава, обоих лучезапястных суставов. Счет припухших суставов 4, счет болезненных суставов 8.

По другим системам органов без отклонений

Контрольное задание:

1. сформулировать и обосновать предварительный диагноз по имеющимся данным
2. сформировать план лечебно-диагностического поиска
3. оценить показания к инициации терапии ГИБП, обосновать выбор препарата.
4. указать конкретную (с выбором группы препарата, представителя класса, режима введения и дозирования) лекарственную и немедикаментозную терапию больного

## Задача №2

Больной К, 39 лет

В 19 лет был комиссован со службы в армии в связи с развитием прободной язвы желудка, по поводу чего проведено оперативное ушивание язвенного дефекта. В последующем каких-либо жалоб со стороны ЖКТ не предъявлял, к врачам не обращался.

В течение последних 3 лет стали беспокоить боли в поясничном отделе позвоночника и в области тазобедренных суставов, которые чаще появлялись в первой половине дня, к середине дня расхаживался, и боли не беспокоили. По этому поводу не обращался, терапии не подвергался. В течение последнего года отметил появление ночных болей в спине и ягодичных областях с тенденцией к прогрессированию, стал отмечать некоторое ограничение подвижности в поясничном и грудном отделах (не мог вдохнуть полной грудью). Самостоятельно решил заняться физической культурой, стал посещать спортивный клуб (бассейн и тренажерный зал), на фоне чего самочувствие несколько улучшилось, но боли полностью не прошли и существенно мешали заниматься в зале в первую половину дня.

При обращении в аптеку около месяца назад по совету фармацевта стал принимать индометацин в дозе 75 мг в сутки (по 25 мг 3 раза в день), на фоне чего в течение недели боли полностью купированы, но при попытке отмены препарата вновь возобновление всей клинической картины, в связи с чем стал принимать индометацин в большей дозе (150 мг в сутки) на постоянной основе, на фоне чего боли в спине и скованность больше не беспокоили

Около 2 недель назад стал отмечать появление болей ноющего характера умеренной интенсивности в эпигастрии, возникающих на голодный желудок, проходящих после приема пищи, появление периодически изжоги и отрыжки кислым, стал неустойчивым стул (несколько раз в неделю появлялся кашицеобразный стул на фоне оформленного), в связи с чем обратился на приеме к участковому терапевту.

При проведении лабораторных исследований выявлена высокая лабораторная активность (СОЭ 54 мм/ч, СРБ 37 мг/л при норме менее 5 мг/л) без отклонения других показателей, при выполнении УЗИ брюшной полости и копрограммы отклонений не найдено. На ФГДС в антральном отделе желудка обнаружены на фоне яркой гиперемии слизистой 5 небольших язвенных дефектов (предположительно острых) и единичные линейные эрозии с геморрагическими признаками, в области малой кривизны желудка послеоперационный рубец без признаков воспаления. С подозрением на системный васкулит направлен к ревматологу в Городской ревматологический центр.

Анамнез жизни без особенностей.

**Объективно:** общее состояние удовлетворительное. Сознание ясное, в контакт вступает легко, память не снижена. Эмоционально стабильна. Телосложение нормостеническое. Рост 185, вес 82 кг, ИМТ 24 окружность талии 77 см. Кожные покровы и видимые слизистые розовые, обычной окраски, псориатические бляшки не обнаружены. Хорошо развита мускулатура верхних и нижних конечностей.

Симптомы Кушелевского положительные с двух сторон. Пальпация остистых отростков позвонков безболезненная. Пальпация проекции крестцово-подвздошных сочленений болезненна Симптом Тамайера-6 см, симптом Отто-2 см, симптом Шобера-2 см, экскурсия грудной клетки 4 см. Счет припухших суставов 0, счет болезненных суставов 0.

При пальпации живота болезненность в эпигастральной области, симптомы напряжения брюшины отрицательные.

По другим системам органов без отклонений

Контрольное задание:

1. сформулировать и обосновать предварительный диагноз по имеющимся данным
2. сформировать план лечебно-диагностического поиска
3. чем обусловлено появление симптомов со стороны ЖКТ, оценить возможность ятрогенного вмешательства и варианты его профилактики
4. указать конкретную (с выбором группы препарата, представителя класса, режима

введения и дозирования) лекарственную и немедикаментозную терапию больного

### Задача №3

Больная К, 54 лет

В 49 лет впервые на основании типичной клиники суставного синдрома (поражением суставов кистей, симметричного характера полиартрит с вовлечением более 3 суставных зон с явлениями достоверной утренней скованности и положительным РФ в сыворотке и синовиальной жидкости) диагностирован серопозитивный вариант ревматоидного артрита.

В качестве базисной терапии был назначен метотрексат в дозе 15 мг в неделю, однако прием препарат как в таблетированной форме, так и в парентеральной (внутримышечно и подкожно) сопровождался развитием выраженной тошноты и рвоты, в связи с чем был заменен. В качестве альтернативы был назначен сульфасалазин с постепенным доведением дозы до 2 грамм, но при начале приема препарата в данной дозе развитие выраженной токсикодермии, подтвержденной дерматологом, явившейся причиной отмены сульфасалазина. Рекомендованную терапию лефлюнамидом или циклоспорином А по материальным причинам соблюдать не смогла. В течение 4 месяцев базисная терапия и гидкоксихлорохином в суточной дозе 400 мг признана неэффективной, препарат отменен.

В качестве базисного лечения 6 месяцев назад назначен Д-пенициламин (купренил) в дозе 250 мг 2 раза в день. Через 8 недель терапии отмечен существенный регресс суставного синдрома и нормализация лабораторных тестов активности, что позволило констатировать достижение ремиссии РА к 12 недели терапии.

В течение последнего месяца стала отмечать появление небольших отеков на голенях с обеих сторон, появление слабости, утомляемости, которые постепенно и неуклонно прогрессировали и в течение недели отеки достигли уровня поясницы, резко снизилась переносимость нагрузок из-за выраженной одышки, но при этом суставной синдром не рецидивировал. Обратилась на прием к терапевту в поликлинику.

Были проведены следующие лабораторные тесты: клинический анализ крови без существенных отклонений, СОЭ 18 мм/ч, анализ мочи: относительная плотность - 1016, соломенно-желтая, белок - 6,2 г/л, лейкоциты 1-2 в поле зрения, эритроциты 0-1 в поле зрения Суточная потеря белка - 8,1 г.

Биохимический анализ крови: креатинин крови - 0,08 ммоль/л, мочевины 5,0 ммоль/л, СКФ 65 мл/мин, глюкоза крови 5,1 ммоль/л, общий белок 45 г/л, альбумины 38%, холестерин 11,6 ммоль/л СРБ 3,4 мг/л (норма менее 5 мг/л)

С подозрением на гломерулонефрит в рамках системного поражения при РА направлена к ревматологу в Городской ревматологический центр.

Анамнез жизни без особенностей, до дебюта РА соматически здорова.

**Объективно:** состояние средней тяжести. Кожа и видимые слизистые обычной окраски. Значительные отеки всего туловища, лица. Пульс 102 удара в минуту, ритмичный, напряжен. АД = 105/70 мм. рт.ст.. Над легкими ясный легочный перкуторный тон, притупление перкуторного тона ниже углов лопаток. Дыхание жесткое, ослаблено в подлопаточных областях. Живот увеличен за счет асцита, мягкий, безболезненный. Печень у реберной дуги, край печени мягкий, безболезненный.

Счет припухших суставов 0, счет болезненных суставов 1. ВАШ активности болезни пациентом 20 мм.

Контрольное задание:

1. сформулировать и обосновать предварительный диагноз по имеющимся данным
2. чем обусловлено появление новой симптоматики в течение последнего месяца, оценить возможность ятрогенного вмешательства и варианты его профилактики и

- дифференциальной диагностики
3. сформировать план лечебно-диагностического поиска
  4. указать конкретную (с выбором группы препарата, представителя класса, режима введения и дозирования) лекарственную и немедикаментозную терапию больного

## Тема (раздел) 2

### Тестирование

1. Какие выводы о ревматоидном артрите верны?
  1. Ревматоидный фактор обнаруживается в сыворотках большинства больных этим заболеванием
  2. У 25% больных в сыворотках присутствует антинуклеарный фактор
  3. Поражение щитовидной железы не характерно, не смотря на частое обнаружение антител к тиреоцитам.
  4. Увеличена частота носительства HLA-DR4Ответ: 1,4
2. К диагностическим критериям ревматоидного артрита ACR1987 года не относятся
  1. ревматоидные узелки
  2. утренняя скованность более 60 минут
  3. эрозивный артрит рентгенологически
  4. симметричный артрит
  5. антитела к циклическому цитруллин содержащему пептиду.Ответ 5
3. Какие симптомы имеют значение для ранней диагностики ревматоидного артрита?
  1. Утренняя скованность
  2. Болезненность при пальпации Ахиллова сухожилия
  3. Ослабление силы сжатия кисти
  4. Латеральная девиация суставов кистей
  5. Обнаружение антител к циклическому цитруллин содержащему пептиду
  6. Припухлость проксимальных межфаланговых суставовОтвет:1,3,5,6
4. Какие суставы наиболее часто поражаются при ревматоидном артрите?
  1. Дистальные межфаланговые суставы
  2. Проксимальные межфаланговые суставы
  3. Первый пястно-запястный сустав
  4. Суставы шейного отдела позвоночника
  5. Суставы поясничного отдела позвоночникаОтвет:2
5. Какие выводы о подкожных ревматоидных узелках верны?
  1. Обнаруживаются у 25-30% больных ревматоидным артритом
  2. Наиболее часто локализуются в области локтевого "сгиба"
  3. Как правило, ассоциируются с выявлением ревматоидного фактора
  4. Могут исчезать при назначении базисных противоревматических препаратов
  5. Могут быть причиной дисфонии
  6. Редко ассоциируются с развитием ревматоидного васкулитаОтвет:1, 2,3

6. Какие положения о синдроме Фелти верны?
1. Развивается как у мужчин, так и у женщин.
  2. Всегда сочетается с высокими титрами ревматоидного фактора
  3. После спленэктомии может рецидивировать лейкопения
  4. Назначение глюкокортикостероидов приводит к увеличению количества лейкоцитов.
  5. Может развиваться гепатомегалия
  6. Основной причиной смерти больных является сепсис
- Ответ: 1,3,4
7. Для синовиальной жидкости при ревматоидном артрите характерно все, кроме:
1. кристаллы мочевой кислоты в поляризационном свете
  2. прозрачная или опалесцирующая;
  3. высокая вязкость;
  4. высокий нейтрофильный цитоз жидкости;
  5. обнаружение рагоцитов и ревматоидного фактора;
- Ответ 1
8. Что такое синдром Каплана?
1. Особый вариант ревматоидного артрита с лейкопенией
  2. Особый вариант ревматоидного артрита с эпизодами высокой лихорадки кожной сыпи на высоте подъема температуры
  3. Сочетание ревматоидного артрита и системной красной волчанки
  4. Сочетание ревматоидного артрита и силикоза
- Ответ 4
9. Какие офтальмологические осложнения могут наблюдаться при ревматоидном артрите?
1. Ирит
  2. Эписклерит
  3. Хороидоретинит
  4. Сухой кератоконъюнктивит
- Ответ 2,4
10. К системным проявлениям ревматоидного артрита являются все, кроме:
1. ревматоидные узелки
  2. вторичный амилоидоз
  3. кожный васкулит
  4. нейропатия
  5. поражение легких (интерстициальный фиброз)
- Ответ 2
11. Отметить наиболее частую причину анемии при активном ревматоидном артрите:
1. Дефицит железа
  2. Гиперспленизм
  3. Хроническое воспаление
  4. Лекарственная терапия
- Ответ 3
12. К заболеваниям, ассоциируемым с антигеном гистосовместимости HLA B27 относят все, кроме
1. анкилозирующий спондилит
  2. реактивный артрит
  3. псориатический артрит
  4. ревматоидный артрит

5. артрит при хронических воспалительных заболеваниях кишечника

Ответ 4

13. Для диагностики анкилозирующего спондилита используют следующие диагностические критерии, кроме

1. двусторонний сакроилеит II стадии
2. односторонний сакроилеит III стадии
3. воспалительная боль в спине
4. ограничение подвижности позвоночника, не соответствующей возрастной норме
5. ускорение СОЭ более 40 мм/ч

Ответ 5

14. Какие из следующих признаков характерны для болезни Стилла взрослых?

1. Лихорадка
2. Сыпь
3. Положительный латекс-тест
4. Спленомегалия
5. Лимфаденопатия
6. Лейкопения

Ответ: 1,2,5

15. Отметить наиболее характерные признаки серонегативных спондилоартритов

1. Рентгенологические признаки сакроилеита с или без сопутствующего спондилита
2. Семейная агрегация
3. Носительство HLA-B27
4. Отсутствие ревматоидного фактора
5. Развитие несимметричного периферического артрита
6. все ответы правильные

Ответ 6

16. Какие признаки позволяют заподозрить анкилозирующий спондилоартрит?

1. Боли в пояснице, крестце и позвоночнике
2. Появление суставных симптомов у мужчин моложе 40 лет
3. Выраженная утренняя скованность
4. Улучшение состояния после физических упражнений
5. Прогрессирование рентгенологических изменений в периферических суставах

Ответ 1,2,3,4

17. Что из перечисленного характерно для анкилозирующего спондилита?

1. Чаще развивается у женщин, чем у мужчин
2. Чаще развивается у лиц молодого возраста, чем пожилого возраста
3. Регулярные физические упражнения противопоказаны
4. Регулярные физические упражнения приносят облегчение
5. Более высокая смертность от легочных, сердечно-сосудистых и почечных заболеваний, чем в популяции
6. Поражение глаз может быть первым проявлением заболевания

Ответ 2,4, 6

18. Какие признаки не встречаются при анкилозирующем спондилите?

1. Увеличение СОЭ
2. HLA-B27

3. Сакроилеит
  4. Энтезопатии
  5. Ревматоидный фактор
- Ответ 5

19. Отметить признаки, характерные для уретро-окуло-синовиального синдрома (болезни Рейтера):

1. Болезненность при пальпации Ахиллова сухожилия
2. Частое поражение мелких суставов кистей
3. Рецидивирующий ирит
4. Аортальная недостаточность
5. Частое обнаружение ревматоидного фактора

Ответ 1,3,4

20. Что из перечисленного характерно для уретро-окуло-синовиального синдрома (болезни Рейтера)?

1. Чаще развивается у мужчин
2. Отмечается повышенный титр АТ к двуспиральной ДНК
3. Имеет хороший прогноз
4. Поддается лечению тетрациклином
5. Чаще развивается у носителей HLA-B27

Ответ 1,3,5

21. Отметить заболевания, при которых может развиваться двухсторонний сакроилеит:

1. Синдром Рейтера
2. Псориаз
3. Анкилозирующий спондилит
4. Ювенильный хронический артрит
5. Ревматоидный артрит

Ответ: 1,2,3

22. Для воспалительной боли в спине не характерно

1. возникает в возрасте младше 45 лет
2. боль в ночные и утренние часы
3. сопровождается утренней скованностью
4. усиливается при физических нагрузках
5. не проходит полностью в покое

Ответ 4

23. Для верификации диагноза аксиального спондилоартрита при отсутствии изменений КПС на рентгенограмме следует использовать

1. остеосцинтиграфию
2. рентгеновскую томографию КПС
3. компьютерную томографию КПС
4. МРТ КПС
5. УЗИ области КПС

Ответ 4

24. Для псориатического артрита характерно все, кроме

1. наличие подкожных узелков
2. мутилирующего артрита
3. дактилита
4. спондилита
5. осевого поражения пальцев



Ответ 1

25. Какие выводы об экстраартикулярных проявлениях анкилозирующего спондилита верны?

1. Острый передний увеит развивается у четверти больных
2. Появление сетчатого ливедо и эритемы на лице
3. Поражение почек может быть связано с люпус-нефритом
4. Возможно поражение аортального клапана по типу недостаточности

Ответ 1,4

## Практико-ориентированные задания

### Задача № 1

Больная Е., 27 лет.

**Жалобы:** постоянные боли в проксимальных межфаланговых суставов кистей, лучезапястных, плечевых, коленных суставах, постоянного характера, усиливающаяся в утренние часы, уменьшающиеся при приеме НПВП, с ограничением движения в суставах кистей, лучезапястных, припухлость проксимальных межфаланговых суставов, пястно-фаланговых суставов, лучезапястных суставов с обеих сторон, утренняя скованность в суставах кисти до 120 минут.

**Анамнез заболевания:** Впервые на фоне полного благополучия в январе 2015 года появились боли во 2-3 пястно-фаланговых суставах обеих кистей преимущественно при движениях, Постепенно к концу января 2015 года отметила появление болей во всех проксимальных и пястно-фаланговых суставах обеих кистей. С февраля 2015 года появилась припухлость в пястно-фаланговых суставах обеих кистей, постепенно нарастала скованность в суставах кисти до 1 часа. По совету знакомых стала принимать диклофенак в суточной дозе 100 мг, на фоне приема которого полное купирование болевого синдрома, в связи с чем прекратила прием препарата.

Через 3 недели боли возобновились вновь, нарастала утренняя скованность до 120 минут и появились боли и припухлость в обоих лучезапястных суставах, коленных суставах, отметила страдание функциональная способность кисти. В апреле 2015 года обратилась к терапевту, при исследовании СРБ 63,26 мг/мл (норма до 5 мг/л), РФ 1:640 (норма до 1:40), СОЭ 58 мм/ч, в остальном лабораторные тесты без отклонений. Для уточнения диагностического представления, подавления активности в плановом порядке госпитализирована в клинику госпитальной терапии ПСПбГМУ

**Анамнез жизни:** без особенностей (синдрома Рейно, фотосенсибилизации, отягощенной наследственности по псориазу не выявлено).

**Объективно:** Общее состояние относительно удовлетворительное. Телосложение нормостеническое, подкожная жировая клетчатка развита умеренно. Рост 178см, вес 66 кг, ИМТ 24.2, окружность талии 78 см. Кожные покровы и видимые слизистые розовые. Пульс 68 ударов в 1 мин, ритмичный, симметричный, удовлетворительного наполнение и напряжения. АД 110/70 мм.рт.ст. на обеих руках. Тоны сердца ритмичные, I тон больше II тона на верхушке, шумов нет. Частота дыхательных движений 16 в минуту. Дыхание везикулярное. Живот не увеличен, при пальпации мягкий, безболезненный во всех отделах. Отмечается припухлость 2-4 проксимальных межфаланговых и 2-4 пястно-фаланговых суставов обеих кистей, припухлость обоих лучезапястных суставов, положительные тесты сжатия всех м/ф и пястно-фаланговых суставов обеих кистей,

коленных, лучезапястных. симптомы сакроилеита отрицательные, подвижность позвоночного столба не ограничена. Снижена сила кисти, подкожных узелков не найдено

Лабораторные данные:

*Клин. анализ крови при поступлении:* гем.136, эритро.4.4, ЦП 0,86, гематокрит 38.4, лей 6,1: нейтрофилы 61,1%, лимфоциты 32,8%, моноциты 3,8%, базофилы 0,6%, эозинофилы 1.7%, тромб 207, СОЭ 55 мм/ч.

*Анализ мочи без патологии*

*Б/х анализ крови:* СРБ 71.20 мг/мл. Ревматоидный фактор 1:1280 (норма менее 1:40 IU/ml),

*Антинуклеарный фактор* менее 1:160,

*Исследование на ИППП:* Chlamydia trachomatis, Mycolasma hominis, Mycoplasma genitalium - не выявлено,

*Рентгенография кистей:* без патологии

Контрольное задание:

1. Сформулировать и обосновать предварительный диагноз по имеющимся данным
2. сформировать план лечебно-диагностического поиска
3. указать конкретную (с выбором группы препарата, представителя класса, режима введения и дозирования) лекарственную и немедикаментозную терапию данного больного

## Задача № 2

Больной Ж., 36 года.

Жалобы: на постоянные, с пиком интенсивности в ночные и утренние часы боли в поясничном и грудном отделе позвоночника без с иррадиации, сопровождающиеся ощущением скованности в этих отделах позвоночника продолжительностью до 3 часов, облегчающиеся после физических нагрузок, и не проходящие в покое; на ограничение подвижности поясничного отделов позвоночника из-за болей, незначительную общую слабость и утомляемость, боли в левом голеностопном, коленном и локтевом суставах, наиболее интенсивные в утренние часы, сопровождающиеся локальной гипертермией, уменьшающиеся после приема НПВП, повышение температуры к вечеру до 37,5 С

Анамнез заболевания. Впервые боли в поясничном отделе позвоночника стал отмечать в течение последних 6 месяцев, первоначально боли носили умеренный характере, утренняя скованность не выражена, после утренней зарядки боли практически исчезали и в течение дня не беспокоили, в связи с чем за медицинской помощью не обращался

В течение последних двух месяцев без видимых причин стали нарастать боли в поясничном отделе, появились в грудном отделе позвоночника, полностью не проходившие от утренней зарядки, появилась отчетливая продолжительная скованность в пояснице по утрам. В течение последнего месяца стал просыпаться по ночам из-за болей в спине, в связи с чем самостоятельно стал принимать нимесулид 100 мг на ночь, на фоне которого сон нормализовался, боли с утра стали менее интенсивными. В течение последней недели отметил появление болей в крупных суставах нижних конечностей, припухлость левого коленного и голеностопного сустава, при случайном измерении обнаружил подъем температуры до 37,5 в вечернее время, что стало поводом для обращения в поликлинику по месту жительства.

Терапевтом при проведении исследования обнаружено повышение СОЭ до 46мм/ч, отрицательный РФ, исключены «скрытые» инфекции, с подозрением на реактивный артрит не уточненного генеза направлен к ревматологу районного диагностического центра.

Анамнез жизни: ранее занимался спортом (волейбол) до 30 лет, дядя больного страдает болезнью Бехтерева, в остальном без особенностей.

Объективно: Общее состояние относительно удовлетворительное. Телосложение нормостеническое. Рост 178, вес 83 кг, ИМТ 26. Окружность талии 92 см. Подкожно-жировая клетчатка развита избыточно в области живота. Кожные покровы и видимые слизистые розовые. Пульс 58 ударов в 1 мин, ритмичный, симметричный, удовлетворительного наполнения и напряжения. АД 115/75 мм.рт.ст. на обеих руках. Тоны сердца ритмичные, I тон больше II тона на верхушке, шумов нет. Частота дыхательных движений 16 в минуту. Дыхание везикулярное. Живот не увеличен, при пальпации мягкий, безболезненный во всех отделах. Симптомы Кушелевского I и II положительные с двух сторон. Пальпация остистых отростков позвонков безболезненная. Симптом Тамайлера-17 см, симптом Форестье 0 см, симптом Отто- 5 см, симптом Шобера 4 см, экскурсия грудной клетки 3.5 см. Припухлость и положительные тесты сжатия левого коленного и левого голеностопного суставов (СМПС 2, СБС 2)

Контрольное задание:

1. Сформулировать и обосновать предварительный диагноз по имеющимся данным
2. сформировать план диагностического поиска
3. указать конкретную (с выбором группы препарата, представителя класса, режима введения и дозирования) лекарственную и немедикаментозную терапию данного больного

### Задача №3

Больная С, 22 года

Обратилась на прием к районному ревматологу со следующими **жалобами**: интенсивные постоянные боли и выраженная припухлость в правом коленном суставе с ограничением объема движений из-за боли и синовита. Других жалоб нет.

**Анамнез.** Впервые отметила припухлости и боли в коленном суставе без видимых причин около трех месяцев назад. В течение двух недель не обращалась, боль стала нарастать, в связи с чем осмотрена терапевтом по месту жительства, выполнены ряд лабораторных тестов (СОЭ 51 мм/ч, СРБ 36 мг/л при норме менее 5 мг/л, РФ не обнаружен), на рентгенограммах коленных суставов структура сустава не изменена, признаки наличия жидкости в верхнем завороте. Диагностическое представление в пользу правостороннего гонартроза. В течение трех недель принимала по рекомендации терапевта мелоксикам 7,5 мг в сутки, провела курс магнитотерапии, носила эластичный наколенник, однако, динамики синовита не отмечено. Осмотрена ортопедом, исключено травматическое повреждение коленного сустава, рекомендована гипсовая мобилизация и курс антибактериальной терапии. От выполнения рекомендаций ортопеда воздержалась, самостоятельно обратилась к ревматологу в поликлинический диагностический комплекс.

**Анамнез жизни:** ранее соматически здорова, никакой лекарственной терапии не подвергалась. Вредные привычки отрицает. Ведет подвижный образ жизни (посещает пилатес 4 раза в неделю) сохраняется. Фотосенсибилизация положительная (появление розовых пятнистых высыпаний в области декольте в весеннее время). Родной брат страдает псориазом. Синдрома Рейно не описывает. В остальном без особенностей.

**Объективно:** общее состояние удовлетворительное. Сознание ясное, в контакт вступает легко, память не снижена. Эмоционально стабильна. Телосложение нормостеническое. Рост 173, вес 51кг. Окружность талии 68 см. Кожные покровы и видимые слизистые розовые, обычной окраски, псориатические бляшки не обнаружены.

По внутренним органам без патологических отклонений. Определяется выраженный синовит (окружность правого к/с 45 см, левого 39 см) правого коленного сустава. Остальные суставные зоны интактны. Симптомы Кушелевского отрицательные с

двух сторон. Пальпация проекции крестцово-подвздошных сочленений безболезненна. Подвижность позвоночного столба не ограничена. Симптом Тамайера-0 см, симптом Отто-5 см, симптом Шобера-8 см, экскурсия грудной клетки 8 см. По другим системам органов без отклонений

Контрольное задание:

5. Сформулировать и обосновать предварительный диагноз по имеющимся данным
6. сформировать план лечебно-диагностического поиска
7. указать конкретную (с выбором группы препарата, представителя класса, режима введения и дозирования) лекарственную и немедикаментозную терапию данного больного

## К зачету 2 семестра

Тестирование

### Тема (раздел) 3

1 Характерные рентгенологические признаки остеоартроза:

- A. Эрозии
- B. Субхондральный склероз
- C. Остеофиты
- D. Кистовидные просветления
- E. Остеолиз

B, C

2 При каком эндокринном заболевании формируется сустав Шарко:

- A. Сахарном диабете
- B. Гипотиреозе
- C. Гиперпаратиреозе
- D. Тиреотоксикозе
- E. правильно A и B

A

3 Какие изменения в опорно-двигательном аппарате выявляются при тиреотоксикозе:

- A. Синдром тугоподвижности суставов
- B. Узелки Бушара и Гебердена
- C. Сустав Шарко
- D. Гипертрофическая остеоартропатия
- E. Правильно A и B
- F. Правильно A и C

D

4 Болезнь Рекленгхаузена (генерализованная фиброзно-кистозная остеоидистрофия) встречается при:

- A. Тиреотоксикозе
- B. Гиперпаратиреозе
- C. Сахарном диабете
- D. Гипотиреозе
- E. Акромегалии

B

5 Факторы риска остеопороза:

- A. Курение
- B. Пожилой возраст

- C. Предшествующие переломы
- D. Прием глюкокортикостероидов
- E. Европеоидная раса
- F. Правильно A, B, D
- G. Все верно

G

6 Хроническое заболевание, которое характеризуется патологическим ростом и нарушением структуры костей скелета в отдельных местах:

- A. Остеоартроз
- B. Остеопороз
- C. Болезнь Педжета
- D. Болезнь Рейтера
- E. Остеосклероз

C

7 Препараты применяемые при остеопорозе:

- A. Препараты кальция и витамина D
- B. Все верно
- C. ибандронат
- D. золендронат
- E. алендронат
- F. Стронция ранелат
- G. Верно A, B, Г, Д

B

8 Что не является основными элементами сустава:

- A. полость сустава;
- B. эпифизы костей, образующих сустав;
- C. суставные хрящи;
- D. суставная капсула;
- E. синовиальная оболочка;
- F. синовиальная жидкость
- G. околоуставные ткани

G

9 Межфаланговые суставы пальцев по форме суставных поверхностей являются:

- A. Блоковидные
- B. Эллипсоидные
- C. Шаровидные
- D. Плоские

A

10 По преобладающему патологическому механизму развития поражения суставов выделяют группы суставной патологии кроме:

- A. Дегенеративные заболевания суставов (артрозы).
- B. Воспалительные поражения (артриты).
- C. Травматические повреждения.
- D. Опухолевые заболевания.
- E. Гипермобильность суставов
- F. Врожденные дефекты развития.

E

11 Отметить характерные признаки генерализованного остеоартроза:

- A. Узелки Гебердена
- B. Узелки Бушара

- C. Суставы Клаттона
- D. Эрозии тел верхних поясничных и нижних грудных позвонков

A, B

12 Какие нарушения метаболизма предрасполагают к развитию остеоартроза?

- A. Тучность
- B. Гипертиреоз
- C. Диабет
- D. Акромегалия
- E. Гемохроматоз

A

13 Что из перечисленного не характерно для остеоартроза?

- A. Механический тип болей
- B. Деформация суставов
- C. Ухудшение общего состояния больных
- D. Ограничение подвижности суставов
- E. Преимущественное поражение нагруженных суставов

C

14 Отметить правильное заключение о подагре:

- A. Мужчины и женщины болеют с одинаковой частотой
- B. Пик заболеваемости приходится на 25-35 лет
- C. В период подагрических приступов может развиваться лихорадка
- D. Выраженность подагрических приступов коррелирует с концентрацией мочевой кислоты
- E. Действие аллопуринола основано на усилении экскреции мочевой кислоты

E

15 Отметить основные отличия вторичной подагры от первичной подагры:

- A. Женщины поражаются чаще, чем мужчины
- B. Имеется семейная агрегация
- C. Наблюдается более высокая концентрация мочевой кислоты в сыворотке
- D. Развивается в более позднем возрасте

B

16 Отметить правильные заключения, касающиеся концентрации мочевой кислоты в сыворотке:

- A. Снижается на фоне голодания
- B. Более высокий уровень у мужчин, чем у женщин
- C. Увеличивается на фоне лечения глюкокортикостероидами
- D. Снижается при приеме аспирина в дозе 2 г в день
- E. Увеличивается при полицитемии
- F. Снижается на фоне лечения колхицином

A, B

17 При каких заболеваниях наблюдается гипермобильность суставов?

- A. Синдром Марфана
- B. Несовершенный остеогенез
- C. Гипертиреоз
- D. синдром Эллерса-Данло

D

18 Какие из перечисленных выводов о контрактуре Дюпюитрена не верны?

- A. Проявляется болевой сгибательной контрактурой пальцев кисти
- B. Заболевание чаще встречается у мужчин, чем у женщин
- C. Имеется семейная агрегация
- D. Наиболее часто в процесс вовлекается указательный и большой палец

- Е. Часто развивается у алкоголиков
- С
- 19 К атипичным формам манифестации подагры не относится:
- А. ревматоидоподобная
  - В. полиартритическая
  - С. острая
  - Д. астеническая форма
  - Е. периартритическая
- С
- 20 Какие выводы о плечелопаточном периартрите верны?
- А. Чаще развивается у больных сахарным диабетом
  - В. Обычно заканчивается спонтанным выздоровлением
  - С. Не связан с синдромом плечо-кость
  - Д. Характерным симптомом является "болезненный сектор"
  - Е. Часто развивается двухстороннее поражение
- Д
- 21 Отметить правильное заключение о подагре:
- А. Мужчины и женщины болеют с одинаковой частотой
  - В. Пик заболеваемости приходится на 25-35 лет
  - С. В период подагрических приступов может развиваться лихорадка
  - Д. Выраженность подагрических приступов коррелирует с концентрацией мочевой кислоты
  - Е. Действие аллопуринола основано на усилении экскреции мочевой кислоты
- Е
- 22 Причины кальципенической формы остеомалации:
- А. Наследственные нарушения синтеза витамина D
  - В. Цирроз печени
  - С. Длительном приеме противосудорожных препаратов
  - Д. Повышенная функция паращитовидных желез
  - Е. вегетарианской диете
  - Ф. Беременность
- Д
- 23 Что не характерно для синдрома Рейтера:
- А. Артрит
  - В. Увеит
  - С. Уретрит
  - Д. Плеврит
  - Е. Энтерит
- Д
- 24 СПИД-ассоциированный артрит чаще всего поражает суставы:
- А. Голеностопные
  - В. Плечевые
  - С. Коленные
  - Д. Лучезапястные
  - Е. Пястно-фаланговые
- А, С
- 25 Артропатии при каком инфекционном заболевании носят характер ревматоидного артрита:
- А. Эпидемический паротит
  - В. Бруцеллез
  - С. Болезнь Лайма
  - Д. Ветряная оспа

## Практико-ориентированные задания

### Клиническая задача №1

Больной К., 77 лет с жалобами на симметричные боли в голених и стопах ноющего характера, умеренной интенсивности, возникающие при ходьбе до 200 метров, проходящие в покое; на зябкость нижних конечностей; на боли в пояснично-крестцовом отделе позвоночника, ноющего характера, умеренной интенсивности, с иррадиацией по латеральным поверхностям обоих бедер, возникающие в покое в утренние часы, купируемые самостоятельно; на утреннюю скованность в позвоночнике в течение 10-15.

Три года назад после падения с высоты собственного роста диагностирован перелом костей левой стопы. Проводилось лечение с наложением лонгеты. В течение последних двух лет беспокоят боли в икроножных мышцах при ходьбе до 500 метров, судороги в мышцах голени и бедер, зябкость нижних конечностей. По этому поводу 2 раза в год проходил лечение в консультативно-диагностическом центре (актовегин, Милдронат, Калий, Магния сульфат, Тиоктоцид).

В этом году на рентгенограмме поясничного отдела позвоночника выявлена сглаженность лордоза, остеохондроз. В это же время впервые начал отмечать сутулость осанки, коррекции не проводилось.

В июне этого года проведена денситометрия, где обнаружен выраженное снижение МПК в проксимальных отделах бедра и осевого скелета (уровень Т-критерия L1-L4 «-3,6 SD», Т критерий neck «-2,8SD»). Консультирован ревматологом, данных за воспалительное поражение суставного аппарата не получено. Рекомендации те же.

Не курит, профессиональных вредностей не имеет.

Объективно: Общее состояние удовлетворительное. Положение в постели активное. Сознание ясное, в контакт вступает легко, память не снижена. Эмоционально стабильный. Телосложение нормостеническое. Рост 165 см, вес 61 кг, ИМТ 22,4 кг/м<sup>2</sup>, окружность талии 91 см. Подкожно-жировая клетчатка развита умеренно в области передней стенки живота. Кожные покровы и видимые слизистые бледноватые, обычной влажности, чистая. ЛОР - органы – без патологических изменений. Нарушение осанки в виде кифосколиоза грудного отдела позвоночника влево. Пальпация остистых отростков позвонков безболезненная. Пальпация проекции крестцово-подвздошных сочленений безболезненна, симптомы сакроилеита отрицательные, тесты поперченного сжатия суставов отрицательные, синовитов нет. Имеется ограничение подвижности позвоночника (симптом Отта 2 см, тест Шобера 4 см), экскурсия грудной клетки – 4 см. Деформация V, IV плюснефаланговых суставов левой стопы, вальгусная деформация коленных суставов. Мышцы голени симметрично атрофичны, кожа голени бледная, сухая, лишена волос. При пальпации мышц голени болезненность отсутствует. При пальпации стоп кожа влажная, холодная на ощупь.

Клинический анализ крови: эритроцит 5,0\*10<sup>12</sup>/л, гемоглобин 158 г/л, ЦП 0,95, гематокрит 46,2%, тромбоциты 185\*10<sup>9</sup>/л, лейкоциты 6,8\*10<sup>9</sup>/л, СОЭ 5 мм/ч.

Общий анализ мочи: прозрачная, реакция нейтр, уд вес 1,007, лейкоциты 0-1, эпителий плоский 2-3, белка нет, глюкозы нет, кетоновых тел нет.

Биохимический анализ крови: калий 4,6 ммоль/л, натрий 140,0 ммоль/л, билирубин общий 20,1 мкмоль/л, (прямой 4,0 мкмоль/л, непрямой 16,1 мкмоль/л), глюкоза натощак 6,5 ммоль/л, креатинин 0,063 ммоль/л, холестерин общий 3,57 ммоль/л, АЛТ 33 Е/л, АСТ 29 Е/л, Кальций общий 2,49 ммоль/л, общий белок 76 г/л, С-реактивный белок 0,30 мг/л.

Контрольное задание:

1. Написать представление о больном с обоснованием предварительного диагноза
2. сформулировать предварительный диагноз по имеющимся данным



3. сформировать план лечебно-диагностического поиска
4. указать конкретную (с выбором группы препарата, представителя класса, режима введения и дозирования) лекарственную и немедикаментозную терапию данного больного

### Клиническая задача №2

Больной Т., 48 лет поступил в стационар планово с жалобами на периодические приступы припухлости и болей ноющего характера, умеренной интенсивности в I плюснефаланговых суставах обеих стоп, с ограничением активных движений, уменьшающиеся при приеме НПВП; периодические боли ноющего характера в шейном отделе позвоночника, сопровождающиеся головной болью, грудном и поясничном отделах позвоночника, с иррадиацией боли в левую половину грудной клетки, усиливающиеся при движении, проходящие в покое;

15 лет назад впервые после длительной ходьбы появилась постепенно нарастающая (в течение нескольких часов) интенсивная, жгучая боль и припухлость в I плюснефаланговом суставе левой стопы. Боль купирована приемом диклофенака 100 мг однократно. С 1999 года по 2004 год подобные эпизоды повторялись 2 раз в год. К врачам не обращался, боли купировал самостоятельно приемом НПВП.

С 2004 года учащение приступов боли и припухлости в I плюснефаланговом суставе левой стопы до 1 раза в 1-1,5 месяца, увеличение интенсивности и продолжительности болевого синдрома. Самостоятельно принимал НПВП, боли купировались в течение нескольких дней, за медицинской помощью не обращался.

Впервые обратился на консультацию к ревматологу в 2013 году. В ходе проведенного обследования выявлены: повышенный уровень мочевой кислоты (720 ммоль/л) и гиперхолестеринемия (6,3 ммоль/л).

Объективно: Общее состояние относительно удовлетворительное. Положение в постели активное. Сознание ясное, в контакт вступает легко, память не снижена. Эмоционально стабилен. Те-лосложение нормостеническое. Рост 172 см, вес 82 кг, ОТ 93 см, ИМТ 27,7 кг/м<sup>2</sup>. Подкожно-жировая клетчатка развита умеренно. Кожные покровы чистые, умеренной влажности, обычной окраски. Видимые слизистые розовые, чистые. ЛОР-органы – без патологических изменений. Пальпация остистых отростков позвонков и паравerteбральных областей безболезненная. Болезненности при пальпации в области плюснефаланговых суставов нет. Ревматоидные узелки не обнаружены. Симптомы сакроилеита отрицательные. Тофусов нет

Клинический анализ крови при поступлении: гем.146, эритроциты –  $4,4 \cdot 10^{12}/л$ , ЦП – 0,98, гематокрит – 42,5% лейкоциты –  $5,1 \cdot 10^9/л$ , (формула не изменена), тромбоциты –  $156 \cdot 10^9/л$ , СОЭ 12 мм/ч.

Биохимический анализ крови: креатинин 0,078 ммоль/л, АЛТ 21 Е/л, АСТ 24 Е/л билирубин общий 11,0 мкмоль/л (непрямой 9,0 мкмоль/л, прямой 2,0 мкмоль/л), общий белок 73 г/л, глюкоза натощак 5,5 ммоль/л, мочевая кислота 530 мкмоль/л; СРБ 1,30 мг/л Липидный спектр: холестерин 5,85 ммоль/л, ЛПВП 1.23 ммоль/л, ЛПНП 4,03 ммоль/л, ЛПОНП 0,59 ммоль/л, триглицериды 1,29 ммоль/л, коэффициент атерогенности 3,8.

Рентгенография стоп: На рентгенограмме стоп определяются признаки поперечного плоскостопия 2 ст. с развитием округлых костных дефектов в головках 2 плюсневых костей по типу симптома «пробойника».

Контрольное задание:

1. Написать представление о больном с обоснованием предварительного диагноза
2. сформулировать предварительный диагноз по имеющимся данным
3. сформировать план лечебно-диагностического поиска

4. указать конкретную (с выбором группы препарата, представителя класса, режима введения и дозирования) лекарственную и немедикаментозную терапию данного больного

### Клиническая задача №3

Больная В., 65 лет, санитарка, поступила в клинику с жалобами на ноющие боли умеренной интенсивности в коленных, правом голеностопном, лучезапястных, мелких суставах кистей, II-III пальцах правой стопы и II пальце левой стопы, усиливающиеся при движении в суставах; на утреннюю скованность в течение 30 минут, нарушения функции кистей; уменьшение объема движений и припухлость коленных суставов; ноющие боли в шейном, грудном и поясничном отделе позвоночника, при движении, в неудобном положении тела, купирующиеся в покое;

С 1987 года во время отмечает боли в лучезапястных, мелких суставах кистей. По данным рентгенографии стоп выявлены признаки деформирующего артрита плюснефаланговых суставов, СРБ- отр., СОЭ 9 мм/ч

В 1996 году перенесла удаление аденоидов, суставной синдром стал постоянным, отмечала боли, припухлость и утреннюю скованность в коленных и мелких суставах кистей, появились боли в коленных, голеностопных суставах. Самостоятельно принимала НПВП местно и внутрь с кратковременным положительным эффектом. К врачам не обращалась.

В 2012 году отметила ухудшение состояния в виде усиления болевого синдрома в коленных, голеностопных, мелких суставах стоп и кистей, отсутствие эффекта от НПВП. Госпитализирована в областную больницу г. Вологда, где диагностирован реактивный полиартрит. Проведено лечение: дипроспан в оба коленных сустава, сульфасалазин по 2 таб. 2 раза в сутки. Отмечает незначительное улучшение на фоне проводимой терапии, периодические боли в суставах сохранялись, припухлости не отмечала.

В 2015 году самостоятельно отменила сульфасалазин в связи с отсутствием видимого эффекта (со слов), беспокоили припухлость и боли в коленных, голеностопных суставах, утренняя скованность в суставах кистей. Обратившись к терапевту рекомендован прием Артрафлон, мидокалм, артрозан при болях.

Наследственность: по ревматологической патологии неотягощена, отец страдал язвенной болезнью. Вредные привычки: курит с 36 лет по ½ пачки в сутки (9,5 пачка/лет), алкоголь не употребляет.

Объективно: Общее состояние относительно удовлетворительное. Телосложение гиперстеническое. Рост 158 см, вес 80 кг, ИМТ 32,04 кг/м<sup>2</sup>, окружность талии 107 см. Подкожно-жировая клетчатка развита избыточно, преимущественно в области живота и бедер. Кожные покровы обычной окраски, умеренной влажности. Пальпация остистых отростков, паравертебральных точек болезненная в области крестца. Ограничение подвижности во всех отделах позвоночника не определяется. Имеется сколиоз грудного отдела позвоночника влево. Припухших суставов нет. Болезненность при пальпации дистальных межфаланговых, коленных суставов. Подвижность позвоночного столба не ограничена. Активные и пассивные движения в суставах ограничены в коленных суставах и мелких суставах кистей. Имеется деформация дистальных межфаланговых суставов обеих кистей в виде костных выростов по боковым поверхностям, деформация II пальца стопы справа.

СОЭ 12 мм/ч, АНФ менее 1:160 (антител не обнаружено), Анти-ССР- 4,20 RU/мл (не обнаружено), РФ <20,00 МЕ/мл, Ig A к Chlamidia trachomatis - отрицательный, Ig G к Chlamidia trachomatis отрицательный, HLA B27 – результат отрицательный.

Контрольное задание:

1. Написать представление о больном с обоснованием предварительного диагноза
2. сформулировать предварительный диагноз по имеющимся данным

3. сформировать план лечебно-диагностического поиска
4. указать конкретную (с выбором группы препарата, представителя класса, режима введения и дозирования) лекарственную и немедикаментозную терапию данного больного

## К зачету 3 семестра

### Тестирование

#### Тема (раздел) 4

1 Отметить характерные клинические и лабораторные проявления лекарственной красной волчанки:

- A. Артрит мелких суставов кистей
- B. Плеврит
- C. Нефрит
- D. Поражение центральной нервной системы
- E. Антитела к ДНК

A, B, E

2 Какие признаки системной склеродермии ассоциируются с повышенным риском развития поражения почек?

- A. Изменения при капилляроскопии
- B. Антитела к Scl-70
- C. Отек кистей
- D. Поражение кожи живота
- E. Поражение пищевода

C, D

3 Какие признаки позволяют дифференцировать диффузную форму системной склеродермии от CREST-синдрома?

- A. Феномен Рейно
- B. Телеангиэктазии
- C. Подкожный кальциноз
- D. Поражение пищевода
- E. Ни один из перечисленных

E

4 Отметить характерные клинические проявления CREST-синдрома

- A. Проксимальная миопатия
- B. Феномен Рейно
- C. Поражение кишечника
- D. Телеангиэктазии
- E. Поражение почек
- F. Легочная гипертензия

B, D

5 Какие факторы могут провоцировать феномен Рейно?

- A. Кофеин
- B. Никотин
- C. Эмоциональный стресс

D. Бета-блокаторы  
A, B, D

6 Какие признаки не типичны для первичного феномена Рейно?

- A. Обострение на фоне эмоционального стресса
- B. Язвы на кончиках пальцев
- C. Односторонний вазоспазм
- D. Начало в детском возрасте (менее 14 лет).

C

7 При каких заболеваниях может развиваться феномен Рейно?

- A. Системная склеродермия
- B. crest-синдром
- C. синдром Шарпа
- D. Подагра.

A, B, C

8 При каких заболеваниях редко встречается синдром Шегрена?

- A. Ревматоидный артрит
- B. Саркоидоз
- C. Полимиозит
- D. Системная склеродермия
- E. Системная красная волчанка

B

9 Какие признаки характерны для синдрома Шегрена?

- A. Антитела к Ro/La-антигенам
- B. Поражение ЦНС
- C. Поражение малых слюнных желез, подтвержденное при морфологическом исследовании
- D. Высокие титры ревматоидного фактора

A, C

10 Что из перечисленного не характерно для полимиозита?

- A. Атония мочевого пузыря
- B. Дисфагия
- C. Осиплость голоса
- D. Слабость проксимальной мускулатуры конечностей

A

11 Отметить характерные особенности мышечного синдрома при полимиозите:

- A. Симметричность
- B. Поражение проксимальной мускулатуры
- C. Выраженная мышечная слабость
- D. Все выше сказанное верно

D

12 Отметить наиболее типичные проявления кожного синдрома при дерматомиозите.

- A. фоточувствительная эритематозная сыпь на лице и груди
- B. Чешуйчатые пятна, напоминающие псориаз
- C. Локализация сыпи в подмышечной ямке и в паху

D. Развитие сыпи сочетается с кожным зудом

A

13 Какие лабораторные тесты не имеют значения для подтверждения диагноза полимиозит?

A. СОЭ

B. Антинуклеарный фактор

C. Ревматоидный фактор

D. Антитела к мышечным антигенам

C

14 Какие проявления наиболее часто встречаются при смешанном заболевании соединительной ткани?

A. Артралгии

B. Феномен Рейно

C. Плотный отек кистей

D. Гипергаммаглобулинемия

E. Увеличение концентрации мышечных ферментов

A, B, E

15 Какие клинические и лабораторные нарушения наиболее часто встречаются при антифосфолипидном синдроме?

A. Тромбоцитопения

B. Ревматоидный фактор

C. Поражение клапанов сердца

D. Лимфопения

E. Гангрена подвздошной кишки.

F. Венозный тромбоз

A, F

16 Отметить заболевания, при которых может наблюдаться сетчатое ливедо:

A. Системная красная волчанка

B. Синдром Снеддона

C. Антифосфолипидный синдром

D. Тромботическая тромбоцитопеническая пурпура

E. Атеросклеротическое поражение сосудов

C

17 При каких ревматических заболеваниях отмечается наиболее высокая частота развития лимфопролиферативных опухолей?

A. Системная красная волчанка

B. Ревматоидный артрит

C. синдром Шегрена

D. Системная склеродермия

E. Полимиозит

C

18 Какие клинические проявления и лабораторных нарушений наиболее часто выявляются у больных первичным антифосфолипидным синдромом?

A. Акушерская патология

B. Венозный тромбоз

C. Артериальный тромбоз

D. Нефрит

Е. Антитела к ДНК  
А, В, С, D

19 Отметить заболевания, при которых наиболее часто выявляется антинуклеарный фактор:

- А. Системная красная волчанка
- В. Псориатический артрит
- С. Ревматоидный артрит
- Д. Системная склеродермия
- Е. Дерматомиозит

А

20 Какие признаки поражения нервной системы наблюдаются при синдроме Шегрена?

- А. Множественный мононеврит.
- В. Шизофрения
- С. синдром запястного канала
- Д. синдром Гийена-Барре

D

21 Отметить диагностические признаки синдрома Бехчета:

- А. Афтозные язвы в ротовой полости
- В. Васкулит сосудов сетчатки
- С. Положительный тест патергии
- Д. Тромбофлебит
- Е. Рецидивирующие язвы половых органов

А, Е

22 При каких заболеваниях может развиваться синдром Жаку?

- А. Ревматоидный артрит
- В. Системная красная волчанка
- С. Ревматизм
- Д. Системная склеродермия

В

23 Отметить признаки рецидивирующего полихондрита:

- А. Резкая болезненность и покраснение наружного отдела ушной раковины
- В. Седловидная деформация носа
- С. Поражение суставов часто является первым проявлением заболевания
- Д. Узловатая эритема
- Е. Хороший эффект при назначении кортикостероидов

А, В

24 В группу диффузных болезней соединительной ткани включены все, кроме:

- А. системная красная волчанка,
- В. системная склеродермия,
- С. дерматомиозит (полимиозит),
- Д. диффузный эозинофильный фасцит,
- Е. Болезнь Хортона
- Ф. ревматическая полимиалгия.

Е

25 Характерные признаки дерматомиозита все, кроме:

- А. Пика заболеваемости – в возрасте 40–60 лет
- В. Преобладающий пол – женский.
- С. фотодерматит
- Д. покраснение и шелушение кожи ладоней (рука механика);
- Е. Синдром запястного канала
- Ф. Боли в челюсти, усиливающиеся при жевании

Г

## Практико-ориентированные задания

### Клиническая задача № 1

Больная А., 37 лет, продавец, поступила в отделение ревматологии с жалобами на эпизодическое повышение температуры тела до субфебрильных цифр, боль в коленных суставах, высыпания на щеках, одышку при незначительной физической нагрузке, сердцебиение, «зябкость» и посинение пальцев рук на холоде, выраженную общую слабость и утомляемость, похудание (на 6 кг за 3 мес).

*Анамнез заболевания.* Считает себя больной в течение 10 лет. В возрасте 27 лет у нее впервые появилась боль в плечевых, коленных и локтевых суставах, боль и припухлость мелких суставов кистей. При обследовании выявлены перикардит (с минимальным объемом жидкости в перикарде) и следовая протеинурия. Установлен диагноз: «ревматоидный артрит». Назначена терапия НПВС; внутрисуставно вводились кортикостероиды. В последующие годы продолжала принимать НПВС, другой терапии не получала. Эпизодически возникала боль в суставах. Через 2 года перенесла первый эпилептиформный припадок, в последующие годы припадки рецидивировали, протекая по типу *petit mal*. Больная принимала клоназепам в качестве противосудорожного средства. Состояние оставалось удовлетворительным, хотя наблюдались посинение и выраженная зябкость пальцев рук на холоде. Однажды перенесла тромбоз глубоких вен правой голени; лечилась гепарином, местно использовала троксевазин. За 2 мес до настоящей госпитализации после инсоляции появилась эритема на лице с повышением температуры тела до 37,5 °С. Госпитализирована в отделение ревматологии для уточнения диагноза и коррекции терапии.

При осмотре состояние удовлетворительное. Конституция гиперстеническая, повышенного питания. Рост— 166см. Вес— 70кг. На щеках эритематозные высыпания с шелушением и гиперкератозом. Сетчатое ливедо на коже верхних конечностей и бедер. Гипотермия, синюшность пальцев кистей. Хейлит. Энантема на слизистой оболочке твердого нёба. Пальпируются подчелюстные лимфатические узлы диаметром 0,5 см. Тонус и сила мышц достаточные, атрофии не обнаружено. Суставы при осмотре не изменены; пальпация их безболезненна; движения в суставах сохранены в полном объеме. Левая граница относительной тупости сердца смещена наружу на 0,5 см. Тоны сердца слегка приглушены, ритм правильный. Систолический шум на верхушке сердца и над мечевидным отростком. ЧСС — 100 в минуту. АД— 115/85 мм рт.ст. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧД — 18 в минуту. Живот обычной формы, при пальпации — мягкий, безболезненный. Печень не выступает из-под края реберной дуги, размеры по Курлову 11x8x7 см. Селезенка не пальпируется, перкуторно ее размеры 11x5 см. Физиологические отправления в норме. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный с обеих сторон. Периферических отеков нет.

Клинический анализ крови: НЬ — 92 г/л; эритроциты —  $3,5 \times 10^{12}$ /л; лейкоциты—  $4,2 \times 10^9$ /л, палочкоядерные — 5 %, сегментоядерные— 68 %, лимфоциты — 18 %, моноциты — 5 %, эозинофилы — 4 %; тромбоциты -  $229 \times 10^9$ /л; СОЭ — 34 мм/ч.

Биохимический анализ крови: глюкоза— 4,8ммоль/л, холестерин — 4,6 ммоль/л, креатинин —72 мкмоль/л, мочеви́на —4,1 ммоль/л, общий белок— 66 г/л, калий— 4,3 ммоль/л, общее железо сыворотки — 10 мкмоль/л.

Иммунологический анализ крови: криопреципитины — +1; анти-ДНК АТ- 54 Ед (N - до 20 Ед); титр АНФ- 1/1240, антикардиолипиновые АТ (igG) - 94 г/л (N - до 30 г/л). роба Кумбса положительная: +3 — с Холодовыми антигенами, +<sup>4</sup>— с тепловыми.

Общий анализ мочи: относительная плотность— 1010, белок — 0,9 г/л, эритроциты — 6-8 в поле зрения, лейкоциты — 3-4 в поле зрения, гиалиновые цилиндры — 3—5 в поле зрения, зернистые цилиндры - 2 - 4 в поле зрения.

ЭхоКГ: аорта не уплотнена, не расширена. Левое предсердие не увеличено. Полость левого желудочка не расширена. Сократительная способность миокарда левого желудочка удовлетворительная. ФВ-55 %. Зоны дискинезии не выявлены. МЖП и ЗСЛЖ не утолщены. Створки митрального, аортального и трикуспидального клапанов уплотнены. Перикард утолщен. Обнаружены признаки недостаточности митрального (3-й степени), аортального (0—1-й степени), трикуспидального (2-й степени) и легочного (1-й степени) клапанов.

1. Сформулируйте диагноз.
2. Какие диагностические критерии позволили установить диагноз? С чем мог быть связан длительный промежуток от начала заболевания до установления окончательного диагноза?
3. С чем может быть связано поражение клапанов сердца у данной больной? Какие клинические и лабораторные проявления могут подтвердить данную концепцию?
4. Чем может объясняться развитие у больной эпилептиформных припадков?
5. Какова тактика дальнейшего ведения больной?

## Клиническая задача №2

Больная Б. 41 года, работающая кондуктором, обратилась в поликлинику по м/ж со следующими жалобами: периодическая припухлость в околоушных областях, сухость в полости рта, уменьшение отделения слюны с затруднением пищи при глотании, необходимость постоянно запивать твердую пищу, снижение выделений слезы

Анамнез заболевания:

Ранее считала себя здоровой.

Впервые 10 марта 2011 года появилась болезненность в обеих околоушных областях, в течение следующей ночи отметила появление выраженной припухлости в этой зоне, по поводу чего обратилась к инфекционисту с подозрением на инфекционный паротит, экстренно госпитализирована в отделение челюстно-лицевой хирургии городской больницы по месту жительства.

При поступлении в стационар на основании припухлости и болезненности околоушных желез диагностирован острый сialoadenит. При исследовании высокая лабораторная активность (СОЭ 46 мм/ч, СРБ 57,3 мг/мл), выявлен ревматоидный фактор в высоком титре (1:256 МЕ/мл). По данным УЗИ шеи подтверждено острое двустороннее воспаление околоушных желез, при стимуляции железы скудное количество мутной слюны. Проведена антибактериальная терапия, промывания слюнной железы, на фоне чего уменьшилась припухлость и боли в околоушных железах, однако, продолжала испытывать сухость во рту, вынуждена была запивать твердую пищу. В связи с сохраняющимися клиническими проявлениями выписана на амбулаторный этап лечения.

Через 2 недели после выписки вновь появилась припухлость в области околоушных желез, поднялась температура до 37,5\*С, стала отмечать постоянные боли в суставах кисти, коленных, плечевых без припухлости и утренней скованности, в связи с чем обратилась в поликлинику к врачу общей практики.



Анамнез жизни без особенностей. В ходе опроса по органам и системам удалось выяснить, что в течение последних 6 месяцев отмечала ощущение «песка в глазах», сухость и жжение в половых путях, по поводу чего не обращалась. В течение года постоянно лечится у стоматолога по поводу рецидивирующего пришеечного кариеса.

Объективно: состояние удовлетворительное. Рост 170 см, вес 85 кг, окружность талии 110 см. Кожные покровы обычной окраски, сухие, псориатических бляшек нет. Слизистая полости рта сухая, в полости рта минимальное количество густой вязкой слюны. Видимая припухлость в обеих околоушных областях, болезненная при пальпации. Пульс 78 ударов в 1 мин, ритм правильный, симметричный, удовлетворительного наполнения и напряжения. АД 120 и 80 мм.рт.ст. на обеих руках. Тоны сердца ритмичные, I тон сохранен на верхушке, шумы не выслушиваются. Аускультация крупных сосудов без отклонений.

Частота дыхательных движений 17 в минуту. Перкуторный звук ясный легочный. Дыхание везикулярное, проводится равномерно, хрипы не выслушиваются.

Живот правильной формы, равномерно участвует в акте дыхания, при пальпации мягкий, безболезненный во всех отделах. Пальпация остистых отростков позвонков безболезненна. Синовиов нет, тесты сжатия суставов безболезненные, ограничения движений не отмечено.

1. Предварительный диагноз.
2. Какие дополнительные исследования для подтверждения и дифференциальной диагностики данной патологии необходимо провести.
3. Консультации каких специалистов потребуются для подтверждения диагноза.
4. Тактика ведения данного пациента с выбором конкретных препаратов.

### **Клиническая задача №3**

Больная м., 51 года, кассир, поступила с жалобами на периодические ноющие боли умеренной интенсивности в проксимальных межфаланговых, пястнофаланговых суставов обеих кистей, правом тазобедренном в покое и при движении; утренняя скованность в мелких суставах кистей до 30-40 минут; слабость мышц плечевого и тазового пояса, периодические боли в мышцах предплечий и бедер; чувство стягивания кожи вокруг рта, предплечий, истончение красной каймы губ; сухость кожных покровов; похолодание рук и ног; затруднение глотания твердой пищи, поперхивание, осиплость голоса.

Из анамнеза заболевания известно:

С детства отмечает похолодание рук и ног, синюшность кончиков пальцев на холоде.

С 2000 года отмечает периодический субфебрилитет, потливость, артралгии, миалгии, затруднение глотания, поперхивание.

С 2005 года не отмечала субфебрильной лихорадки, состояние стабильное, терапию не принимала.

В феврале 2014 года на фоне перенесенной ОРВИ отметила повышение температуры до 39°C, боли в грудной клетке при дыхании, усиление одышки. После обращения к терапевту по м/ж была госпитализирована в стационар с диагнозом правосторонняя пневмония (инфильтрация легочной ткани в S10 правого легкого). После прохождения лечения отмечает улучшение общего состояния, отсутствие болей в грудной клетке, сохранялся кашель с отхождением слизистой мокроты, появилась постоянная осиплость голоса. Рекомендована антигипертензивная терапия (Лориста 25 мг в сутки), на фоне которой уровень АД стабилизировался в диапазоне 120-130/90 мм рт.ст.

В марте 2014 года выполнена КТ органов грудной клетки, где выявлена картина двустороннего выраженного базального пневмофиброза, участки снижения пневматизации в кортикальных отделах нижней доли правого легкого. Рекомендована консультация пульмонолога для дифференциальной диагностики с интерстициальными

заболеваниями легких. Продолжали сохраняться кашель с отделением слизистой мокроты, осиплость голоса.

В феврале 2015 года выполнила амбулаторно ряд инструментальных методов: ЭКГ (синусовая аритмия, увеличение ЛП, ГЛЖ), велоэргометрия (результат отрицательный), денситометрия (признаков снижения МПК не выявлено), исследование ФВД (рестриктивных нарушений, обструктивных нарушений вентиляционной функции легких нет, бронхоспазм не выявлен, отмечено снижение диффузионной способности за счет свойств мембраны), УЗИ органов брюшной полости и почек (диффузные изменения тканей печени и поджелудочной железы, МКБ), КТ органов грудной клетки (КТ-картина деформирующего бронхита, цилиндрических бронхоэктазов в нижней доле левого легкого, единичные воздухоносные кисты в ядерных отделах легких с обеих сторон), ФГДС (рефлюкс-эзофагит, признаки грыжи пищеводного отверстия диафрагмы), лабораторное обследование (СОЭ 37 мм/ч, тромбоциты  $<136 \cdot 10^9/\text{л}$ , гемоглобин 131 г/л, глюкоза в капиллярной крови 6,2 ммоль/л, холестерин 5,71 ммоль/л, АЛТ 22 Е/л, АСТ 11 Е/л, АНФ 1:2480 мелкогранулярный тип свечения, РФ 26,00 МЕ/мл, АНЦА  $<1:40$ .) Госпитализирована

Объективно: Общее состояние относительно удовлетворительное. Положение в постели активное. Сознание ясное, в контакт вступает легко, память не снижена. Эмоционально лабильна. Телосложение нормостеническое. Рост 164 см, вес 86 кг, ИМТ 31,97 кг/м<sup>2</sup>. окружность талии 110 см. Подкожно-жировая клетчатка развита избыточно в области живота. Кожные покровы умеренно розовые, в области подушечек пальцев гиперемированные, уплотнены в области предплечий, вокруг рта, истончение красной каймы губ, уменьшение апертуры ротовой полости (симптом «кисета»), сухие на ощупь, тургор и эластичности умеренно снижены, видимые слизистые розовые, умеренной влажности, чистые. Отеков нет. Осанка: прямая. Пальпация остистых отростков позвонков безболезненная. Объем движений в суставах не ограничен. Болезненности и припухлости в суставах при пальпации нет. Деформация дистальных фаланг обеих кистей, гипотрофия мышц и похолодание кожи на ощупь в области дистальных фаланг. Имеется умеренная болезненность при пальпации мышц бедер, плеч, предплечий.

Контрольное задание:

1. Написать представление о больном с обоснованием предварительного диагноза
2. сформулировать предварительный диагноз по имеющимся данным
3. сформировать план лечебно-диагностического поиска
4. указать конкретную (с выбором группы препарата, представителя класса, режима введения и дозирования) лекарственную и немедикаментозную терапию данного больного.

## Тема (раздел) 5

### Тетсирование

- 1 При каких васкулитах поражаются преимущественно сосуды крупного калибра?
  - A. Болезнь Бюргера
  - B. Узелковый периартериит
  - C. Артериит Такаясу
  - D. Височный артериит
  - E. Геморрагический васкулит
- С
- 2 Какие васкулиты встречаются преимущественно у лиц пожилого возраста?
  - A. Геморрагический васкулит
  - B. Височный артериит

- C. Болезнь Такаясу
- D. Узелковый периартериит

В

3 Отметить основные проявления гигантоклеточного артериита:

- A. Ревматическая полимиалгия
- B. Слепота
- C. Головная боль
- D. Боли в челюсти, усиливающиеся при жевании
- E. Лихорадка
- F. Расслаивающая аневризма аорты

A, B, C, D

4 Отметить частые проявления узелкового периартериита:

- A. Поражение почек в 80% случаев
- B. Образование аневризм в сосудах среднего калибра
- C. Эозинофилия
- D. Обнаружение HBS-антигена
- E. Снижение концентрации C3 компонента комплемента

B, C, D

5 Основными диагностическими маркерами синдрома Чарга-Стросса являются все, кроме:

- A. преобладание женщин;
- B. Бронхиальная астма (на момент осмотра или в анамнезе)
- C. микрогематурия без нарушения функции почек)
- D. эритроцитурия
- E. эозинофилия
- F. АТ к цитоплазме нейтрофилов в сыворотке крови.

D

6 Второй этап заболевания при синдроме Чарга-Стросса необходимо дифференцировать с:

- A. синдром Леффлера,
- B. эозинофильная пневмония
- C. эозинофильный гастроэнтерит
- D. бронхиальной астмой
- E. хронической крапивницей

A, B, C

7 Заболевание манифестирующее в детском возрасте:

- A. Болезнь Kawasaki
- B. Болезнь Хортона
- C. Синдром Чарга-Стросса
- D. Узелковый периартериит

A

8 Какие сосуды поражаются при болезни Kawasaki:

- A. артерии среднего диаметра, артериолы, вены, венулы, капилляры
- B. Артерии крупного калибра
- C. Артерии крупного и среднего калибра
- D. Могут поражаться любые сосуды

A

9 Поражение органов ЖКТ при болезни Бехчета проявляется в виде:

- A. Абдоминалгии
- B. Диареи
- C. Перфорации кишки
- D. Кишечного кровотечения
- E. Всего перечисленного

Е

10 Прогноз для больных с гигантоклеточным артериитом:

- А. Благоприятный
- В. Неблагоприятный

А

11 Капиллярит с преимущественным поражением альвеол легких и базальных мембран гломерулярного аппарата почек:

- А. Синдром Чарга-Стросса
- В. Синдром Гудпасчера
- С. Гранулематоз Вегенера
- Д. Болезнь Хортона

В

12 Диагностическими маркерами синдрома Гудпасчера являются:

- А. Заболеванию чаще развивается у мужчин 20-30 лет
- В. Поражаются артерии среднего и мелкого калибра
- С. Кровохарканье
- Д. Наличие антител к базальным мембранам почки

А, С, D

13 При болезни Такаясу тип I поражаются:

- А. артерии отходящие от дуги аорты
- В. дуга аорты и отходящие от нее артерии;
- С. брюшной отдел аорты и почечные артерии;
- Д. распространенное поражение аорты.

А

14 Вторая, хроническая стадия болезни Такаясу характеризуется:

- А. проявлениями недостаточности кровообращения,
- В. отсутствием пульса на лучевых артериях
- С. некрозы артерий
- Д. болезненности пораженных артерий.

А, В, С, D

15 Какие васкулиты сопровождаются поражением крупных сосудов

- А. Узелковый периартериит
- В. Геморрагический васкулит
- С. Болезнь Такаясу
- Д. Болезнь Хортона

С, D

16 Поражение верхних дыхательных путей при гранулематозе Вегенера проявляется:

- А. синусит;
- В. ринит;
- С. средний отит;
- Д. Ларингит
- Е. Тонзилит
- Ф. закупорку слуховой трубы.

А, В, С, F

17 Осложнения при гранулематозе Вегенера при отсутствии адекватной терапии:

- А. глухота;
- В. деструкция носовых костей;
- С. кровохарканье;
- Д. некротические гранулёмы (формируются в легких);
- Е. гангрена пальцев стопы;
- Ф. трофические язвы;
- Г. пневмоцистная пневмония

Н. Все верно

Н

18 Гриппоподобный синдром в дебюте заболевания наиболее характерен для:

- А. Синдрома Гудпасчера
- В. Болезни Бехчета
- С. Узелкового периартериита
- Д. Микроскопического полиангиита
- Е. Гранулематоза Вегенера

Д, Е

19 Типичными проявлениями микроскопического полиангиита являются:

- А. поражения крупных и мелких суставов.
- В. поражение периферической нервной системы.
- С. Геморрагический альвеолит.
- Д. Гломерулонефрит
- Е. Передний увеит

А,В,С,Д

20 Заболевания, характеризующиеся легочно-почечным синдромом:

- А. Синдрома Гудпасчера
- В. Болезни Бехчета
- С. Узелкового периартериита
- Д. Микроскопического полиангиита
- Е. Гранулематоза Вегенера

А, Д, Е

21 Для какого заболевания характерен дебют в виде кожных высыпаний:

- А. Синдрома Гудпасчера
- В. Болезни Бехчета
- С. Геморрагический васкулит
- Д. Микроскопического полиангиита
- Е. Гранулематоза Вегенера

С

22 По клиническому течению различают следующие формы Геморрагического васкулита:

- А. кожная
- В. суставная
- С. абдоминальная
- Д. почечная
- Е. быстротекущая
- Ф. верно А и Д

А,В,С,Д,Е

23 Первыми употребили термин «узелковый периартериит»:

- А. Куссмауль и Майер
- В. Вирхов
- С. Геберден

А

24 Васкулит ассоциированный с вирусными инфекциями: гепатитом В, герпесом, цитомегаловирусной инфекцией:

- А. Синдрома Гудпасчера
- В. Узелковый периартериит
- С. Геморрагический васкулит
- Д. Микроскопического полиангиита
- Е. Гранулематоза Вегенера

В

25 Впервые описал пурпuru Шенлейн-Геноха:

- A. Геберден
- B. Зик
- C. Вирхов
- D. Рокитанский

A

## Практико-ориентированные задания

### Клиническая задача №1

Больная М., 34 лет, менеджер, обратилась к терапевту по м/ж с жалобами на пятна на коже внутренней поверхности бедер, красного цвета, не выступающие над поверхностью кожи, от 0,1 до 1,0 см в диаметре, общую слабость, припухлость кистей, и коленных суставов, отеки голеней, подъем температуры до 40 градусов в течение 3-х дней.

Осенью 2000 года при плановой ФЛГ были выявлены увеличенные лимфатические узлы, диагностическое представление в пользу туберкулёзного бронхоаденита, получала курс противотуберкулёзной терапии без клинического эффекта в течение 2,5 лет.

В августе 2010 года (через месяц после отпуска на Азовском море) появились пятна на коже внутренней поверхности бедер, красного цвета, не выступающие над поверхностью кожи, от 0,1 до 1,0 см в диаметре. В течение 2-3 дней пятна сливались, приобретали синеватый оттенок, распространялись на кожу голеней, предплечий и передней поверхности живота. На 4-5 день пятна светлели и исчезали, не оставляя следов. Самостоятельно принимала супрастин, тавегил без клинического эффекта. В течение сентября-октября 2010 года 3-4 раза в месяц высыпания повторялись. В ноябре стала отмечать ноющие боли в коленных и голеностопных суставах в период высыпаний, также в период пика высыпаний, отекали голени, припухали кисти и коленные суставы. В ноябре был эпизод высыпаний с подъемом температуры до 40 градусов в течение 3-х дней.

Объективно: состояние относительно удовлетворительное, ЧСС 72 уд/мин, АД 130/90 мм рт.ст. Дыхание жесткое, хрипов нет. Живот мягкий, безболезненный при пальпации.

Клин. анализ крови: гем.135, эритроц.4.4, ЦП 0,92, гематокрит 39.8, лей 7.3: нейтрофилы 62.7%, лимфоциты 29.0%, моноциты 6.0%, базофилы 0,9%, эозинофилы 1.5% (0.735), тромбоциты 296, СОЭ 6 мм/ч.

Б/х анализ крови: калий 3.9 натрий 139.2, креатинин 0,060, АЛТ 19, билирубин 13.3 (непрямой 10.3, прямой 3.0), холестерин 4.78, гликемия натощак 5.2 ммоль/л, общий белок 64 г/л.

Суточная потеря белка: диурез за сутки 1.80 л, суточная экскреция белка 0.00, СКФ 85.5 мл/мин.

АТ к кардиолипину 0.84 (норма), АТ к двуспиральной ДНК 0.019 (не обнаружено). АТ цитоплазме нейтрофилов < 1:40 (норма), АНФ 1:640 гомогенный тип свечения ядра, крупногранулярный тип свечения ядра.

HbsAg, HCVAb – отрицательные.

Биопсия кожно-мышечного лоскута голени: кусочки кожи с подкожной клетчаткой, с умеренным фиброзом дермы, в одном из сосудов артериолярного типа определяется умеренное утолщение меди за счёт гипертрофии мышечного слоя. Эндотелий микрососудов умеренно утолщен. Фиброзно-жировая ткань с микрососудами, с набухшим эндотелием, имеются единичные участки плазматического пропитывания меди, сосуды малокровны.

Контрольное задание:

1. Написать представление о больном с обоснованием предварительного диагноза
2. сформулировать предварительный диагноз по имеющимся данным

3. сформировать план лечебно-диагностического поиска
4. указать конкретную (с выбором группы препарата, представителя класса, режима введения и дозирования) лекарственную и немедикаментозную терапию данного больного

### **Клиническая задача №2**

Больная С, 62 лет, инженер-технолог заболела 03.02.2007 года остро с развития головных болей (ранее не отмечала) в затылочной области с последующим распространением на теменную с элементами гиперэстезии, фебрильной лихорадки до 38,6, болей в мышцах плеча и надплечий без развития мышечной слабости, ночных проливных потов. Самостоятельно принимала НПВП, под воздействием которых снижалась интенсивность головных болей. Амбулаторно проведен курс антибактериальной терапии без эффекта.

19 марта 2007 года с подозрением на внебольничную пневмонию госпитализирована. В стационаре при поступлении сохранялись головные боли с гипэстезией, лихорадка до фебрильных цифр, ночная потливость, боли в мышцах плечевого пояса без ограничения способности к самообслуживанию, похудение с момента развития болезни. Объективно выявлены пальпаторно изменения стенки и пульсации височной артерии справа.

При исследовании выявлена высокая лабораторная активность, впервые отмечается легкой степени анемия. Проведено исследование для исключения онкопатологии, гемобластоза (миеломная болезнь, лимфопролиферативное заболевание), очагов инфекции (ФГДС, РРС, ирригоскопия, рентгенография легких, УЗИ органов брюшной полости, рентгенография придаточных пазух носа).

Клин. анализ крови при поступлении: гем 91, эритроц.3.3, лейк 6.9, (с/я 77%, лим 14%, эозин 1%, п/я2%), тромбоциты 572- 793, СОЭ 66-77

калий 4.8, креатинин 0,064, АЛТ 26, билирубин 7,6 (непрямой 0,2, прямой 7,4), общий белок 60 г/л, альбумины , альфа 1 % , альфа-2 % , бета % , гамма % , щелочная фосфатаза 195, амилаза 74, холестерин 5,5, СРБ 106,9 (норма до 10 мг/л).

коагулограмма: незначительная склонность к гипокоагуляции, значительная гиперфибриногенемия, положительные паракоагуляционные тесты

НБС-АГ отрицательно, HCV отрицательно. АНЦА не обнаружены, АНФ с клеточной линией Нер-2 не обнаружены, ЦИК22 усл.ед, иммуноглобулины М 0,7, G 8,7, РФ 8,0 МЕ/мл,

Рентгенография коленных суставов без патологии

Окулист: передняя ишемическая нейропатия правого глаза с частичной атрофией зрительного нерва

СКТ головы картина локальной атрофии ткани головного мозга конвекситальных отделов лобных и височных отделов, полушарий мозжечка

Контрольное задание:

1. Написать представление о больном с обоснованием предварительного диагноза
2. сформулировать предварительный диагноз по имеющимся данным
3. сформировать план лечебно-диагностического поиска
4. указать конкретную (с выбором группы препарата, представителя класса, режима введения и дозирования) лекарственную и немедикаментозную терапию данного больного

### **Клиническая задача №3**

Больная К, 54 лет, домохозяйка.

С октября 2007 года отмечает появление постоянного сухого кашля, усиливающегося в ночное время суток, осиплость голоса, по поводу чего была госпитализирована в ЛОР-клинику по месту жительства, где патология со стороны ЛОР-органов была исключена. С этого момента стала повышаться температура до 37-38 С, в ноябре 2007 года температура тела выросла до 39,5 С, в связи с чем больная была госпитализирована на инфекционное отделение районной больницы по м/ж, где диагностирована двусторонняя пневмония в сочетании с гнойный бронхитом, со слов. Проводилась антибиотикотерапия, на фоне которой отмечалась положительная динамика в отношении кашля, проявляющаяся снижением его интенсивности, отсутствием мокроты. Однако, сохранялась лихорадка (39,5 С). В течение ноября 2007 года температура сохранялась на этом уровне. В декабре 2007 года стационарное лечение в ЛОКБ, при котором обращает на себя внимание высокая лабораторная активность (СОЭ 66 мм/ч, СРБ 36,83, легкой степени гипохромная анемия), по данным рентгенологического исследования, КТ грудной клетки обнаружены интерстициально-очаговые изменения в лёгких с обеих сторон с преимущественным поражением нижних долей, в меньшей степени средних отделов, внутригрудная лимфоаденопатия при нормальных показателях ФВД. Проводилась терапия внутривенными инфузиями дексаметазона. Выписана с улучшением с диагностическим представлением о диссеминированном процессе в лёгких неясного генеза. Рекомендован приём моксифлоксацина 400 мг, преднизолона 15 мг в сутки. На второй день после выписки температура поднялась до 39,5 С. Преднизолон принимала регулярно в течение 2 недель без эффекта.

В январе 2008 года опять стали беспокоить кашель без отхождения мокроты, осиплость голоса, ежедневное повышение температуры, по поводу чего повторно госпитализировалась в ЛОКБ, где по данным иммунологического исследования выявлен АНФ в титре 1/320, не обнаружены АНЦА. До марта 2008 года температура держалась на уровне 38,5 С, на протяжении этого времени принимала жаропонижающие средства с незначительным эффектом. С апреля 2008 года состояние стабилизировалось, температура нормализовалась, кашель, осиплость голоса не беспокоили. В течение последующего времени состояние оставалось стабильным, в августе 2008 года отдыхала в Турции, при эпизодическом контроле уровень СОЭ 39-45 мм/ч с нормализацией уровня гемоглобина.

С января 2009 года возобновился кашель продуктивный с отхождением мокроты, осиплость голоса, сохраняется высокая лабораторная активность СОЭ 54-47-38-64 мм/ч. Направлена в ЛОР-клинику, выявлен хронический гипертрофический ларингит, рекомендована консервативная терапия.

Для уточнения диагноза планово госпитализирована в клинику госпитальной терапии ПСПБГМУ

При поступлении вечерняя лихорадка до фебрильных цифр, сетчатое ливедо, миалгии.

Клин. анализ крови при поступлении: гем.101, эритроц.3.7, ЦП 0,83, гематокрит 31.0, лей 5,0: нейтрофилы 58.6%, лимфоциты 20.4%, моноциты 5.9%, базофилы 0,4%, эозинофилы 14.7% (0.735), тромб 361, СОЭ 56 мм/ч.

Б/х анализ крови: калий 4,8 натрий 138.5, креатинин 0,054, АЛТ 10, билирубин 10.5 (непрямой 9.6, прямой 0.9), холестерин 5,10, гликемия натощак 4.9 ммоль/л, креатинин 0.087, СРБ 76.40 мг/мл.

Суточная потеря белка: диурез за сутки 1.30 л, суточная экскреция белка 0.14 (норма до 0,15 г).

АТ к скелетным мышцам 1:20, АТ к двуспиральной ДНК 11.54 (не обнаружено). КФК 24 (ниже нижней границы нормы). АТ к АГ описторхиса, токсокары, трихинеллы, эхинококка, аскариды отрицательные! Посев крови на стерильность на высоте лихорадки трехкратно отрицательно

HbsAg, HCVAb – отрицательные.

Цитологическое исследование мокроты: наличие умеренного воспалительного процесса. Умеренная макрофагальная реакция (встречаются единичные 0-1 в препарате



многоядерные макрофаги). умеренный лимфоцитоз. Небольшая эозинофилия. Слизь – большое количество. Клеточный детрит – умеренное количество.

Смыв из бронхов на КУМ: не обнаружены.

Рентгенография органов грудной клетки: инфильтрации в лёгочной ткани не определяется. подчёркнуты стенки мелких бронхов во всех отделах обоих лёгких, перибронховаскулярные изменения в базальных сегментах обоих лёгких. Тени металлических скрепок в проекции средней доли. Корни лёгких структурны, не расширены. Диафрагма деформирована плевральными швартами. Сердечная тень в размерах не увеличена.

Контрольное задание:

1. Написать представление о больном с обоснованием предварительного диагноза
2. сформулировать предварительный диагноз по имеющимся данным
3. сформировать план лечебно-диагностического поиска
4. указать конкретную (с выбором группы препарата, представителя класса, режима введения и дозирования) лекарственную и немедикаментозную терапию данного больного

## **1 семестр**

### **Билет 1**

1. Номенклатура и классификация ревматических заболеваний.
2. Роль инфекционных факторов в развитии хронического воспаления.
3. Базисная терапия ревматоидного артрита: препараты и режимы терапии, побочные эффекты.

### **Билет 2**

1. Представления о формах соединительной ткани, её клеточных элементах и межклеточном веществе.
2. Иммунологические методы диагностики в ревматологии.
3. Дифференциальная диагностика суставного синдрома при подозрении на ревматоидный артрит.

### **Билет 3**

1. Генетические маркеры при ревматических заболеваниях.
2. Основные группы противоревматических средств.
3. Режимы глюкокортикостероидной терапии у больных РА.

### **Билет 4**

1. Психологические факторы в лечении больных ревматическими заболеваниями.
2. Методы оценки активности и прогрессирования ревматических заболеваний.
3. Основные принципы лечения больных псориазом и псориатическим артритом.

### **Билет 5**

1. Клинические методы исследования других органов и систем (скелетные мышцы, связки, кожа и др.).
2. Локальная инъекционная терапия ревматических заболеваний.
3. Системные проявления при анкилозирующем спондилоартрите.

### **Билет 6**

1. Метаболизм костной ткани. Регуляция, возрастные особенности костного обмена.
2. Принципы диагностической и лечебной пункции суставов, показания, возможные нежелательные явления.

3. Артриты, ассоциированные с ВЗК: клинические проявления, дифференциальный диагноз, принципы терапии.

#### **Билет 7**

1. Ультразвуковое исследование суставов, преимущества и ограничения.
2. Методы экстракорпоральной терапии в лечении ревматических заболеваний.
3. Реактивные артриты: клинические проявления, дифференциальный диагноз, принципы терапии.

#### **Билет 8**

1. Денситометрия (определение минеральной плотности костной ткани). Показания. Трактовка результатов.
2. Немедикаментозные методы лечения и реабилитация больных ревматическими заболеваниями.
3. Псориатический артрит. Понятие, этиопатогенетически значимые факторы. Критерии диагностики. Системные проявления.

#### **Билет 9**

1. Базисные противоревматические препараты. Классификация. Фармакокинетика. Взаимодействия с другими лекарственными препаратами. Выбор препарата и дозы при отдельных ревматических заболеваниях.
2. Остеоартроз. Классификация. Эпидемиология. Факторы риска при отдельных формах. Этиология. Патогенез.
3. Ревматические заболевания околосуставных мягких тканей в практике ревматолога и терапевта.

#### **Билет 10**

1. Анкилозирующий спондилоартрит. Понятие, этиопатогенетически значимые факторы. Критерии диагностики. Шкалы оценки активности.
2. Лечение остеоартроза. Общие принципы. Нестероидные противовоспалительные препараты. Симптом-модифицирующие препараты медленного действия.
3. Этиология, патогенез, эпидемиология и классификация острой ревматической лихорадки.

### **2 семестр**

#### **Билет 1**

1. Клиника и диагностика острой ревматической лихорадки. Дифференциальная диагностика острой ревматической лихорадки.
2. Остеопороз. Постменопаузальный остеопороз. Этиология. Патогенез. Эпидемиология. Клиника. Методы диагностики. Профилактика. Лечение.
3. СКВ. Определение, эпидемиология, этиопатогенетические факторы, обсуждаемые в качестве значимых (генетические, эндокринные, факторы внешней среды). Роль Т- и В-клеточных нарушений в патогенезе СКВ. Основные иммунологические маркёры при СКВ.

#### **Билет 2**

1. Лечение и профилактика острой ревматической лихорадки. Профилактика и лечение повторной ревматической лихорадки.
2. Глюкокортикостероидный остеопороз. Патогенез. Клинические проявления. Профилактика. Лечение.
3. Диагностические критерии СКВ американской ревматологической ассоциации и критерии, предложенные SLICCgroup (2012 г).

### **Билет 3**

1. Хроническая ревматическая болезнь сердца. Клиническая, инструментальная (ЭКГ, ФКГ, ЭХОКГ) и рентгенологическая диагностика пороков сердца.
2. Волчаночный нефрит: клинические проявления, классификация, особенности терапии
3. Лечение синдрома Рейно у больных системной склеродермией.

### **Билет 4**

1. Болезнь Педжета. Этиология. Патогенез. Клиника. Диагностика. Лечение.
2. Лечение волчаночного нефрита.
3. Основные принципы диагностики ранних проявлений ССД.

### **Билет 5**

1. Дифференциальная диагностика воспалительных и дегенеративных поражений суставов.
2. Особенности течения СКВ у различных возрастных групп (подростковый и юношеский возраст, возраст старше 50 лет), особенности течения СКВ у мужчин
3. Дифференциальная диагностика артикулярных и периартикулярных поражений.

### **Билет 6**

1. Реабилитация, санаторно-курортное лечение больных ревматической лихорадкой. Диспансерное наблюдение больных ревматической лихорадкой.
2. Остеомаляция. Этиология. Патогенез. Клиника. Рентгенологические проявления. Лечение.
3. Подагра. Этиология, патогенез артрита.

### **Билет 7**

1. Клинические симптомы поражений со стороны органов и систем при системной склеродермии. Дифференциальный диагноз.
2. Дифференциальная диагностика моно- и олигоартритов.
3. Диагностика и лечение подагры.

### **Билет 8**

1. Клинические варианты системной склеродермии. Особенности течения. Диагностика. Прогноз.
2. Фибромиалгия. Этиопатогенез, клиника, диагностика, лечение.
3. Немедикаментозная терапия подагры.

## **Билет 9**

1. Лечение ССД: базисные препараты. Показания, противопоказания, режимы терапии, побочные эффекты.
2. Оценка активности СКВ. Индексы активности. Мониторинг активности на фоне терапии.
3. Дифференциальный диагноз подагрического артрита.

## **Билет 10**

1. Лечение ревматических пороков сердца.
2. Понятие о перекрестных синдромах в ревматологии.
3. Дифференциальный диагноз миалгического синдрома.

## **3 семестр**

### **Билет 1**

1. Заболевания, входящие в группу воспалительных миопатий.
2. Понятие о первичном и вторичном синдроме Шегрена. Заболевания, с которыми наиболее часто ассоциируется вторичный синдром Шегрена.
3. Клинические проявления и классификационные критерии артериита Такаясу. Диагностика артериита Такаясу.

### **Билет 2**

1. Понятие о ревматической полимиалгии. Эпидемиология, патогенетические особенности, особенности течения (в сравнении с воспалительными миопатиями), диагностические критерии. Принципы лечения ревматической полимиалгии.
2. Клинические проявления при синдроме Шегрена.
3. Лечение рецидивирующего полихондрита.

### **Билет 3**

1. Иммунные нарушения при воспалительных миопатиях. Миозит-специфические и миозит-ассоциированные антитела.
2. Альтернативные причины сухого синдрома и дифференциальная диагностика синдрома Шегрена.
3. Артериит Такаясу. Определение. Предрасполагающие факторы, особенности патогенеза и иммунных нарушений.
- 4.

### **Билет 4**

1. Основные этиопатогенетические факторы, участвующие в развитии дерматомиозита и полимиозита. Клиническая картина.
2. Диагностические критерии синдрома Шегрена.
3. Понятие о системных васкулитах. Первичные и вторичные системные васкулиты. Номенклатура и классификация системных васкулитов. Классификация Чапел-Хилл (1994 и 2012 г).

### **Билет 5**

1. Понятие об антисинтеазном синдроме. Диагностические критерии.
2. Лечение синдрома Шегрена
3. Смешанное заболевание соединительной ткани. Особенности иммунологического ответа. Иммунологические маркёры.

### **Билет 6**

1. Методы оценки мышечной силы у больных с подозрением на воспалительные миопатии
2. Определение АФС, предрасполагающие факторы, особенности иммунного ответа.
3. Клинические симптомы рецидивирующего полихондрита.

### **Билет 7**

1. Группы препаратов, применяемых в лечении воспалительных миопатий. Показания, противопоказания, побочные эффекты, режимы терапии
2. Понятие о первичном и вторичном АФС. Заболевания, наиболее часто ассоциируемые со вторичным АФС.
3. Гигантоклеточный артериит. Предрасполагающие факторы, особенности патогенеза и иммунных нарушений. Клиника и классификационные критерии гигантоклеточного артериита.

### **Билет 8**

1. Особенности течения ювенильных дермато- и полимиозита.
2. Болезнь Kawasaki. Эпидемиология, определение, предрасполагающие факторы, особенности патогенеза и иммунных нарушений.
3. Лечение антифосфолипидного синдрома.

### **Билет 9**

1. Режимы ГКС терапии у больных с воспалительными миопатиями
2. Понятие об АНЦА-ассоциированных васкулитах. Нозологические формы. Диагностика. Клиника.
3. Заболевания, входящие в группу АНЦА-ассоциированных васкулитов. Принципы диагностики и терапии. Диагностические критерии антифосфолипидного синдрома.

### **Билет 10**

1. Диспансерное наблюдение за пациентами с воспалительными миопатиями.
2. Иммунокомплексные васкулиты. Понятие. Нозологические варианты. Клинические проявления.
3. Принципы терапии системных васкулитов.

**7.4 Методические материалы и методика, определяющие процедуры оценивания знаний, умений, навыков и (или) опыта деятельности, характеризующих этапы формирования компетенций**

Специфика формирования компетенций и их измерение определяется структурированием информации о состоянии уровня подготовки обучающихся.

Алгоритмы отбора и конструирования заданий для оценки достижений в предметной области, техника конструирования заданий, способы организации и проведения стандартизованных оценочных процедур, методика шкалирования и методы обработки и интерпретации результатов оценивания позволяют обучающимся освоить компетентностно-ориентированные программы дисциплин.

Формирование части компетенций *ПК-1, ПК-2, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, УК-1, УК-2, УК-3*; осуществляется в ходе всех видов занятий, практики и контроль их сформированности на этапе текущей, промежуточной аттестации и государственной итоговой аттестации.

### **Врач-специалист ревматолог должен знать:**

- Нормативно-правовую базу по вопросам ревматологической помощи населению и охраны и укрепления здоровья населения
  - Принципы социальной гигиены и организации ревматологической помощи населению;
  - Вопросы экономики, управления и планирования в ревматологической службе;
  - Вопросы медико-социальной экспертизы и медико-социальной реабилитации при ревматических заболеваниях;
  - Правовые основы деятельности ревматолога;
  - Вопросы развития, нормальной анатомии и гистологии опорно-двигательного аппарата;
  - Вопросы развития, нормальной анатомии и физиологии соединительной ткани
    - Вопросы развития, нормальной анатомии и физиологии хрящевой ткани
    - Вопросы развития, нормальной анатомии и физиологии костной ткани
    - Физиологические основы костно-мышечной системы у детей и взрослых
    - Роль иммунологических нарушений и воспаления при ревматических заболеваниях
    - Роль генетического фактора при ревматических заболеваниях
    - Клинические и инструментальные методы оценки состояния опорно-двигательного аппарата
  - Фармакокинетику и фармакологию болезнь-модифицирующих противоревматических препаратов
    - Фармакологию нестероидных противовоспалительных препаратов
    - Вопросы лабораторной диагностики ревматических заболеваний
    - Морфологические методы исследования в диагностике ревматических заболеваний
    - Виды функциональных и клинических методов исследования опорно-двигательного аппарата, применяемых на современном этапе
    - Клинику, диагностику, лечение острой ревматической лихорадки
    - Диффузные болезни соединительной ткани
    - Клинику, диагностику и принципы лечения системной красной волчанки
    - Клинику, диагностику и принципы лечения системной склеродермии
    - Клинику, диагностику и принципы лечения болезни Шегрена
    - Смешанное заболевание соединительной ткани

- Клинику, диагностику и принципы лечения ревматической полимиалгии
- Клинику, диагностику и принципы лечения антифосфолипидного синдрома
- Системные васкулиты, принципы диагностики
- Клинику, диагностику и принципы лечения узелкового полиартериита
- Клинику, диагностику и принципы лечения микроскопического полиангиита, других системных васкулитов
- Клинику, диагностику и принципы лечения болезни Бехчета
- Этиологию, патогенез ревматоидного артрита
- Диагностику, методы оценки активности ревматоидного артрита
- Лечение ревматоидного артрита
- Клинику, диагностику и принципы лечения ювенильного хронического артрита
- Клинику, диагностику и принципы лечения анкилозирующего спондилита
- Клинику, диагностику и принципы лечения псориатического артрита
- Терапию серонегативных спондилоартритов биологическими агентами
- Клинику, диагностику и принципы лечения реактивных артритов
- Вопросы поражения опорно-двигательного аппарата при бактериальных инфекциях
- Ревматические симптомы при вирусных инфекциях
- Клинику, диагностику и принципы лечения подагры
- Клинику, диагностику и принципы лечения других микрокристаллических артритов
- Клинику, диагностику и принципы лечения остеоартроза
- Симптомы и принципы обследования при заболеваниях суставов и позвоночника
- Симптомы и виды болезней внесуставных мягких тканей
- Этиологию, патогенез, клинику, лечение остеопороза
- Ревматические проявления при метаболических заболеваниях
- Клинику, дифференциальную диагностику, показания к госпитализации при ревматических заболеваниях
- Клинические и электрокардиографические симптомы кардиологических заболеваний
- Тактику ведения больных при неотложных состояниях
- Основы иммунологической диагностики заболеваний
- Симптоматику и принципы раннего выявления онкологических заболеваний
- Клинические признаки ВИЧ-инфекции
- Основы рентгенорадиологических методов исследования
- Принципы формирования здорового образа жизни населения
- Знать нормальную и патологическую физиологию человека
- Знать клиническую фармакологию противоревматических, антибактериальных, кардиологических и других препаратов
- Знать принципы организации здравоохранения и общественного здоровья

**Врач-специалист ревматолог должен уметь:**

- Правильно и максимально полно опрашивать больного с жалобами со стороны опорно-двигательного аппарата, других органов и систем, собирать анамнез заболевания и анамнез жизни
- Проводить полное обследование, выявлять общие и специфические признаки заболевания
- Оценивать тяжесть состояния больного, оказать первую медицинскую помощь, определять объем и место оказания медицинской помощи пациенту (в ревматологическом отделении, в реанимационном отделении, многопрофильном лечебном учреждении)
- Правильно интерпретировать результаты инструментальных исследований (рентгенологического, ультразвукового, компьютерной и магнито-резонансной томографии и пр.)
- Выявлять основные жалобы, проводить дифференциальную диагностику при системной красной волчанке
- Проводить обследование и дифференциальную диагностику у пациентов с ревматоидным артритом
- Проводить обследование и определять лечебную тактику при остеоартрозе
- Определять основные симптомы при системных васкулитах
- Проводить дифференциальную диагностику воспалительных заболеваний опорно-двигательного аппарата
- Определять объем клинико-лабораторного обследования пациентов с системными воспалительными соединительной ткани
- Проводить полное обследование пациентов с подозрением на подагру
- Проводить полное обследование пациентов с псориатическим артритом
- Определять показания и противопоказания для различных путей введения лекарственных средств (внутрь, внутривенно, внутримышечно, подкожно, внутрисуставно)

**Врач-специалист ревматолог должен владеть:**

- Комплексом методов стандартного обследования ревматологического больного
- Комплексом методов специфического обследования больного, страдающего ревматическими заболеваниями
- Основными принципами лечения при невоспалительных заболеваниях суставов
- Основными принципами лечения при воспалительных заболеваниях суставов и позвоночника
- Основными принципами лечения при ревматических заболеваниях околосуставных мягких тканей
- Основными принципами лечения при острой ревматической лихорадке и хронической ревматической болезни сердца
- Основными принципами лечения при системных заболеваниях соединительной ткани
- Основными навыками диагностики и принципами лечения системных васкулитов

**Этапы формирования компетенций УК-1, УК-2, УК-3, ПК-1, ПК-2, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11 в процессе освоения образовательной программы направления подготовки «Ревматология» по дисциплинам**



Компетенция	Этапы формирования компетенций, определяемые дисциплинами направления подготовки «Ревматология»		
	начальный	последующий	Итоговый
<b>УК-1</b> готовностью к абстрактному мышлению, анализу, синтезу	Ревматология	Ревматология	Амбулаторная практика
	Общественное здоровье и здравоохранение		Государственная итоговая аттестация
	Педагогика		
	Стационарная практика		
<b>УК-2</b> готовностью к управлению коллективом, толерантно воспринимать социальные, этнические, конфессиональные и культурные различия	Ревматология	Ревматология	Амбулаторная практика
	Педагогика		Государственная итоговая аттестация
	Общественное здоровье и здравоохранение		
	Педагогика Стационарная практика	Надлежащая клиническая практика (GCP)	
<b>УК-3</b> готовностью к участию в педагогической деятельности по программам среднего и высшего медицинского образования или среднего и высшего фармацевтического образования, а также по дополнительным профессиональным	Ревматология	Ревматология	Амбулаторная практика
	Общественное здоровье и здравоохранение		Государственная итоговая аттестация
	Педагогика		

Компетенция	Этапы формирования компетенций, определяемые дисциплинами направления подготовки «Ревматология»		
	начальный	последующий	Итоговый
программам для лиц, имеющих среднее профессиональное или высшее образование, в порядке, установленном федеральным органом исполнительной власти, осуществляющим функции по выработке государственной политики и нормативно-правовому регулированию в сфере здравоохранения	Стационарная практика		
<b>ПК-1</b> 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	Ревматология	Ревматология	Амбулаторная практика
	Лучевые методы диагностики		
	Патология	Онкология	Государственная итоговая аттестация
	Общественное здоровье и здравоохранение	ВИЧ-инфекция	
	Стационарная практика	Надлежащая клиническая практика (GCP)	
<b>ПК-2</b> готовность к проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения за здоровыми и хроническими больными	Ревматология	Ревматология	Амбулаторная практика
	Патология	Онкология	
	Лучевые методы диагностики	ВИЧ-инфекция	Государственная итоговая аттестация
	Стационарная практика		
	Общественное здоровье и здравоохранение		

Компетенция	Этапы формирования компетенций, определяемые дисциплинами направления подготовки «Ревматология»		
	начальный	последующий	Итоговый
<b>ПК-4</b> готовность к применению социально-гигиенических методик сбора и медико-статистического анализа информации о показателях здоровья взрослых и подростков	Ревматология	Ревматология	Амбулаторная практика
	Общественное здоровье и здравоохранение	Онкология	Государственная итоговая аттестация
	Клиническая фармакология	ВИЧ-инфекция	
	Стационарная практика		
<b>ПК-5</b> готовность к определению пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем	Ревматология	Ревматология	Амбулаторная практика
	Клиническая фармакология	Онкология	Государственная итоговая аттестация
	Патология	ВИЧ-инфекция	
	Симуляционный курс		
	Общественное здоровье и здравоохранение	Надлежащая клиническая практика (GCP)	
	Стационарная практика		
<b>ПК-6</b> готовность к ведению и лечению пациентов, нуждающихся в оказании медицинской помощи в рамках общей врачебной практики (семейной медицины)	Ревматология	Ревматология	Амбулаторная практика
	Стационарная практика	Онкология	Государственная итоговая аттестация
		Медицинская психология	

Компетенция	Этапы формирования компетенций, определяемые дисциплинами направления подготовки «Ревматология»		
	начальный	последующий	Итоговый
		Надлежащая клиническая практика (GCP)	
<b>ПК-8</b> готовность к применению природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной терапии и других методов у пациентов, нуждающихся в медицинской реабилитации и санаторно-курортном лечении	Ревматология	Ревматология	Амбулаторная практика
	Клиническая фармакология	Онкология	Государственная итоговая аттестация
	Стационарная практика	ВИЧ-инфекция	
		Надлежащая клиническая практика (GCP)	
<b>ПК-9</b> готовность к формированию у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих	Ревматология	Ревматология	Амбулаторная практика
	Общественное здоровье и здравоохранение	Онкология	Государственная итоговая аттестация
	Стационарная практика	ВИЧ-инфекция	
<b>ПК-10</b> готовность к применению основных принципов организации и управления в сфере охраны здоровья граждан, в медицинских организациях и их структурных подразделениях	Ревматология	Ревматология	Амбулаторная практика
	Общественное здоровье и здравоохранение	ВИЧ-инфекция	Государственная итоговая аттестация
		Надлежащая клиническая практика (GCP)	
	Стационарная практика		
<b>ПК-11</b> готовность к участию в	Ревматология	Ревматология	Амбулаторная практика

Компетенция	Этапы формирования компетенций, определяемые дисциплинами направления подготовки «Ревматология»		
	начальный	последующий	Итоговый
оценке качества оказания медицинской помощи с использованием основных медико-статистических показателей	Общественное здоровье и здравоохранение	ВИЧ-инфекция	
		Надлежащая клиническая практика (GCP)	
	Стационарная практика		Государственная итоговая аттестация

Форма промежуточной аттестации – зачет, который включает две части:

1-я часть зачета: выполнение электронного тестирования (аттестационное испытание промежуточной аттестации с использованием информационных тестовых систем);

2-я часть зачета: выполнение практико-ориентированных заданий (аттестационное испытание промежуточной аттестации, проводимое устно с использованием телекоммуникационных технологий).

*1. Описание шкалы оценивания электронного тестирования*

- от 0 до 49,9% выполненных заданий – неудовлетворительно;
- от 50 до 69,9% – удовлетворительно;
- от 70 до 89,9% – хорошо;
- от 90 до 100% – отлично

*2. Критерии оценивания преподавателем практико-ориентированной части экзамена:*

- соответствие содержания ответа заданию, полнота раскрытия темы/задания (оценка соответствия содержания ответа теме/заданию);
- умение проводить аналитический анализ прочитанной учебной и научной литературы, сопоставлять теорию и практику;
- логичность, последовательность изложения ответа;
- наличие собственного отношения обучающегося к теме/заданию;
- аргументированность, доказательность излагаемого материала.

*Описание шкалы оценивания практико-ориентированной части экзамена*

Оценка «отлично» выставляется за ответ, в котором содержание соответствует теме или заданию, обучающийся глубоко и прочно усвоил учебный материал, последовательно, четко и логически стройно излагает его, демонстрирует собственные суждения и размышления на заданную тему, делает соответствующие выводы; умеет тесно увязывать теорию с практикой, свободно справляется с задачами, вопросами и другими видами применения знаний, не затрудняется с ответом при видоизменении заданий, приводит материалы различных научных источников, правильно обосновывает принятое решение, владеет разносторонними навыками и приемами выполнения задания, показывает должный уровень сформированности компетенций.

Оценка «хорошо» выставляется обучающемуся, если его ответ соответствует и раскрывает тему или задание, обучающийся показывает знание учебного материала, грамотно и по существу излагает его, не допуская существенных неточностей при выполнении задания, правильно применяет теоретические положения при выполнении задания, владеет необходимыми навыками и приемами его выполнения, однако испытывает небольшие затруднения при формулировке собственного мнения, показывает должный уровень сформированности компетенций.

Оценка *«удовлетворительно»* выставляется обучающемуся, если ответ в полной мере раскрывает тему/задание, обучающийся имеет знания только основного материала, но не усвоил его деталей, допускает неточности, недостаточно правильные формулировки, нарушения логической последовательности в изложении учебного материала по заданию, его собственные суждения и размышления на заданную тему носят поверхностный характер.

Оценка *«неудовлетворительно»* выставляется обучающемуся, если не раскрыта тема, содержание ответа не соответствует теме, обучающийся не обладает знаниями по значительной части учебного материала и не может грамотно изложить ответ на поставленное задание, не высказывает своего мнения по теме, допускает существенные ошибки, ответ выстроен непоследовательно, неаргументированно.

Итоговая оценка за экзамен выставляется преподавателем в совокупности на основе оценивания результатов электронного тестирования обучающихся и выполнения ими практико-ориентированной части экзамена.

#### **7.4.1. Методические материалы, определяющие процедуры оценивания знаний, умений, навыков и (или) опыта деятельности**

1. Порядок применения электронного обучения, дистанционных образовательных технологий при реализации образовательных программ высшего образования.
2. Положение о порядке формирования Фонда оценочных средств для проведения текущего контроля успеваемости и промежуточной аттестации высшего профессионального образования.
3. Положение об организации и проведении текущего контроля знаний и промежуточной аттестации интернов, ординаторов факультета последипломного образования в ФГБОУ ВО ПСПбГМУ им. И.П. Павлова Минздрава России.
4. Положение об итоговой государственной аттестации выпускников ФГБОУ ВО ПСПбГМУ им. И.П. Павлова Минздрава России.
5. Положение о балльно-рейтинговой системе для обучающихся по образовательным программам интернатуры и ординатуры.

### **8. Перечень основной и дополнительной учебной литературы, необходимой для освоения дисциплины**

#### **Основная литература**

Насонов, Е. Л. Российские клинические рекомендации. Ревматология / Е. Л. Насонов - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2017. - 464 с. - ISBN 978-5-9704-4261-6. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL :

<https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970442616.html>

Каратеев, Д. Е. Справочник врача-ревматолога / Д. Е. Каратеев, Е. Л. Лучихина. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 368 с. (Серия "Справочник врача-специалиста") - ISBN 978-5-9704-6130-3. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL :

<https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970461303.html>

Котенко, К. В. Боль в суставах / К. В. Котенко [и др.]. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2018. - 560 с. : ил. - (Серия "Библиотека врача-специалиста"). - 560 с. (Серия "Библиотека врача-специалиста") - ISBN 978-5-9704-5232-5. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL :

<https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970452325.html>

П 16/630 Ревматология : учеб. пособие / [А. А. Усанова и др.] ; под ред. А. А. Усановой. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2018. - 407 с. : ил., табл. - 1 экз. + ЭБС

Остеопороз : факторы риска, диагностика, лечение, профилактика : справочное руководство / под ред. В. Н. Лариной. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2022. - 144 с. - ISBN 978-5-9704-7015-2. - Текст :

электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : <https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970470152.html>

П 16/863д Лесняк, Ольга Михайловна. Остеопороз. Краткое руководство для врачей / О. М. Лесняк. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2019. - 222 с. : ил., табл. – 4 экз. + ЭБС

Эрдес, Ш. Ф. Анкилозирующий спондилит / Эрдес Ш. Ф. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2020. - 184 с. - ISBN 978-5-9704-5732-0. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : <https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970457320.html>

Елисеев, М. С. Подагра / Елисеев М. С. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2019. - 240 с. - ISBN 978-5-9704-5091-8. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : <https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970450918.html>

Ревматология: национальное руководство / Под ред. Е.Л. Насонова, В.А. Насоновой. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2010. - 720 с. (ЭБС "Консультант врача")

### **Дополнительная литература**

Годзенко, А. А. Ревматические заболевания и поражения глаз : руководство для врачей / А. А. Годзенко, И. Ю. Разумова. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2022. - 144 с. - ISBN 978-5-9704-7056-5. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : <https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970470565.html>

Рациональная фармакотерапия. Справочник терапевта : руководство для практикующих врачей / под ред. А. И. Мартынова, В. Н. Лариной. - 2-изд. - Москва : Литтерра, 2022. - 1120 с. (Серия "Рациональная фармакотерапия") - ISBN 978-5-4235-0379-6. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : <https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785423503796.html> Глава 10. Ревматология

Хайрутдинов, В. Р. Псориаз. Современные представления о дерматозе : руководство для врачей / В. Р. Хайрутдинов, А. В. Самцов. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 260 с. - ISBN 978-5-9704-6384-0. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : <https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970463840.html>

Псориаз / Л. С. Круглова, А. Л. Бакулев, Т. В. Коротаева [и др. ]. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2022. - 320 с. - ISBN 978-5-9704-7105-0. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : <https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970471050.html>

Древаль, А. В. Остеопороз, гиперпаратиреоз и дефицит витамина D / Древаль А. В. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2019. - 160 с. - ISBN 978-5-9704-4850-2. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : <https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970448502.html>

Раводин, Р. А. Диффузные болезни соединительной ткани в практике врача-дерматовенеролога : руководство для врачей / Р. А. Раводин, К. И. Разнатовский. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 160 с. (Серия "Библиотека врача-специалиста") - ISBN 978-5-9704-6287-4. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : <https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970462874.html>

Каган, И. И. Клиническая анатомия сердца : иллюстрированный авторский цикл лекций / Каган И. И. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2018. - 128 с. - ISBN 978-5-9704-4805-2. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : <https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970448052.html>

Епифанов, В. А. Массаж в медицинской реабилитации. Иллюстрированное учебное пособие / В. А. Епифанов, А. В. Епифанов, И. И. Глазкова [и др. ] - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2022. - 368 с. - ISBN

978-5-9704-6405-2. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : <https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970464052.html>

Кишкун, А. А. Клиническая лабораторная диагностика : учебное пособие / А. А. Кишкун. - 2-е изд., перераб. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2023. - 1000 с. - ISBN 978-5-9704-7424-2. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : <https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970474242.html>

П 17/059 Ягода Александр Валентинович. Эндокард и клапаны сердца при системных ревматических болезнях / А. В. Ягода, Н. Н. Гладких. - Ставрополь: Изд-во СтГМУ, 2021. - 382 с. : ил. – 1 экз.

П 16/687 Аврунин, Александр Самуэлевич. Этюды остеологии. Остеопороз, остеомалация, иерархическая организация скелета, расчетное моделирование механических свойств скелета и формирования усталостных микроповреждений, теоретические основы биологически целесообразного лечения потери костной массы / А. С. Аврунин, Н. В. Леонтьева, А. А. Докторов. - СПб.: ИМЖ-СПб, 2017. - 315 с., [4] л. ил.: ил. – 1 экз.

### **Периодические издания**

Врач

Российский медицинский журнал

Вопросы курортологии, физиотерапии и лечебной физической культуры

Клиническая медицина

Клиническая фармакология и терапия

Медицинская иммунология

Новые врачебные Санк-Петербургские ведомости

Терапевтический архив

## **9. Перечень ресурсов информационно-телекоммуникационной сети Интернет, необходимых для освоения дисциплины**

- 1.«Электронная библиотечная система «Консультант студента».
2. ЭБС «Консультант врача. Электронная медицинская библиотека».
3. «Электронно-библиотечная система eLibrary» периодические издания.
4. ClinicalKey –поисковая платформа компании Elsevier для работы с медицинской информацией  
База тестовых заданий и справочных материалов создана в программе academicNT.

## **10. Методические указания для обучающихся по освоению дисциплины**

### **10.1. Характеристика особенностей технологий обучения в Университете**

В ФГБОУ ВО ПСПбГМУ им. И.П. Павлова освоение образовательных программ проводится с применением электронного обучения, дистанционных образовательных технологий. Для этого создана и функционирует электронная информационно-образовательная среда (ЭИОС), включающая в себя электронные информационные ресурсы, электронные образовательные ресурсы. ЭИОС обеспечивает освоение обучающимися образовательных программ в полном объеме независимо от места нахождения обучающихся. Есть электронные библиотеки, обеспечивающие доступ к профессиональным базам данных, информационным, справочным и поисковым системам, а также иным информационным ресурсам.

### **10.2 Особенности работы обучающегося по освоению дисциплины «Ревматология»**



Обучающиеся при изучении учебной дисциплины используют образовательный контент, а также методические указания по проведению определенных видов занятий, рекомендации и пособия по данной дисциплине по работе с ним, разработанные профессорско-преподавательским составом (ППС) кафедры.

Успешное усвоение учебной дисциплины «Ревматология» предполагает активное, творческое участие обучающегося на всех этапах ее освоения путем планомерной работы. Обучающийся должен активно участвовать в выполнении видов практических работ, определенных для данной дисциплины. Проводимые на клинических практических занятиях различных модульных тестирований дают возможность непосредственно понять алгоритм применения теоретических знаний, излагаемых на лекциях и в учебниках.

В этой связи при проработке лекционного материала обучающиеся должны иметь в виду, что в лекциях раскрываются наиболее значимые вопросы учебного материала. Остальные осваиваются обучающимися в ходе других видов занятий и самостоятельной работы над учебным материалом.

Следует иметь в виду, что все разделы и темы дисциплины «Ревматология» представлены в дидактически проработанной последовательности, что предусматривает логическую стройность курса и продуманную систему усвоения обучающимися учебного материала, поэтому нельзя приступать к изучению последующих тем (разделов), не усвоив предыдущих.

### **10.3 Методические указания для обучающихся по организации самостоятельной работы в процессе освоения дисциплины**

Вид работы	Контроль выполнения работы
Подготовка к аудиторным занятиям (проработка учебного материала по конспектам лекций и учебной литературе)	Собеседование
Работа с учебной и научной литературой	Собеседование
Ознакомление с видеоматериалами электронных ресурсов	Собеседование
Самостоятельная проработка отдельных тем учебной дисциплины в соответствии с учебным планом	Тестирование
Подготовка и написание рефератов, докладов на заданные темы	Проверка рефератов, докладов
Выполнение индивидуальных домашних заданий (решение клинических задач, перевод текстов, проведение расчетов, подготовка клинических разборов)	Собеседование Проверка заданий Клинические разборы
Участие в научно-исследовательской работе кафедры	Доклады Публикации
Участие в научно-практических конференциях, семинарах	Предоставление сертификатов участников
Работа с тестами и вопросами для самопроверки	Тестирование Собеседование
Подготовка ко всем видам контрольных испытаний	Тестирование Собеседование

### **10.4 Методические указания для обучающихся по подготовке к занятиям**

Занятия клинического практического типа предназначены для расширения и углубления знаний обучающихся по учебной дисциплине, формирования умений и компетенций, предусмотренных стандартом. В их ходе обучающимися реализуется верификационная функция степени усвоения учебного материала, они приобретают умения вести научную дискуссию. Кроме того, целью занятий является: проверка уровня понимания обучающимися вопросов, рассмотренных на лекциях и в учебной литературе, степени и качества усвоения обучающимися программного материала; формирование и развитие умений, навыков применения теоретических знаний в реальной практике решения задач, анализа профессионально-прикладных ситуаций; восполнение пробелов в пройденной теоретической части курса и оказания помощи в его освоении.

Обучающийся должен изучить основную литературу по теме занятия, и, желательно, источники из списка дополнительной литературы, используемые для расширения объема знаний по теме (разделу), интернет-ресурсы.

**Вопросы и задания для подготовки к занятиям по первой теме (разделу) «Основы ревматологии. Общие понятия. Организация ревматологической помощи. Основные принципы диагностики и терапии»:**

1. Организация ревматологической помощи в РФ.
2. Социально-экономическая значимость ревматологических заболеваний.
3. Ассоциация ревматологов России. Её роль и связи с практическим здравоохранением .
4. Медицинская психология и деонтология в практике ревматолога.
5. Психологические факторы в лечении больных ревматическими заболеваниями.
6. Психологические и социальные аспекты реабилитации.
7. Номенклатура и классификация ревматических заболеваний.
8. Основы генетики ревматических заболеваний.
9. Генетические маркеры при ревматических заболеваниях.
10. Представления о формах соединительной ткани, её клеточных элементах и межклеточном веществе.
11. Морфофункциональные особенности синовиальной оболочки.
12. Метаболизм костной ткани. Регуляция, возрастные особенности костного обмена.
13. Мышечная ткань. Структура, функция.
14. Опорно-двигательный аппарат. Клиническая анатомия, физиология, биомеханика.
15. Основы клинической иммунологии и иммунопатологии ревматических заболеваний.
16. Регуляция иммунного ответа. Цитокины. Регуляторные популяции лимфоцитов.
17. Патогенез воспаления. Основные механизмы.

18. Роль инфекционных факторов в развитии хронического воспаления.
19. Возрастные аспекты ревматических заболеваний.
20. Ревматические заболевания и беременность.
21. Клинические методы диагностики и дифференциальной диагностики ревматических заболеваний.
22. Клинические методы исследования других органов и систем (скелетные мышцы, связки, кожа и др.).
23. Методы оценки активности и прогрессирования ревматических заболеваний.
24. Рентгенологические методы исследования, применяемые в ревматологии.
25. Диагностические возможности и ограничения.
26. Компьютерная томография. Особенности применения при различных заболеваниях.
27. Денситометрия (определение минеральной плотности костной ткани). Показания. Трактовка результатов.
28. Ультразвуковое исследование суставов, преимущества и ограничения.
29. Радиоизотопные методы диагностики ревматических заболеваний. Сцинтиграфия.
30. Магнитно-резонансная томография. Принцип метода. Диагностические возможности.
31. Электромиография в диагностике заболеваний скелетных мышц и периферических нервов.
32. Капилляроскопия в диагностике диффузных заболеваний соединительной ткани
33. Артроскопия. Показания. Диагностические возможности.
34. Лабораторные методы диагностики и активности воспаления при ревматических заболеваниях.
35. Иммунологические методы диагностики в ревматологии.
36. Принципы диагностической и лечебной пункции суставов, показания, возможные нежелательные явления.
37. Морфологические методы диагностики при ревматических заболеваниях.
38. Основные группы противоревматических средств.
39. Нестероидные противовоспалительные препараты, классификация, механизм действия.
40. Взаимодействия с другими лекарственными средствами. Побочные действия, их механизм. Профилактика и лечение.

41. Глюкокортикостероиды. Классификация, механизм действия, фармакокинетика. Взаимодействие с другими лекарственными средствами. Глюкокортикостероиды для приёма внутрь. Глюкокортикостероиды для парентерального применения (пульс-терапии). Побочные эффекты глюкокортикостероидов, их профилактика и коррекция.

42. Базисные противоревматические препараты. Классификация. Фармакокинетика. Взаимодействия с другими лекарственными препаратами. Выбор препарата и дозы при отдельных ревматических заболеваниях.

43. Генно-инженерные биологические препараты. Классификация. Механизм действия. Показания, противопоказания, побочные эффекты, их профилактика и лечение.

44. Противоподагрические средства. Гипоурикемические препараты. Показания к применению. Побочные действия и методы их коррекции. Побочные действия и методы их коррекции.

45. Симптом-модифицирующие препараты медленного действия. Классификация. Механизм действия. Показания, противопоказания, побочные эффекты, их профилактика и лечение.

46. Средства для лечения системного остеопороза. Механизм действия. Показания к применению отдельных препаратов. Противопоказания, побочные эффекты, их профилактика и лечение.

47. Антибиотики в лечении ревматических заболеваний. Показания к применению антибиотиков в ревматологии. Антибактериальная терапия инфекционных артритов

48. Терапия при острых неотложных состояниях в ревматологии.

49. Немедикаментозные методы лечения и реабилитация больных ревматическими заболеваниями.

50. Лечебная гимнастика при ревматических заболеваниях.

51. Методы консервативной ортопедии для профилактики и лечения некоторых ревматических заболеваний.

52. Санаторно-курортное лечение, гидро- и бальнеотерапия при ревматических заболеваниях.

53. Методы экстракорпоральной терапии в лечении ревматических заболеваний.

54. Локальная инъекционная терапия ревматических заболеваний.

55. Хирургическое лечение больных с заболеваниями опорно-двигательного аппарата.

**Вопросы и задания для подготовки к занятиям по второй теме (разделу) «Воспалительные заболевания суставов и позвоночника. Ревматическая лихорадка и ревматическая болезнь сердца»:**

1. Ревматоидный артрит: этиопатогенетически значимые факторы. Роль генетических факторов, клеточного и гуморального иммунитета. Инфекционные факторы и факторы внешней среды, обсуждаемые в качестве патогенетически значимых.
2. Основные иммунологические маркёры ревматоидного артрита. Клинические фенотипы и особенности течения заболевания при различных фенотипах.
3. Критерии ревматоидного артрита (Американская ревматологическая ассоциация, 1987 год).
4. Балльный алгоритм диагностики ревматоидного артрита (в том числе раннего), ACR/EULAR(2010).
5. Перекрёст-синдромы у больных ревматоидным артритом.
6. Дифференциальная диагностика суставного синдрома при подозрении на ревматоидный артрит.
7. Ревматоидный артрит: шкалы оценки активности заболевания, оценка функциональных нарушений.
8. Системные проявления при ревматоидном артрите.
9. Ревматоидный артрит: treat-to target терапия.
10. Режимы глюкокортикостероидной терапии у больных ревматоидного артрита.
11. Базисная терапия ревматоидного артрита: препараты и режимы терапии, побочные эффекты.
12. Биологическая терапия ревматоидного артрита: используемые препараты, показания и противопоказания, контроль эффективности, побочные эффекты.
13. Симптом-модифицирующая терапия при ревматоидного артрита.
14. Реабилитация больных ревматоидного артрита.
15. Понятие о негативных спондилоартритах. Заболевания, входящие в группу. Основные этиопатогенетически значимые факторы (генетические, иммунологические), инфекционные факторы, обсуждаемые в качестве патогенетически значимых.
16. Дифференциальный диагноз боли в спине воспалительного и невоспалительного характера. Критерии боли в спине воспалительного характера.
17. Дифференциальный диагноз серонегативных спондилоартритов с другими заболеваниями, проявляющимися болями в спине и суставным синдромом. Критерии постановки диагноза спондилоартрита.
18. Анкилозирующий спондилоартрит. Понятие, этиопатогенетически значимые факторы. Критерии диагностики. Шкалы оценки активности.

19. Клиническая классификация анкилозирующего спондилоартрита. Факторы неблагоприятного прогноза.
20. Системные проявления при анкилозирующем спондилоартрите.
21. Базисные противовоспалительные препараты, ГКС и биологическая терапия у больных анкилозирующим спондилоартритом.
22. Псориатический артрит. Понятие, этиопатогенетически значимые факторы. Критерии диагностики. Системные проявления.
23. Основные принципы лечения больных псориатическим артритом
24. Реактивные артриты: клинические проявления, дифференциальный диагноз, принципы терапии.
25. Артриты, ассоциированные с ВЗК: клинические проявления, дифференциальный диагноз, принципы терапии.
26. Этиология, патогенез, эпидемиология и классификация острой ревматической лихорадки.
27. Бетта-гемолитический стрептококк группы А как этиологический фактор острой ревматической лихорадки. Патогенез отдельных клинических проявлений и общая схема патогенеза.
28. Клиника и диагностика острой ревматической лихорадки. Дифференциальная диагностика острой ревматической лихорадки.
29. Лечение и профилактика острой ревматической лихорадки. Профилактика и лечение повторной ревматической лихорадки.
30. Реабилитация, санаторно-курортное лечение больных ревматической лихорадкой. Диспансерное наблюдение больных ревматической лихорадкой.
31. Хроническая ревматическая болезнь сердца.
32. Клиническая, инструментальная (ЭКГ, ФКГ, ЭХОКГ) и рентгенологическая диагностика пороков сердца.
33. Лечение ревматических пороков сердца.
34. Лечение недостаточности кровообращения и различных осложнений ревматических пороков сердца (аритмии, тромбоэмболии и др.).
35. Показания к хирургическому лечению ревматических пороков сердца в зависимости от вида порока. Виды хирургического лечения.
36. Непосредственные и отдалённые результаты хирургического лечения ревматических пороков сердца. Осложнения в послеоперационном периоде. Реабилитация больных после оперативного лечения.

**Вопросы и задания для подготовки к занятиям по третьей теме (разделу) «Невоспалительные заболевания суставов, позвоночника, костей. Ревматические заболевания околоуставных мягких тканей»:**

- 1.Остеоартроз. Классификация. Эпидемиология. Факторы риска при отдельных формах. Этиология. Патогенез.
- 2.Биохимические изменения в хряще при остеоартрозе. Патоморфология. Роль ортопедических дефектов и травм при вторичном остеоартрозе.
- 3.Клиническая картина остеоартроза. Диагностика и дифференциальная диагностика.
- 4.Особенности остеоартроза отдельных суставов.
- 5.Методы оценки функционального статуса при остеоартрозе (WOMAC). Рентгенологические стадии артроза. Синовит при остеоартрозе. Вторичные регионарные мягкотканые синдромы при остеоартрозе.
- 6.Лечение остеоартроза. Общие принципы. Нестероидные противовоспалительные препараты. Симптом-модифицирующие препараты медленного действия.
- 7.Роль немедикаментозных методов (разгрузка суставов, мышечное развитие, коррекция плоскостопия) терапии остеоартроза. Реабилитация и санаторно-курортное лечение.
- 8.Показания к хирургическому лечению остеоартроза и его виды.
- 9.Остеохондроз. Грыжа диска, миелопатия как её осложнение.
- 10.Туннельные нейроваскулярные синдромы, возникающие на фоне остеохондроза и спондилёза (синдром грушевидной мышцы, синдромы апертуры грудной клетки и др.).
- 11.Синдром хронической боли в нижней части спины.
- 12.Лечение дегенеративных заболеваний позвоночника. Медикаментозное лечение, лечебная гимнастика, физиолечение, санаторно-курортное лечение.
- 13.Болезнь Форестье (идиопатический диффузный гиперостоз скелета. Этиология и патогенез. Клиническая и рентгенологическая картина. Диагностика. Лечение.
- 14.Остеохондропатии. Ювенильный кифоз (болезнь Шейермана-Мау). Болезнь Осгуда-Шлаттера. Принципы лечения остеохондропатий.
- 15.Асептические некрозы костей. Этиология. Патогенез. Клиническая картина. Дифференциальный диагност. Инструментальные методы диагностики (рентгенография, магнитно-резонансная томография). Консервативное и хирургическое лечение.
- 16.Артропатии, обусловленные неревматическими заболеваниями. Поражение опорно-двигательного аппарата при эндокринных заболеваниях.
- 17.Артропатии при других неревматических заболеваниях: гемофилии, гемохроматозе, амилоидозе, ретикулоцитозе, саркоидозе (синдром Лёфгрена).

18. Паранеопластические артропатии. Диагностика. Лечение.
19. Остеопороз. Постменопаузальный остеопороз. Этиология. Патогенез. Эпидемиология. Клиника. Методы диагностики. Профилактика. Лечение.
20. Глюкокортикостероидный остеопороз. Патогенез. Клинические проявления. Профилактика. Лечение.
21. Остеомалация. Этиология. Патогенез. Клиника. Рентгенологические проявления. Лечение.
22. Болезнь Педжета. Этиология. Патогенез. Клиника. Диагностика. Лечение.
23. Дифференциальная диагностика воспалительных и дегенеративных поражений суставов.
24. Дифференциальная диагностика артикулярных и периартикулярных поражений.
25. Дифференциальная диагностика моно- и олигоартритов.
26. Клиническая анатомия, физиология околоуставных мягких тканей, клиническая диагностика основных патологических состояний.
27. Ревматические заболевания околоуставных мягких тканей в практике ревматолога и терапевта. Классификация. Этиология. Взаимосвязь с основными ревматическими заболеваниями (серонегативные спондилоартриты, гипермобильный синдром и др).
28. Локальные ревматические заболевания околоуставных мягких тканей верхней конечности.
29. Поражение мягких тканей области плечевого сустава. Диагностика, лечение.
30. Локальные ревматические заболевания околоуставных мягких тканей в области шеи и грудной клетки (синдромы верхней апертуры грудной клетки).
31. Миофасциальные синдромы грудной клетки.
32. Локальные ревматические заболевания околоуставных мягких тканей области поясницы и таза.
33. Дифференциальный диагноз болей в поясничной области.
34. Туннельные синдромы области таза: сдавление кожного наружного нерва бедра (болезнь Рота), запирающего нерва.
35. Локальные ревматические заболевания околоуставных мягких тканей нижней конечности.
36. Методы лечения локальных ревматических заболеваний околоуставных мягких тканей.



37. Гипермобильный синдром. Этиология. Патогенез. Эпидемиология. Классификация. Критерии диагноза. Клиника. Возрастные аспекты. Лечение.

38. Первичная фибромиалгия. Этиология. Патогенез. Клиника. Синдром вторичной фибромиалгии.

39. Лечение системных заболеваний мягких тканей

**Вопросы и задания для подготовки к занятиям по четвертой теме (разделу) «Системные заболевания соединительной ткани»:**

1. Системная красная волчанка. Определение, эпидемиология, этиопатогенетические факторы, обсуждаемые в качестве значимых (генетические, эндокринные, факторы внешней среды и др).
2. Клинические симптомы поражений со стороны органов и систем при системной красной волчанке. Дифференциальный диагноз.
3. Диагностические критерии системной красной волчанки американской ревматологической ассоциации и критерии, предложенные SLICCgroup (2012 г)
4. Волчаночный нефрит: клинические проявления, классификация, особенности терапии
5. Особенности течения системной красной волчанки у различных возрастных групп (подростковый и юношеский возраст, возраст старше 50 лет), особенности течения СКВ у мужчин
6. Перекрест-синдромы у больных с системной красной волчанкой: особенности течения и диагностики
7. Неотложные состояния у больных с системной красной волчанкой : диагностика, особенности лечения
8. Оценка активности системной красной волчанки. Индексы активности. Мониторинг активности на фоне терапии.
9. Лечение системной красной волчанки: группы препаратов, режимы терапии, побочные эффекты.
10. Биологическая терапия при системной красной волчанке. Препараты, режимы терапии, побочные эффекты.
11. Лечение волчаночного нефрита.
12. Лечение поражений нервной системы при системной красной волчанке.

13. Системная склеродермия. Определение, эпидемиология, этиопатогенетические факторы, обсуждаемые в качестве значимых (генетические, факторы внешней среды, профессиональные факторы и др).
14. Клинические симптомы поражений со стороны органов и систем при системная склеродермии. Дифференциальный диагноз.
15. Диагностические критерии системной склеродермии (АРА и 2013 года)
16. Клинические варианты системной склеродермии. Особенности течения. Диагностика. Прогноз.
17. Основные принципы диагностики ранних проявлений системная склеродермия.
18. Оценка активности системная склеродермия (балльная, EuropeanSclerodermaStudyGroup - EScSG)
19. Заболевания «группы склеродермии». Дифференциальная диагностика с системной склеродермией.
20. Системная склеродермия и перекрёст-синдромы
21. Лечение системной склеродермии: базисные препараты. Показания, противопоказания, режимы терапии, побочные эффекты
22. Особенности ГКС терапии у больных системной склеродермией.
23. Биологическая терапия больных системной склеродермией: препараты, показания, противопоказания, побочные эффекты.
24. Лечение системной склеродермии у больных с поражением респираторной системы.
25. Лечение системной склеродермии у больных с поражением почек.
26. Лечение синдрома Рейно у больных системной склеродермией.
27. Заболевания, входящие в группу воспалительных миопатий.
28. Основные этиопатогенетические факторы, участвующие в развитии дерматомиозита и полимиозита.
29. Имунные нарушения при воспалительных миопатиях. Миозит-специфические и миозит-ассоциированные антитела.
30. Клинические проявления дерматомиозита.
31. Клинические проявления полимиозита.
32. Особенности течения ювенильных дермато- и полимиозита.
33. Особенности течения полимиозита с включениями. Диагностические критерии.

34. Диагностические критерии дермато- и полимиозита.
35. Понятие об амиопатическом дерматомиозите. Особенности течения. Диагностика.
36. Понятие об антисинтетазном синдроме. Диагностические критерии.
37. Перекрёст-синдромы у больных воспалительными миопатиями.
38. Алгоритм диагностики у больных мышечной слабостью.
39. Методы оценки мышечной силы у больных с подозрением на воспалительные миопатии.
40. Группы препаратов, применяемых в лечении воспалительных миопатий. Показания, противопоказания, побочные эффекты, режимы терапии.
41. Режимы ГКС терапии у больных с воспалительными миопатиями.
42. Показания к иммуносупрессивной терапии у больных воспалительными миопатиями.
43. Особенности терапии при антисинтетазном синдроме и поражении лёгких.
44. Биологическая терапия при воспалительных миопатиях: препараты, показания, противопоказания, режимы терапии, побочные эффекты.
45. Понятие о ревматической полимиалгии. Эпидемиология, патогенетические особенности, особенности течения (в сравнении с воспалительными миопатиями), диагностические критерии. Перекрёст-синдромы при ревматической полимиалгии. Принципы лечения ревматической полимиалгии.
46. Определение, этиопатогенетические факторы, обсуждаемые в качестве значимых.
47. Особенности иммунных нарушений и иммунологические маркёры.
48. Клинические проявления при синдроме Шегрена.
49. Понятие о первичном и вторичном синдроме Шегрена. Заболевания, с которыми наиболее часто ассоциируется вторичный синдром Шегрена.
50. Осложнения синдрома Шегрена.
51. Диагностические критерии синдрома Шегрена.
52. Альтернативные причины сухого синдрома и дифференциальная диагностика синдрома Шегрена.
53. Лечение синдрома Шегрена.
54. Понятие о смешанном заболевании соединительной ткани. Особенности иммунологического ответа. Иммунологические маркёры.
55. Клинические симптомы смешанного заболевания соединительной ткани.
56. Диагностические критерии смешанного заболевания соединительной ткани.

57. Понятие о RHUPUS-синдроме.
58. Наиболее часто встречающиеся варианты перекрёст-синдромов в ревматологии.
59. Определение, предрасполагающие факторы, особенности иммунного ответа.
60. Клинические симптомы рецидивирующего полихондрита.
61. Диагностические критерии рецидивирующего полихондрита.
62. Лечение рецидивирующего полихондрита.
63. Определение антифосфолипидного синдрома, предрасполагающие факторы, особенности иммунного ответа.
64. Понятие о первичном и вторичном антифосфолипидном синдроме. Заболевания, наиболее часто ассоциируемые со вторичным антифосфолипидным синдромом.
65. Основные клинические проявления антифосфолипидного синдрома.
66. Диагностические критерии антифосфолипидного синдрома.
67. Лечение антифосфолипидного синдрома.

**Вопросы и задания для подготовки к занятиям по пятой теме (разделу) «Системные васкулиты»:**

1. Понятие о системных васкулитах. Первичные и вторичные системные васкулиты. Номенклатура и классификация системных васкулитов. Классификация Чапел-Хилл (1994 и 2012 г).
2. Артериит Такаясу. Определение. Предрасполагающие факторы, особенности патогенеза и иммунных нарушений.
3. Клинические проявления и классификационные критерии артериита Такаясу. Диагностика артериита Такаясу.
4. Лечение артериита Такаясу. Группы препаратов, показания и противопоказания, побочные эффекты, режимы терапии. Хирургические методы в лечении артериита Такаясу.
5. Гигантоклеточный артериит. Определение. Предрасполагающие факторы, особенности патогенеза и иммунных нарушений.
6. Клинические проявления и классификационные критерии гигантоклеточного артериита.
7. Диагностика гигантоклеточного артериита. Перекрёст-синдромы.
8. Клинические варианты гигантоклеточного артериита. Осложнения гигантоклеточного артериита.
9. Лечение гигантоклеточного артериита. Группы препаратов, показания и противопоказания, побочные эффекты, режимы терапии

10. Узелковый полиартериит. Определение, предрасполагающие факторы, особенности патогенеза и иммунных нарушений.
11. Клинические проявления узелкового полиартериита. Особенности поражения органов и систем. Классификационные критерии артериита узелкового полиартериита.
12. Диагностика узелкового полиартериита. Лечение узелкового полиартериита. Группы препаратов, показания и противопоказания, побочные эффекты, режимы терапии.
13. Болезнь Kawasaki. Эпидемиология, определение, предрасполагающие факторы, особенности патогенеза и иммунных нарушений.
14. Клинические болезни Kawasaki. Особенности поражения органов и систем. Диагностические критерии
15. Лечение болезни Kawasaki. Группы препаратов, показания и противопоказания, побочные эффекты, режимы терапии. Диспансерное наблюдение пациентов при болезни Kawasaki.
16. Понятие об ANCA-ассоциированных васкулитах. Роль ANCA в патогенезе.
17. Заболевания, входящие в группу ANCA-ассоциированных васкулитов. Принципы диагностики и терапии.
18. Гранулематоз с полиангиитом. Предрасполагающие факторы, особенности патогенеза и иммунных нарушений.
19. Клинические проявления гранулематоза с полиангиитом. Особенности поражения внутренних органов. Классификационные критерии гранулематоза с полиангиитом.
20. Диагностика гранулематоза с полиангиитом. Дифференциальная диагностика. Лечение гранулематоза с полиангиитом. Группы препаратов, показания и противопоказания, побочные эффекты, режимы терапии. Прогноз.
21. Эозинофильный гранулематоз с полиангиитом. Предрасполагающие факторы, особенности патогенеза и иммунных нарушений.
22. Клинические проявления эозинофильного гранулематоза с полиангиитом. Особенности поражения внутренних органов. Периоды течения Классификационные критерии эозинофильного гранулематоза с полиангиитом.
23. Диагностика эозинофильного гранулематоза с полиангиитом. Дифференциальная диагностика.
24. Лечение эозинофильного гранулематоза с полиангиитом. Группы препаратов, показания и противопоказания, побочные эффекты, режимы терапии.
25. Микроскопический полиангиит. Предрасполагающие факторы, особенности патогенеза и иммунных нарушений.
26. Клинические проявления микроскопического полиангиита. Особенности поражения внутренних органов. Классификационные критерии микроскопического полиангиита. Диагностика микроскопического полиангиита. Дифференциальная диагностика.
27. Лечение микроскопического полиангиита. Группы препаратов, показания и противопоказания, побочные эффекты, режимы терапии.

28. Геморрагический васкулит. Предрасполагающие факторы, особенности патогенеза и иммунных нарушений.
29. Клинические проявления геморрагического васкулита. Особенности поражения внутренних органов. Классификационные критерии геморрагического васкулита. Диагностика геморрагического васкулита. Дифференциальная диагностика.
30. Лечение геморрагического васкулита. Группы препаратов, показания и противопоказания, побочные эффекты, режимы терапии.
31. Понятие о криоглобулинемическом васкулите. Предрасполагающие факторы, особенности патогенеза и иммунных нарушений. Типы криоглобулинемии.
32. Клинические проявления криоглобулинемического васкулита и особенности поражения внутренних органов.
33. Диагностика криоглобулинемического васкулита. Лечение криоглобулинемического васкулита. Группы препаратов, показания и противопоказания, побочные эффекты, режимы терапии.
34. Синдром Гудпасчера. Предрасполагающие факторы, особенности патогенеза и иммунных нарушений.
36. Клинические проявления синдрома Гудпасчера. Особенности поражения внутренних органов. Диагностика. Дифференциальная диагностика.
37. Лечение синдрома Гудпасчера. Группы препаратов, показания и противопоказания, побочные эффекты, режимы терапии. Прогноз.
38. Заболевания, включённые в группу «вариабельных» васкулитов согласно классификации 2012 года. Клинические симптомы. Диагностические критерии. Принципы терапии.
39. Особенности васкулитов, ассоциирующихся с поражением единственного органа.
40. Заболевания, включённые в группу васкулитов, ассоциированных с известными этиологическими факторами.

**Примерный перечень тематик научно-практической работы:**

1. Молекулярные аспекты аутоиммунного воспаления при ревматоидном артрите.
2. Современные представления о патогенезе системной красной волчанки с позиции новых мишеней таргетной патогенетической терапии.
3. Ингибиторы фактора некроза альфа и их место в современной ревматологии.
4. Современные представления о первичной подагре и способы купирования острой подагрической атаки.
5. Анти В-клеточная терапия в ревматологии: предпосылки, механизмы влияния, место в терапии.
6. Терапевтические возможности борьбы с легочным фиброзом и легочной гипертензиях при ДЗСТ.
7. Генно-инженерная терапия псориаза и псориатического артрита: основные положения и перспективные направления.

8. Патоморфоз клинических проявлений СКВ и соответствующая модификация диагностических критериев.
9. Современные визуализирующие и лучевые методы диагностики и терапии ревматических заболеваний.
10. Редкие аутоиммунные заболевания: периодическая болезнь.
11. Микрористаллический артрит: сравнительная клинико-инструментальная характеристика.

### **11. Перечень информационных технологий, используемых при осуществлении образовательного процесса по дисциплине, включая перечень программного обеспечения и информационных справочных систем**

Программное обеспечение ФГБОУ ВО ПСПБГМУ им. И.П. Павлова, являющееся частью электронной информационно-образовательной среды и базирующееся на телекоммуникационных технологиях:

- a. компьютерные обучающие программы;
- b. тренинговые и тестирующие программы;

#### **Электронные базы данных**

- 1.«Электронная библиотечная система «Консультант студента».
2. ЭБС «Консультант врача. Электронная медицинская библиотека».
3. «Электронно-библиотечная система eLibrary» периодические издания.
4. ClinicalKey –поисковая платформа компании Elsevier для работы с медицинской информацией  
База тестовых заданий и справочных материалов создана в программе academicNT.

**12. Материально-техническая база, необходимая для осуществления образовательного процесса по дисциплине**

Наименование специализированных аудиторий и лабораторий	Перечень оборудования
Конференц-зал Санкт-Петербург, улица Льва Толстого, д. 6-8, лит. Д.	Стол – 4 шт., стулья – 15 шт. Ноутбук Dell Vostro A 860 Мультимедийный проектор Nec NP210 Наборы результатов лабораторного и инструментального исследования – 10 шт Негатоскоп общего назначения - 1
Помещения кафедры терапии госпитальной с курсом аллергологии и иммунологии им.ак.Черноруцкого с клиникой Санкт-Петербург, улица Льва Толстого, д. 6-8, лит. Д.	
Процедурная	Тонометр, стетоскоп, фонендоскоп, противошоковый набор, набор и укладка для экстренных профилактических и лечебных мероприятий, термометр, расходный материал в количестве, позволяющем обучающимся осваивать умения и навыки, предусмотренные профессиональной деятельностью.
2. Палата № 2	Облучатель бактерицидный Койка -4 шт
3. Палата № 3	Облучатель бактерицидный Койка - 2 шт
4. Палата № 4	Облучатель бактерицидный Койка -3 шт
Учебная комната	Стол -3 , стулья – 15 ПК Universal в сборе тип 3 (системный блок, монитор, клавиатура, мышь) Мультимедийный проектор Nec NP210

**Разработчики:**

Нестерович И.И., д.м.н., проф.

**Рецензент:**

Заведующий кафедрой  
факультетской терапии СПбГУ  
д.м.н., профессор

Шишкин А. Н.

**Эксперт:**

Главный терапевт-пульмонолог Санкт-Петербурга,  
Главный ревматолог Северо-Западного федерального округа РФ,  
заведующий кафедрой терапии с курсом ревматологии им. Э.Э. Эйхвальда ГБОУ ВО  
СЗГМУ им. И.И. Мечникова Минздрава России  
д.м.н., профессор, академик РАН

Мазуров В. И.