

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение  
высшего образования "Красноярский государственный медицинский  
университет имени профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого"  
Министерства здравоохранения Российской Федерации

Кафедра внутренних болезней № 1

## **Терапия. Ординатура**

Сборник методических указаний для обучающихся  
к внеаудиторной (самостоятельной) работе  
по специальности ординатуры 31.08.49 Терапия

В 6 частях

Часть 2

Красноярск

2018

Терапия. Ординатура: сб. метод. указаний к внеаудитор. (самостоят.) работе по специальности ординатуры 31.08.49 Терапия /сост.С.Ю. Никулина. Т.Д. Верещагина. П.А. Шестерня. Т.Ю. Большакова. В 6 частях – Красноярск: тип. КрасГМУ, 2018. – Ч.2. – 61 с.

**Составители:** д.м.н., проф. Никулина С.Ю.,  
к.м.н., доц. Верещагина Т.Д.,  
д.м.н., проф. Шестерня П.А.,  
д.м.н. доц. Большакова Т.Ю.

Сборник методических указаний предназначен для внеаудиторной работы обучающихся. Составлен в соответствии с ФГОС ВО № 1092 от 25.08.2014 г подготовки кадров высшей квалификации в ординатуре по специальности 31.08.49 Терапия, рабочей программой специальности (2018 г.) и СТО 7.5.10-16. Выпуск 1.

Рекомендован к изданию по решению ЦКМС № 6 от 25 июня 2018 г.

**1. Индекс ОД.О.01.1.2.12 Тема: Ревматоидный артрит. Остеоартроз. Подагра. Дифференциальная диагностика заболеваний суставов.**

**2. Форма работы:**

- Подготовка к практическим занятиям.
- Подготовка материалов по НИР.

**3. Перечень вопросов для самоподготовки по теме практического занятия:**

Обладать: - УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9.

Знать:

- клинические синдромы при РА, методы физикального осмотра, клинического обследования больного, алгоритм лабораторных и инструментальных обследований больных с РА, этиологию, патогенез, классификацию, факторы риска и меры профилактики РА, изменение результатов биохимических жидкостей при РА, особенности течения и возможные осложнения при РА, клинико-фармакологическую характеристику основных групп лекарственных и рациональный выбор конкретных лекарственных средств при лечении РА.

– этиологию, патогенез, клиническую картину, методы физикального осмотра, клинического обследования больного, алгоритм лабораторных и инструментальных обследований больных с ОА, подагрой.

Уметь:

- оценить социальные факторы (факторы риска при РА), соблюдать правила врачебной этики при общении с больными и их родственниками; Выделять ведущие синдромы в клинике заболевания, провести обследование пациента с суставной патологией, оценить особенности суставного синдрома, провести дифференциальный диагноз и поставить предварительный диагноз у больного; Назначить и оценить дополнительные лабораторные и инструментальные методы исследования, назначить дифференцированное лечение с учётом клинических особенностей заболевания, проводить клинический и лабораторный мониторинг при терапии ГКС и цитостатиками, вести историю болезни пациента с заболеваниями суставов (заполнение всех разделов, включая этапные и выписные эпикризы), формулировать предварительный и заключительный диагнозы.

- оценить факторы риска при ОА, подагре, соблюдать правила врачебной этики при общении с больными и их родственниками, выделять ведущие синдромы в клинике заболевания; провести обследование больных с остеоартрозом и подагрой, интерпретировать данные дополнительных

методов обследования; провести дифференциальный диагноз и поставить предварительный диагноз, назначить дифференцированное лечение с учётом клинических особенностей заболевания; Вести историю болезни пациента с заболеваниями суставов.

Владеть:

- методами общеклинического обследования больных с РА, интерпретацией результатов лабораторных, инструментальных методов диагностики, проведением дифференциального диагноза, алгоритмом развернутого клинического диагноза и его осложнений больных с РА.

- основами дифференциальной диагностики, патогенетической и симптоматической терапии остеоартроза и подагры, осуществлением первичной и вторичной профилактики.

### **Вопросы для самоподготовки.**

1. Современные представления об этиопатогенезе РА (УК-1, ПК-5).
2. Современная классификация РА. (УК-1, ПК-5).
3. Клинические проявления РА (УК-1, ПК-5).
4. Синдромы Стилла и Фелти у взрослых (УК-1, ПК-5).
5. Ревматоидный артрит у пациентов пожилого возраста (УК-1, ПК-5).
6. Современные подходы к терапии РА (УК-1, ПК-6).
7. Биологические методы лечения РА (УК-1, ПК-6).
8. Вторичная профилактика РА (УК-1, ПК-6).
9. Современные представления об этиопатогенезе ОА (УК-1, ПК-5).
10. Клинические проявления ОА (УК-1, ПК-5).
11. Современные подходы к терапии ОА (УК-1, ПК-6).
12. Первичная и вторичная профилактика ОА (УК-1, ПК-5).
13. Подагра (УК-1, ПК-5).
14. Диета при подагре (УК-1, ПК-6).
15. Лечение подагры (УК-1, ПК-6).

#### 4. Самоконтроль по тестовым заданиям данной темы.

1. ПРИ РЕВМАТОИДНОМ АРТРИТЕ НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ПОРАЖАЮТСЯ СУСТАВЫ (УК-1, ПК - 5):

1. тазобедренные суставы
2. проксимальные межфаланговые суставы
3. первый пястно-запястный сустав
4. дистальные межфаланговые суставы
5. плечевые суставы

Ответ: 2

2. ОБЛАСТЬ НАИБОЛЕЕ ЧАСТОЙ ЛОКАЛИЗАЦИИ РЕВМАТОИДНЫХ УЗЕЛКОВ (УК-1, ПК - 5):

1. сгибательная поверхность дистальных межфаланговых суставов
2. волосистая часть головы
3. разгибательная поверхность проксимальных межфаланговых суставов
4. разгибательная поверхность локтевой кости вблизи локтевого сустава
5. ушные раковины

Ответ: 4

3. ПРИ РА НЕ ПОРАЖАЮТСЯ СУСТАВЫ (УК-1, ПК - 5)?

1. грудного и поясничного отделов позвоночника
2. проксимальные межфаланговые суставы мизинца
3. илеосакральные сочленения
4. 1 плюснефаланговые суставы
5. дистальные межфаланговые суставы

Ответ: 5

4. К МАРКЕРАМ РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА НЕ ОТНОСЯТ (УК-1, ПК - 5)?

1. РФ+
2. эрозии суставных поверхностей
3. ревматоидная кисть
4. двусторонний сакроилеит
5. АЦЦП

Ответ: 4

5. ДЛЯ РА В ПОЖИЛОМ ВОЗРАСТЕ НЕ ХАРАКТЕРНЫ (УК-1, ПК - 5):

1. поражение крупных суставов
2. РФ-
3. острое начало
4. быстрое развитие костных деструкций
5. спленомегалия

Ответ: 5

6. НЕ ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ СИНДРОМА СТИЛЛА ВЗРОСЛЫХ (УК-1, ПК - 5):

1. лихорадка
2. кожная сыпь
3. спленомегалия
4. миокардит
5. РФ+

Ответ: 5

7. К НЕБЛАГОПРИЯТНЫМ ПРОГНОСТИЧЕСКИМ КРИТЕРИЯМ РА ОТНОСЯТ (УК-1, ПК - 5):

1. высокий титр РФ
2. большое число воспалительных суставов
3. женский пол
4. внесуставные проявления
5. АЦЦП+

Ответ: 4

8. ЗОЛОТЫМ СТАНДАРТОМ ТЕРАПИИ РА ЯВЛЯЕТСЯ ПРЕПАРАТ (УК-1, ПК - 6):

1. Метотрексат
2. Преднизолон
3. Сульфосалазин
4. Диклофенак
5. Мовалис

Ответ: 1

9. ДЛЯ РА ХАРАКТЕРНО (УК-1, ПК - 5):

1. утренняя скованность
2. несимметричный артрит
3. поперечное плоскостопие
4. двусторонний сакроилеит
5. конъюнктивит

Ответ: 1

10. НАИБОЛЕЕ СПЕЦИФИЧНЫМ ЛАБОРАТОРНЫМ МАРКЕРОМ ПРИ РА ЯВЛЯЕТСЯ (УК-1, ПК - 5):

1. ускоренная СОЭ
2. АТ к нативной ДНК
3. АТ к циклическому цитруллиновому пептиду

4. лейкопения
5. повышение серомукоида

Ответ: 2

11. ФАКТОРЫ РИСКА ОСТЕОАРТРОЗА (УК-1, ПК -5):

1. Низкая масса тела
2. Ожирение
3. Инфекция
4. Переломы костей в анамнезе
5. Стресс

Ответ: 2

12. ДЛЯ ОСТЕОАРТРОЗА ХАРАКТЕРНЫ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ (УК-1, ПК - 5):

1. Множественные эрозии суставных поверхностей
2. Остеофитоз
3. Остеопороз
4. Подвывихи суставов
5. Остеомаляция

Ответ: 2

13. АРТРОЗУ ДИСТАЛЬНЫХ МЕЖФАЛАНГОВЫХ СУСТАВОВ В ОТЛИЧИЕ ОТ АРТРОЗА ДРУГОЙ ЛОКАЛИЗАЦИИ ПРИСУЩЬ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИЙ ПРИЗНАК (УК-1, ПК - 5):

1. Костные разрастания
2. Сужение суставной щели
3. Расширение суставных поверхностей
4. «суставные мыши»
5. Узурация суставных поверхностей

Ответ: 5

14. ДЛЯ ОСТЕОАРТРОЗА БЕЗ СИНОВИТОВ ХАРАКТЕРНЫ ЛАБОРАТОРНЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ (УК-1, ПК - 5):

1. Анемия
2. Лейкоцитоз
3. Лейкопения
4. Тромбоцитопения
5. Нормальные показатели крови

Ответ: 5

15. КЛИНИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ, НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫЕ ДЛЯ ОА (УК-1, ПК - 5):

1. Скованность в пораженном суставе более 60 минут

2. Боль в суставе механического характера
3. Нет ограничения объема движения в суставе
4. Ревматические узелки
5. Лихорадка с ознобами

Ответ: 2

16.УЗЕЛКИ БУШАРА ЛОКАЛИЗУЮТСЯ (УК-1, ПК - 5):

1. В области дистальных межфаланговых суставов
2. В области проксимальных межфаланговых суставов
3. В области локтевых суставов
4. В области коленных суставов
5. В области суставов стоп

Ответ: 2

17. ПРИ ОСТЕОАРТРОЗЕ ПОКАЗАНЫ ВНУТРИСУСТАВНЫЕ ИНЪЕКЦИИ ДЛИТЕЛЬНО ДЕЙСТВУЮЩИХ КОРТИКОСТЕРОИДОВ В СЛЕДУЮЩЕМ СЛУЧАЕ (УК-1, ПК - 6):

1. При наличии выпота в суставе
2. Показаны в качестве базисной терапии остеоартроза
3. При крепитации в суставе
4. При наличии выраженной деформации сустава
5. При ограничении объема движения в суставе

Ответ: 1

18. К ГРУППЕ ХОНДРОПРОТЕКТОРОВ ОТНОСЯТСЯ (УК-1, ПК - 6):

1. Ибупрофен
2. Диклофенак
3. Хондроитина сульфат
4. Метотрексат
5. Дипроспан

Ответ: 3

19. ДЛЯ КУПИРОВАНИЯ БОЛИ ПРИ ОСТЕОАРТРОЗЕ ПРИ ЯЗВЕННОМ АНАМНЕЗЕ ПРЕДПОЧТИТЕЛЬНЕЙ ИСПОЛЬЗОВАТЬ (УК-1, ПК - 6):

1. НПВП селективного действия
2. НПВП не селективного действия
3. НПВП не используются для купирования боли при остеоартрозе
4. Используются только местные средства
5. Диклофенак

Ответ: 1

20. НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ СО СТОРОНЫ ЖКТ ПРИ ДЛИТЕЛЬНОМ ИСПОЛЬЗОВАНИИ НПВП (УК-1, ПК - 6):

1. Не бывает осложнений со стороны ЖКТ при использовании НПВП
2. НПВП-гастропатии
3. Желтуха
4. Диарея
5. ЖКБ

Ответ: 2

21. ТОФУСЫ ПРЕДСТАВЛЯЮТ СОБОЙ (УК-1, ПК -5):

1. Отложение в тканях холестерина
2. Отложения в тканях уратов
3. Остеофиты
4. Воспаление гранулемы
5. Уплотнение подкожной клетчатки

Ответ: 2

22. АРТРОЗУ ДИСТАЛЬНЫХ МЕЖФАЛАНГОВЫХ СУСТАВОВ В ОТЛИЧИЕ ОТ АРТРОЗОВ ДРУГОЙ ЛОКАЛИЗАЦИИ ПРИСУЩЬ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИЙ ПРИЗНАК (УК-1, ПК - 5):

1. Костные разрастания
2. Сужение суставной щели
3. Расширение суставных поверхностей
4. «суставные мыши»
5. Выраженная узурация суставных поверхностей

Ответ: 5

23. БАЗИСНОЙ ТЕРАПИЕЙ РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА ЯВЛЯЕТСЯ (УК-1, ПК - 6):

1. Тауредон
2. Преднизолон
3. Аспирин
4. Ибупрофен
5. Метатрексат

Ответ: 5

24. ПРЕПАРАТ ДЛЯ КУПИРОВАНИЯ ВЫСОКОЙ АКТИВНОСТИ РА (УК-1, ПК - 6):

1. Преднизолон
2. Антибиотики
3. Делагил

4. Цитостатики
5. Купренил

Ответ: 1

25. ДЛЯ РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА ИЗ ВНЕСУСТАВНЫХ СИМПТОМОВ НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ВСТРЕЧАЕТСЯ (УК-1, ПК - 5):

1. Ревматоидные узелки
2. Интерстициальный фиброз легких
3. Васкулит
4. Нейропатия
5. Перикардит

Ответ: 1

26. РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИМИ ПРИЗНАКАМИ РА ЯВЛЯЮТСЯ (УК-1, ПК - 5):

1. Остеосклероз
2. Межпозвоночные оссификаты
3. Остеофитоз
4. Эрозии суставных поверхностей
5. Односторонний сакроилеит

Ответ: 4

27. У БОЛЬНОЙ 36 ЛЕТ, ДЛИТЕЛЬНО БОЛЕЮЩЕЙ РЕВМАТОИДНЫМ ПОЛИАРТРИТОМ, В МОЧЕ ОБНАРУЖЕНА ПРОТЕИНУРИЯ ДО 3,5 Г/Л. В ДАННОМ СЛУЧАЕ МОЖНО ПРЕДПОЛОЖИТЬ РАЗВИТИЕ (УК-1, ПК - 5):

1. Хронического пиелонефрита
2. Хронического гломерулонефрита
3. Интерстициального нефрита
4. ХПН
5. Амилоидоза почек

Ответ: 5

28. ДЛЯ РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА (РА) ХАРАКТЕРНО (УК-1, ПК - 5):

1. Утренняя скованность
2. Несимметричный артрит
3. Поперечное плоскостопие
4. Двусторонний сакроилеит
5. Конъюнктивит

Ответ: 1

29. НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ПРИ РЕВМАТОИДНОМ АРТРИТЕ ПОРАЖАЮТСЯ (УК-1, ПК - 5):

1. Проксимальные межфаланговые суставы
2. Коленные суставы
3. Первые пястно-фаланговые суставы стоп и кистей
4. Суставы поясничного и шейного отделов позвоночника
5. Правильного ответа нет

Ответ: 1

30. ДЛЯ КЛИНИЧЕСКОЙ КАРТИНЫ АРТРОЗА ЯВЛЯЕТСЯ ХАРАКТЕРНЫМ (УК-1, ПК - 5):

1. Появление механических болей
2. Повышение кожной температуры над суставами
3. Появление припухлости суставов
4. Гиперпигментация кожи над пораженными суставами.
5. Правильного ответа нет

Ответ: 1

### **5. Самоконтроль по ситуационным задачам.**

**Задача №1.** (УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9).

В стационар поступила больная 25 лет с жалобами на боли и припухлость в правом коленном суставе, а также в проксимальных межфаланговых суставах обеих кистей, повышение температуры до 37,5, утреннюю скованность до 1,5 часов. Заболевание началось месяц назад после переохлаждения. Две недели был только моноартрит, затем присоединился артрит суставов кистей. СОЭ 40 мм/ч, серомукоид 0,45, РФ в титре 1:64. больная направлена для уточнения диагноза и назначения лечения.

1. Сформулировать диагноз согласно МКБ-10.
2. Какие биохимические и иммунологические исследования следует назначить для уточнения диагноза?
3. Какое лечение назначите пациентке?
4. Какие критерии для диагностики заболевания имеются?
5. Дифференциальная диагностика?

### **Эталон ответов к задаче № 1.**

1. Серопозитивный Ревматоидный артрит (М 05).
2. Определить белки и их фракции, определение антицитрулинового пептида, который является специфическим маркером РА,

концентрации иммуноглобулинов Ig A, Ig G, Ig M, ЦИК. Дополнительно рентгенография суставов кистей.

3. НПВП в таблетках и инъекциях, метатрексат 10 мг в неделю в сочетании с фолиевой кислотой.

4. Критерии для постановки диагноза РА Американской коллегии ревматологов.

5. С другими ревматологическими заболеваниями.

### **Задача №2.** (УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9).

У больной 62 лет в течение 10 лет диагностируется Ревматоидный артрит. Имеется типичное поражение кистей, ульнарная девиация. При обследовании спленомегалия, гепатомегалия, на кончиках пальцев рук изъязвления по типу укуса комара. В анализе крови ускорение СОЭ до 40, лейкоциты 3,8.

1. Сформулируйте диагноз
2. Назначьте необходимую терапию
3. Для пациентов какого возраста наиболее характерен синдром Фелти?
4. Чем объяснить наличие на кончиках пальцев рук изъязвления по типу укуса комара?
5. Какие симптомы указывают на синдром Фелти?

### **Эталон ответов к задаче №2.**

1. Синдром Фелти
2. Преднизолон 30 мг, Азотиоприн 100 мг/сут, антагонисты кальция, Курантил.
3. Для пожилых пациентов
4. Дигитальным васкулитом
5. Поражение суставов + спленомегалия, гепатомегалия, на кончиках пальцев рук изъязвления по типу укуса комара.

### **Задача №3.** (УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9).

В приемный покой клинической больницы доставлен пациент 23 лет, у которого в течение 3 дней повышение температуры тела до 38,0, на теле макулопапулезная сыпь, симметричный артрит коленных суставов, лейкоциты до 10, СОЭ 50, РФ (-), серомукоид 0,6.

1. Ваш предположительный диагноз?
2. С какими заболеваниями следует провести дифференциальную диагностику?

3. Какое лечение следует назначить?
4. Какие симптомы указывают на синдром Стилла?
5. Какие еще могут быть проявления при этом синдроме?

**Эталон ответов к задаче №3.**

1. Синдром Стилла взрослых
2. Инфекционные заболевания: корь, краснуха.
3. ГКС в суточной дозе 40-50 мг по преднизолону, половину дозы можно назначить в/в.
4. Лихорадка, макулопапулезная сыпь, РФ-
5. Миокардит, перикардит, плеврит.

**Задача №4. (УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9).**

Из поликлиники на консультацию в приемный покой доставлен пациент 20 лет с болями и припухлостью правого коленного сустава. Травмы не было. При осмотре сустав горячий на ощупь, увеличен в объеме, с внутренней стороны покраснение и припухлость, определяется синовиальный выпот. Лейкоциты 10, СОЭ 40 мм/ч, РФ (+) в титре 1:128.

1. Ваш предположительный диагноз
2. Какое обследование необходимо провести
3. С какими заболеваниями следует провести диф. диагностику
4. Какое лечение следует назначить
5. Прогноз для жизни и трудоспособности?

**Эталон ответов к задаче №4.**

1. Ревматоидный артрит, моноартрит, серопозитивный.
2. Исследование синовиальной жидкости, которое позволит провести диф.диагноз с другими артритами. При РА синовиальная жидкость сниженной вязкости, рыхлый муциновый сгусток, лейкоцитоз, нейтрофиллез.
3. Гонорейный артрит (консультация уролога, отсутствие хронологической связи с урогенитальной патологией), бактериальный артрит (нет входных ворот инфекции, гектической температуры, из синовиальной жидкости не высеивался возбудитель).
4. Эвакуация синовиальной жидкости, введение гидрокортизона в сустав, назначение препаратов золота - Тауредона.
5. Благоприятный.

**Задача №5. (УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9).**

У мужчины 42 лет с достоверным диагнозом РА начато лечение солями золота. Через три месяца лечение прервано из-за развития протеинурии. Начато лечение сульфасалазином, которое через три месяца было прервано из-за развития тромбоцитопении.

1. Правильной ли считать отмену препарата золота?
2. Как Вы считаете, мог ли сульфасалазин дать гематологический побочный эффект тромбоцитопению?
3. Больной настаивает на немедленном назначении д-пенициллина. Ваш ответ больному.
4. Прогноз для жизни и трудоспособности при данном заболевании?
5. Диспансеризация?

#### **Эталон ответов к задаче №5.**

1. Препарат золота отменен правильно, так как появилось поражение почек.
2. Более вероятно, что тромбоцитопения явилась поздним осложнением в лечении препаратом золота, а не сульфасалазином, который часто дает лейкопению, но не тромбоцитопению.
3. Без перерыва назначить д-пенициллин нельзя. Необходим перерыв не менее 6 месяцев.
4. Неблагоприятный
5. Один раз в 2 недели в течение первого месяца, затем 1 раз в месяц в течение 1 года.

#### **Задача №6. (УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9).**

После длительной ходьбы у больного 47 лет с избыточным весом тела появились боли в коленных суставах, боли носят постоянный характер, усиливающиеся при нагрузке. Коленные суставы отечны, горячие наощупь, гиперемии нет. Температура тела нормальная, показатели крови не изменены. На рентгенограмме коленных суставов подхрящевой остеосклероз, межсуставная щель сужена умеренно.

1. Ваш диагноз?
2. С какими заболеваниями следует провести дифференциальный диагноз?
3. Назовите факторы риска остеоартроза у пациента.
4. Как купировать явления синовита?
5. Базисная терапия остеоартроза?

#### **Эталон ответов к задаче №6.**

1. Диагноз: остеоартроз коленных суставов, синовит, рентгенологическая стадия II, ФН II.
2. Подагрический артрит, ревматоидный артрит.
3. Избыточный вес
4. НПВС (напр., мелоксикам 15 мг 1 таблетка 1 раз в день после еды), компресс с димексидом пополам с водой, внутрисуставное введение ГКС.
5. Снижения веса, ограничение нагрузки. Болезнь-модифицирующие препараты (хондропротекторы): хондроитина сульфат, глюкозамина сульфат, диацериин, неомыляемые мыла авокадо и сои (пиаскледин), гиалуроновая кислота, стронция ранелат.

**Задача №7.** (УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9).

Больную 62 лет последние 2 года беспокоят боли в коленных суставах, больше в правом, возникающие при ходьбе, усиливающиеся при спуске по лестнице. При осмотре правый коленный сустав несколько увеличен в размере за счет выпота. Кожа над ним теплее, чем над левым суставом.

1. Поставьте диагноз.
2. Назначьте дополнительные исследования.
3. Какая боль характерна для остеоартроза.
4. Какие изменения можно ожидать на рентенограмме.
5. Выпишите рецепт на целекоксиб.

**Эталон ответов к задаче №7.**

1. Остеоартроз коленных суставов, синовит правого коленного сустава. Рентгенологическую стадию и ФК уточнить.
2. Клинический анализ крови, СРБ, рентгенография коленных суставов, УЗИ.
3. Боль механического ритма, стартовая боль.
4. Сужение межсуставной щели, остеофиты, субхондральный остеосклероз.
5. Rp.: Tab. Celecocsibi 0.06 N30 D.S. По 1 табл. 1 раза в день после еды.

**Задача №8.** (УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9).

Больная 68 лет жалуется на боли преимущественно в межфаланговых суставах рук, коленных, особенно при изменении атмосферного давления и после нагрузки, периодически бывает небольшая припухлость этих суставов. Заболела 10 лет назад, температура всегда была нормальная. У матери болели

суставы в пожилом возрасте. Объективно: тучная женщина. Межфаланговые суставы рук деформированы за счет костных образований, болезненны при движении. Хруст при движении в коленных суставах, по медиальной поверхности левого коленного сустава - гиперемия и болезненность при пальпации. Рентгенография коленных суставов: сужение суставной щели, выраженные остеофиты. Анализ крови: Л-  $6,2 \cdot 10^9/\text{л}$ , СОЭ 12 мм/ч, СРБ +, РФ отр.

1. Ваш диагноз?
2. Как называются описанные изменения в межфаланговых суставах кистей?
3. С чем следует провести дифференциальный диагноз?
4. Факторы риска заболевания у данной больной?
5. Выпишите рецепт на мелоксикам.

#### **Эталон ответов к задаче №8.**

- 1.Остеоартроз коленных и межфаланговых суставов кистей, узелковая форма, синовит левого коленного сустава, R – III ст.
- 2.Узелки Гебердена и Бушара.
- 3.С ревматоидным артритом, псориатическим артритом.
- 4.Возраст, женский пол, повышенный вес тела, отягощенная наследственность.
- 5.Rp.: Tab. Meloxicami 0.015 N30  
D.S. По 1 табл. 1 раза в день после еды.

#### **Задача №9. (УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9).**

Больная 53 лет жалуется на боли в дистальных межфаланговых суставах кистей, ограничение их подвижности. При осмотре: плотные, симметричные, узловатые утолщения в области дистальных межфаланговых суставов кистей. При рентгенографии определяются краевые разрастания костной ткани концевых фаланг пальцев.

1. Сформулируйте диагноз.
2. Как называются описанные изменения в области дистальных межфаланговых суставов кистей.
3. Прогноз для жизни и трудоспособности.
4. Какое лечение следует назначить?
5. Выписать хондроитина сульфат.

#### **Эталон ответов к задаче №9.**

- 1.Остеоартроз дистальных межфаланговых суставов кистей, узелковая форма.
- 2.Узелки Гебердена.
- 3.Прогноз для жизни благоприятный, ограничение трудоспособности.
- 4.НПВП – для купирования боли, “базисная терапия” – хондропротекторы, ограничение нагрузки на больные суставы.
- 5.Rp.: Tab. Chondroitini sulfatis 0,5 N30  
D.S. По 2 табл. 3 раза в день после еды, 2-3 месяца.

**Задача №10.** (УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9).

Больной 60 лет страдает остеоартрозом тазобедренных и коленных суставов с выраженным болевым синдромом. Сопутствующие заболевания: гипертоническая болезнь, язвенная болезнь желудка вне обострения (УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9).

1. Какие нестероидные препараты показаны данному пациенту?
2. Какие болезнь-модифицирующие препараты показаны?
3. Дайте рекомендации по немедикаментозному лечению остеоартроза.
4. Назовите показания для хирургического лечения.
5. Выпишите рецепт на нимесулид.

**Эталон ответов к задаче №10.**

- 1.Показаны селективные ингибиторы ЦОГ-2 (нимесулид, мелоксикам).
- 2.Показаны “хондропротекторы”:
- 3.Соблюдать режим физических нагрузок, ЛФК, ортезы на коленные суставы, трость.
- 4.Выраженный болевой синдром в сочетании с 3-4 R-стадией.
- 5.Rp.: Tab. Nimesulidi 0,01 N30  
D.S. По 1 табл. 2 раза в день после еды

**Задача №11.** (УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9).

Больной 40 лет. Заболел остро, накануне был на банкете. По натуре гурман, любит мясо, соленую рыбу. Избыточного питания. Ночью, в 3 часа, внезапно появилась сильная боль в плюснефаланговом суставе большого пальца левой ноги. Боль резкая, усиливается при малейшем движении. Сустав в течении 4 часов распух, горячий, красный, блестящий. Повысилась температура до 39, 5 с. При осмотре обнаружены тофусы на ушных раковинах. Со стороны внутренних органов патологии не выявлено. Анализ крови: Л 12\*10/л, СОЭ 32 мм/ч, СРБ (+++), сиаловые кислоты 240, серомукоид 0,28

1. Ваш диагноз?
2. Дополнительные методы обследования?
3. Лечебные мероприятия?
4. Прогноз для жизни и трудоспособности?
5. Диспансеризация?

**Эталон ответа к задаче №11.**

1. Диагноз: подагра, острый приступ.
2. Исследование мочевой кислоты в сыворотке крови.
3. Для снятия болевого синдрома: щелочное питье, чай с лимоном, индометацин по 2 таб. 4 раза в день или эторикоксиб (аркоксиа) 120 мг/сут, можно НПВС в инъекциях, колхицин в таб., компрессы димексидом пополам с водой на сустав. Холод на сустав.
4. Благоприятный.
5. Диспансеризация 1 раз в 6 месяцев.

**Задача №12. (УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9).**

Больная А., 65 лет, предъявляет жалобы на боли в суставах кистей, коленных суставах, наличие узелковых образований в области проксимальных и дистальных межфаланговых суставов. Больная отмечает, что боль в суставах кистей усиливается после пребывания рук в холоде. Развернутый анализ крови: Hb 130 г/л, Eг 4\*10<sup>12</sup>/л, L 6\*10<sup>9</sup>/л, СОЭ 18 мм/ч.

1. Ваш предположительный диагноз?
2. Назовите образования в области проксимальных и дистальных межфаланговых суставов?
3. Какая группа препаратов назначается при остеоартрозе? Назовите несколько препаратов.
4. Ваши рекомендации по вторичные профилактики?
5. Диспансеризация.

**Эталон ответа к задаче №12.**

1. Полиостеоартроз с поражением коленных суставов и суставов кистей.
2. Узлы Бушара и узлы Гибердена.
3. Хондропротекторы. Например, глюкозамин сульфат (дона), хондроитин сульфат (структум).
4. Избегать чрезмерных нагрузок на суставы, избегать пребывания суставов в холоде.
5. 1 раз в год, проведение рентгенологического исследования суставов.

**Задача №13.** (УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9).

Из поликлиники на консультацию в приемный покой доставлен пациент 20 лет с болями и припухлостью правого коленного сустава. Травмы не было. При осмотре сустав горячий на ощупь, увеличен в объеме, с внутренней стороны покраснение и припухлость, определяется синовиальный выпот. Лейкоциты 10, СОЭ 40 мм/ч, РФ (+) в титре 1:128.

1. Ваш предположительный диагноз?
2. Какое обследование необходимо провести?
3. С какими заболеваниями следует провести дифференциальную диагностику?
4. Какое лечение следует назначить?
5. Прогноз для жизни и трудоспособности?

**Эталон ответа к задаче №13.**

1. Ревматоидный артрит, моноартрит, Серопозитивный
2. Исследование синовиальной жидкости, которое позволит провести диф.диагноз с другими артритами. При РА синовиальная жидкость сниженной вязкости, рыхлый Муциновый сгусток, лейкоцитоз, нейтрофиллез
3. Гонорейный артрит (консультация уролога, отсутствие хронологической связи с урогенитальной патологией), бактериальный артрит (нет входных ворот инфекции, гектической температуры, из синовиальной жидкости не высевался возбудитель).
4. Эвакуация синовиальной жидкости, введение гидрокортизона в сустав.
5. Неблагоприятный.

**Задача №14.** (УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9).

Мужчина 45 лет, жалуется на появившиеся ночью интенсивные боли в правом коленном суставе, усиливающиеся при малейшем движении. Накануне был на юбилеи. Подобные приступы артрита возникают 4-5 раз в год с локализацией в первом плюснефаланговом суставе, голеностопном и коленном суставах. Объективно: при ходьбе пользуется костылем. ИМТ -36 кг/мІ. Правый коленный сустав увеличен в объеме, горячий, резко болезненный при пальпации, объем движений в нем ограничен.

1. Предварительный диагноз?
2. Что лежит в основе данного заболевания?
3. Необходимое обследование?
4. Купирование приступа?

5. В чем заключается вторичная профилактика заболевания?

**Эталон ответа к задаче №14.**

1. Подагра, рецидивирующий артрит правого коленного сустава. ФНЗ. Ожирение.
2. Нарушение пуринового обмена, повышение мочевой кислоты в крови (гиперурикемия), отложение уратов в суставах и околосуставных тканях с развитием воспаления.
3. Общий анализ крови. Мочевая кислота, мочевины, креатинин, сахар, клиренс креатинина. Исследование синовиальной жидкости в поляризационном микроскопе. Рентгенография суставов стоп, коленных суставов. Узи почек.
4. Купирование приступа: НПВС внутрь (диклофенак 150-200 мг/с, нимесулид 200 мг/сут) или в/м (диклофенак 150 мг/сут), Колхицин 0,5 мг каждый час до купирования приступ, или до появления побочных эффектов, или до максимальной суточной дозы— 6 мг. После купирования приступа – антигиперурикемическая терапия (аллопуринол 0,1- 0,9 мг/с под контролем уровня мочевой кислоты).
5. Обучение пациента: устранение факторов риска, вызывающих обострение, снизить массу тела, диета (малокалорийная, низкоуглеводная, с ограничением продуктов, содержащих пурины), исключение алкоголя.

**Задача №15.** (УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9).

Больная Б., 50 лет, страдает ревматоидным артритом в течение 10 лет, принимает метотрексат 5 мг/в неделю, НПВС. Объективно: выраженная ульнарная девиация кистей, деформация коленных суставов, стоп. В анализе крови: Нв 98 г/л, СОЭ 50 мм/ч.

1. Оцените терапию, назначенную больной?
2. С какой целью при приеме метотрексата назначается фолиевая кислота?
3. В какое время необходимо назначит фолиевую кислоту?
4. Какие препараты биологической терапии могут быть применены?
5. Диспансеризация?

**Эталон ответа к задаче №15.**

1. Терапия недостаточная, так как низкая доза метотрексата. По современным рекомендациям доза метотрексата 7,5-15 мг/неделю. Кроме того, больная не принимает фолиевую кислоту.

2. Фолиевая кислота рекомендуется с целью нивелирования побочных эффектов метотрексата.
3. Фолиевая кислота назначается в дни, свободные от приема метотрексата в суточной дозе 5-10 мг/в неделю.
4. Ингибиторы ФНО $\alpha$  (Ритуксимаб, инфликсимаб).
5. Один раз в 2 недели в течение первого месяца, затем 1 раз в месяц в течении 1 года – контроль развернуто анализа крови, АЛТ, АСТ.

## **6. Перечень практических умений по изучаемой теме.**

1. Определить кожную температуру над суставами, объем активных и пассивных движений суставов, определить дефигурацию и деформацию суставов (УК-1, ПК-5)
2. Интерпретировать рентгенограммы при РА (УК-1, ПК-5)
3. Уметь определить степень активности РА (УК-1, ПК-5)
4. Уметь сформулировать диагноз РА (УК-1, ПК-5)
5. Выписать рецепты на НПВП, метотрексат, сульфосалазин. (УК-1, ПК-6)
6. Дать рекомендации по образу жизни. (УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-6, ПК-8, ПК-9)
7. Выявить факторы риска при ОА (УК-1, ПК-5)
8. Интерпретировать рентгенограммы при ОА (УК-1, ПК-5)
9. Уметь сформулировать диагноз ОА (УК-1, ПК-5)

## **7. Рекомендации по выполнению НИР.**

1. Исследование и характерные изменения синовиальной жидкости при РА.
2. Генноинженерная терапия при РА.
3. Понятие базисной терапии при РА.
4. Выбор НПВП при РА.
5. Немедикаментозные методы лечения остеоартроза.
6. Диета при подагре.
7. Факторы риска остеоартроза и подагры.

8. Первичная и вторичная профилактика остеоартроза.
9. Диагностика подагры.

## **15. Рекомендованная литература по теме занятия:**

Перечень основной литературы:

1. Аллергология и иммунология [Электронный ресурс] : нац. рук. : крат. изд. / гл. ред. Р. М. Хаитов, Н. И. Ильина. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2013. - 640 с.
2. Внутренние болезни [Электронный ресурс] : учеб. для мед. вузов : в 2 т. / ред. С. И. Рябов. - 5-е изд., испр. и доп. - СПб. : СпецЛит, 2015. - Т. 1. - 783 с.
3. Внутренние болезни [Электронный ресурс] : учеб. для мед. вузов : в 2 т. / ред. С. И. Рябов. - 5-е изд., испр. и доп. - СПб. : СпецЛит, 2015. - Т. 2. - 575 с.
4. Внутренние болезни [Электронный ресурс] : учебник : в 2 т. / ред. В. С. Моисеев, А. И. Мартынов, Н. А. Мухин. - 3-е изд., испр. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015. - Т. 1. - 960 с. : ил. - ISBN 9785970425794 - Рек. ГБОУ ВПО первым мед.гос.ун-том. им. И.М. Сеченова
5. Внутренние болезни [Электронный ресурс] : учебник : в 2 т. / ред. В. С. Моисеев, А. И. Мартынов, Н. А. Мухин. - 3-е изд., испр. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015. - Т. 2. - 896 с. : ил. - ISBN 9785970425800 - Рек. ГБОУ ВПО первым мед.гос.ун-том. им. И.М. Сеченова
6. Циммерман, Я. С. Гастроэнтерология [Электронный ресурс] : руководство / Я. С. Циммерман. - 2-е изд., перераб. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015. - 816 с. : ил. - (Б-ка врача-специалиста).
7. Гематология [Электронный ресурс] : нац. рук. / гл. ред. О. А. Рукавицын. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015. - 776 с. - (Национальные руководства).
8. Кардиология [Электронный ресурс] : нац. рук. / ред. Е. В. Шляхто. - 2-е изд., перераб. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015. - 800 с. - (Национальные руководства).
9. Пульмонология [Электронный ресурс] : нац. рук. : крат. изд. / гл. ред. А. Г. Чучалин. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2014. - 800 с.
10. Эндокринология [Электронный ресурс] : нац. рук. / ред. И. И. Дедов, Г. А. Мельниченко. - 2-е изд., перераб. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2016. - 1112 с. - (Национальные руководства).

Перечень дополнительной литературы:

1. Терапия. Клиническая ординатура [Электронный ресурс] : сб. метод. указаний для обучающихся к практ. занятиям. В 8 ч. Ч.2. Ревматические болезни / сост. С. Ю. Никулина, В. А. Чупахина, Т. Ю. Большакова ; Красноярский медицинский университет. - Красноярск : КрасГМУ, 2013. - 120 с. – ЦКМС

2. Терапия. Клиническая ординатура [Электронный ресурс] : сб. метод. рекомендаций для обучающихся к внеаудитор. (самостоят.) работе к практ. занятиям. В 8 ч. Ч.2. Ревматические болезни / сост. С. Ю. Никулина, В. А. Чупахина, Т. Ю. Большакова ; Красноярский медицинский университет. - Красноярск : КрасГМУ, 2013. - 62 с. - ЦКМС

**1. Индекс: ОД.О.01.1.2.13 Тема: Острая ревматическая лихорадка и хроническая ревматическая. Системная красная волчанка.**

**2. Форма работы:**

-Подготовка к практическим занятиям.

-Подготовка материалов по НИР.

**3. Перечень вопросов для самоподготовки по теме практического занятия.**

Обладать: - УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9.

Знать:

- основы этиологии, патогенеза, методы диагностики, лечения и профилактики ОРЛ.

- проблемы этиологии, патогенеза, диагностики СКВ, в том числе ранней стадии заболевания.

Уметь:

- выявлять специфические признаки ОРЛ, интерпретировать результаты лабораторных и инструментальных данных.

- провести обследование больных с СКВ: кожные сыпи и васкулопатии, пальпация лимфатических узлов, подкожной клетчатки, мышц, а также приемы оценки поражения суставов, сердца, легких и органов брюшной полости.

Владеть:

- навыками неотложной помощи при ОРЛ.

- диагностическими критериями СКВ и формулировкой диагноза, основами дифференциальной диагностики, патогенетической и симптоматической терапии системной красной волчанки, осуществлением вторичной профилактики.

**Вопросы для самоподготовки.**

1. Определение ОРЛ (УК-1, ПК-5).

2. Классификация ОРЛ (УК-1, ПК-5).

3. Патогенез ОРЛ (УК-1, ПК-5).

4. Лечение ОРЛ (УК-1, ПК-6).
5. Профилактика ОРЛ (УК-1, ПК-6).
6. Определение СКВ (УК-1, ПК-5).
7. Диагностика СКВ (УК-1, ПК-5).
8. Лечение СКВ (УК-1, ПК-6).
9. Профилактика СКВ (УК-1, ПК-6).

**4. Самоконтроль по тестовым заданиям данной темы.**

1. ВОЗБУДИТЕЛЕМ ОСТРОЙ РЕВМАТИЧЕСКОЙ ЛИХОРАДКИ ЯВЛЯЕТСЯ: (УК-1, ПК-5)

1. Золотистый стафилококк.
2. Синегнойная палочка.
3.  $\beta$ -Гемолитический стрептококк группы А.
4. Грибы рода Candida.
5. Вирус Эпштейна-Барр.

Ответ: 3

2. М-ПРОТЕИН ВОЗБУДИТЕЛЯ ОСТРОЙ РЕВМАТИЧЕСКОЙ ЛИХОРАДКИ СОДЕРЖИТ АНТИГЕННЫЕ ДЕТЕРМИНАНТЫ (ЭПИТОПЫ), ИМЕЮЩИЕ СХОДСТВО С КОМПОНЕНТАМИ: (УК-1, ПК-5)

1. Сердечной мышцы, мозга, синовиальных оболочек.
2. Сердечной мышцы, легких, мозга, синовиальных оболочек.
3. Сердечной мышцы, печени, синовиальных оболочек.
4. Сердечной мышцы, гладкой мускулатуры, мозга.
5. Сердечной мышцы, скелетной мускулатуры, синовиальных оболочек.

Ответ: 1

3. ПОВЕРХНОСТНОЙ И ОБРАТИМОЙ ФАЗОЙ ДЕЗОРГАНИЗАЦИИ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ ПРИ ОСТРОЙ РЕВМАТИЧЕСКОЙ ЛИХОРАДКЕ ЯВЛЯЕТСЯ ФАЗА: (УК-1, ПК-5)

1. Фибриноидных изменений.
2. Склероза.
3. Колликативного некроза.
4. Пролиферации.
5. Мукоидного набухания.

Ответ: 5

4. СТАДИЯ ПРОЛИФЕРАТИВНЫХ РЕАКЦИЙ ПРИ ДЕЗОРГАНИЗАЦИИ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ ОБРАЗОВАНИЕМ: (УК-1, ПК-5)

1. Очага Гона.
2. Гранулемы, содержащей клетки Березовского-Штернберга.
3. Гумм.
4. Гранулемы Ашоффа-Талалаева.
5. Очага Ашоффа-Пуля.

Ответ: 4

5. НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ПРИ ОСТРОЙ РЕВМАТИЧЕСКОЙ ЛИХОРАДКЕ ПОРАЖАЕТСЯ: (УК-1, ПК-5)

1. Аортальный клапан.
2. Клапан легочной артерии.
3. Митральный клапан.
4. Трикуспидальный клапан.
5. Полулунный клапан.

Ответ: 3

6. НАИБОЛЕЕ РЕДКО ПРИ ОСТРОЙ РЕВМАТИЧЕСКОЙ ЛИХОРАДКЕ ПОРАЖАЕТСЯ: (УК-1, ПК-5)

1. Аортальный клапан.
2. Митральный клапан.
3. Клапан легочной артерии.
4. Трехстворчатый клапан;
5. АВ-клапаны.

Ответ: 3

7. СРОК ФОРМИРОВАНИЯ МИТРАЛЬНЫХ ПОРОКОВ ОТ НАЧАЛА ЗАБОЛЕВАНИЯ РЕВМАТИЗМОМ СОСТАВЛЯЕТ: (УК-1, ПК-5)

1. 1-2 нед.
2. 2-4 мес.
3. 6-12 мес.
4. 3-5 лет.
5. Более 10 лет.

Ответ: 3

8. «БОЛЬШИМИ» КРИТЕРИЯМИ ОСТРОЙ РЕВМАТИЧЕСКОЙ ЛИХОРАДКИ ЯВЛЯЮТСЯ: (УК-1, ПК-5)

1. Ревмокардит, артралгии, малая хорея, узловая эритема.
2. Ревмокардит, полиартрит, кольцевидная эритема, тофусы.

3. Вальвулит, артралгии, малая хорея, лихорадка.
4. Ревмокардит, полиартрит, малая хорея, кольцевидная эритема.
5. Эндокардит, полиартрит, ревматические узелки, ксантелазмы.

Ответ: 4

9. «МАЛЫМИ» КРИТЕРИЯМИ ОСТРОЙ РЕВМАТИЧЕСКОЙ ЛИХОРАДКИ ЯВЛЯЮТСЯ: (УК-1, ПК-5)

1. Артралгии, лихорадка ( $>38^{\circ}\text{C}$ ), удлинение интервала P-Q ( $>0,2\text{ с}$ ).
2. Полиартрит, признаки митральной и/или аортальной регургитации при доплер-ЭхоКГ.
3. Артралгии, повышенный титр противострептококковых антител, акроцианоз.
4. Боли в суставах, лихорадка ( $>38^{\circ}\text{C}$ ), тофусы.
5. Признаки митральной и/или аортальной регургитации при доплер-ЭхоКГ, СРБ ( $>2\text{ норм}$ ), кольцевидная эритема.

Ответ: 1

10. КЛИНИЧЕСКИМИ ПРОЯВЛЕНИЯМИ РЕВМОКАРДИТА ЯВЛЯЮТСЯ: (УК-1, ПК-5)

1. Одышка при физической нагрузке, перебои в работе сердца, повышенная утомляемость.
2. Диффузный цианоз, одышка при физической нагрузке, сердцебиение.
3. Перебои в работе сердца, глухие сердечные тоны, иктеричность склер и видимых слизистых.
4. Акроцианоз, одышка при физической нагрузке, систолический шум на верхушке, изжога.
5. Повышенная утомляемость, бледность кожных покровов и видимых слизистых, обмороки.

Ответ: 1

11. КАКОЙ ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ ПРИЗНАКОВ НАИБОЛЕЕ ЗНАЧИМ ДЛЯ ДИАГНОЗА СКВ? (УК-1, ПК-5)

1. Аллопеция
2. Гипер- $\gamma$ -глобулинемия
3. Повышенный титр анти-ДНК антител
4. Синдром Рейно
5. Анемия.

Ответ: 3

12. ПРИ СКВ СПРАВЕДЛИВО УТВЕРЖДЕНИЕ: (УК-1, ПК-5)

1. Наиболее тяжелый прогноз при развитии гломерулонефрита
2. При неэффективности цитостатиков назначают кортикостероиды
3. В развитии заболевания не имеет значение семейно-генетическая предрасположенность
4. При активности не характерно снижение титра комплемента
5. Дебют заболевания может проявляться только поражением кожи

Ответ: 1

13. КАКИЕ ФАКТОРЫ НЕ МОГУТ СПРОВОЦИРОВАТЬ РАЗВИТИЕ И ОБОСТРЕНИЕ СКВ: (УК-1, ПК-5)

1. Гидралазин
2. Беременность
3. Инсоляция
4. Переохлаждение
5. Большое количества употребления поваренной соли

Ответ: 5

14. ДЛЯ ЛЕКАРСТВЕННОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКИ ХАРАКТЕРНО: (УК-1, ПК-5)

1. Артрит
2. Гломерулонефрит
3. Плевроперикардит
4. Церебральный васкулит
5. Отсутствие антинуклеарных антител.

Ответ: 5

15. ПРИ 3 СТЕПЕНИ АКТИВНОСТИ СКВ КАКИЕ СУТОЧНЫЕ ДОЗЫ ГОРМОНОВ СЛЕДУЕТ НАЗНАЧИТЬ (УК-1, ПК-5)

1. 15 мг. преднизолона
2. 60 мг. преднизолона
3. 30 мг. преднизолона
4. 20 мг. преднизолона
5. 40 мг преднизолона

Ответ: 2

16. КАКИЕ ЛАБОРАТОРНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ СКВ? (УК-1, ПК-5)

1. Гемолитическая анемия;
2. Лейкоцитоз;
3. Лимфоцитоз;
4. Эозинофилия;

5. Повышение уровня комплемента.

Ответ: 1

17. КАКАЯ ОСОБЕННОСТЬ ХАРАКТЕРНА ДЛЯ СУСТАВНОГО СИНДРОМА ПРИ СКВ: (УК-1, ПК-5)

1. Развитие деформаций
2. Преимущественное поражение суставов кистей, лучезапястных и голеностопных суставов
3. Наличие ревматоидных узелков
4. Часто сопровождается миалгиями
5. Выраженные костные изменения на рентгенограммах.

Ответ: 2

18. ПРИ СКВ НЕ ХАРАКТЕРНЫ СЛЕДУЮЩИЕ ПОРАЖЕНИЯ: (УК-1, ПК-5)

1. Перикардит
2. Формирование стеноза клапанных отверстий
3. Абактериальный эндокардит Либмана-Сакса
4. Миокардит
5. Гломерулонефрит.

Ответ: 2

19. БОЛЬНАЯ 25-И ЛЕТ С СКВ И ПОРАЖЕНИЕМ СУСТАВОВ И ПОЧЕК (НЕФРОТИЧЕСКИЙ СИНДРОМ) В ТЕЧЕНИЕ 2-Х МЕСЯЦЕВ ПОЛУЧАЕТ ПРЕДНИЗОН В ДОЗЕ 60 МГ/СУТ. В СВЯЗИ С ОБОСТРЕНИЕМ БОЛЕЗНИ. КАКОЕ ИЗ ПРИВЕДЕННЫХ СОСТОЯНИЙ СКОРЕЕ ВСЕГО ЯВЛЯЕТСЯ ОСЛОЖНЕНИЕМ ЛЕЧЕНИЯ? (УК-1, ПК-5)

1. Тромбоцитопения
2. Синдром Рейно
3. Эритема на щеках и носу
4. Гипопротеинемия (48 г/литр)
5. Некроз головки бедренной кости.

Ответ: 5

20. КАКОЕ ИЗ НИЖЕПЕРЕЧИСЛЕННЫХ УТВЕРЖДЕНИЙ ОТНОСИТЕЛЬНО СКВ ЯВЛЯЕТСЯ ПРАВИЛЬНЫМ? (УК-1, ПК-5)

1. Поражение почек встречается редко
2. Выявление антинуклеарных антител
3. Эффективные методы лечения отсутствуют
4. Артрит исключает СКВ

5. В стернальном пунктате выявляется мегалобластический тип кроветворения

Ответ: 3

## 5. Самоконтроль по ситуационным задачам.

### Задача №1. (УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9).

Больная Д., 13 лет, школьница, поступила в стационар с жалобами на повышение температуры тела до 38,5 °С, боли в коленных, голеностопных и локтевых суставах, насильственные движения мышц рук, туловища, лица, плаксивость, выраженную слабость, утомляемость. Из анамнеза известно, что за 2 нед до госпитализации больная перенесла тяжелую ангину. При осмотре состояние средней тяжести. Кожные покровы и видимые слизистые бледные, влажные. Грудная клетка конической формы, симметричная. ЧД - 16 в минуту. При сравнительной перкуссии над симметричными участками грудной клетки определяется ясный легочный звук. При аускультации легких дыхание везикулярное, проводится во все отделы, хрипы не выслушиваются. Грудная клетка в области сердца не изменена. Границы относительной тупости сердца: правая – по правому краю грудины, левая - по левой среднеключичной линии, верхняя - третье межреберье. При аускультации сердца - тоны сердца приглушены, ритмичные, на верхушке выслушивается систолический шум. Ритм сердечных сокращений правильный, ЧСС 98 уд/мин. АД 120/80 мм рт.ст. Живот нормальной формы, симметричен. При перкуссии живота определяется тимпанический звук. При поверхностной пальпации живот мягкий, безболезненный. Размеры печени по Курлову: 9х8х7 см. Печень не выступает из-под края реберной дуги. Селезенка не увеличена.

Общий анализ крови: гемоглобин - 130 г/л, лейкоциты - 9,6х10<sup>9</sup>/л, эритроциты - 4,5х10<sup>12</sup>/л, эозинофилы - 2 %, палочкоядерные - 5 %, сегментоядерные - 68 %, лимфоциты - 20 %, моноциты - 5 %. СОЭ - 24 мм/ч. Общий анализ мочи: относительная плотность - 1010, реакция кислая, белок, глюкоза, эритроциты отсутствуют, лейкоциты - 1-2 в поле зрения. Иммунологический анализ крови: СРБ - +++, титр антистреп-толизина-О - 290 ЕД (норма до 250 ЕД), титр антигиалуронидазы - 330 ЕД (норма до 300 ЕД). При рентгенографии органов грудной полости: легочные поля прозрачны, очаговых и инфильтративных теней не выявлено. Консультация невролога: больная эмоционально лабильна. Определяются гиперкинезы рук, туловища, мимической мускулатуры. Выполнение координационных проб затруднено.

1. Как вы расцениваете неврологические изменения у данной больной?

2. Каковы критерии предварительного диагноза и степень активности процесса у данной больной?
3. Сформулируйте предварительный диагноз.
4. Тактика лечения больной.
5. Прогноз

#### **Эталон ответа к задаче №1.**

1. Эмоциональная лабильность, гиперкинезы рук, туловища, мимической мускулатуры считаются проявлениями малой хореи, которая является одним из «больших критериев» ревматической лихорадки. Эти изменения связаны с вовлечением в патологический процесс таких структур головного мозга, как полосатое тело, субталамические ядра и мозжечок. Малая хорея возникает в детском возрасте, чаще у девочек. Симптомы усиливаются при возбуждении, напряжении или утомлении, но стихают во время сна.
2. У этой больной выявляются следующие диагностические критерии ревматической лихорадки. «Большие критерии» - ревмокардит, полиартрит, малая хорея. «Малые критерии» - лихорадка (38,5 °C), положительный СРБ (+++). При обследовании получены данные, подтверждающие перенесенную стрептококковую инфекцию - увеличенный титр противострептококковых антител, который свидетельствует об активности ревматического процесса. II степень активности ревматического процесса, так как наблюдается умеренная степень выраженности острофазовых (СОЭ - 24 мм/ч) и иммунологических показателей (СРБ - +++, умеренное повышение титра противострептококковых антител). Диагноз острой ревматической лихорадки выставлен на основании наличия 3 «больших», 2 «малых» критериев, а также данных, подтверждающих перенесенную стрептококковую инфекцию.
3. Основное заболевание: острая ревматическая лихорадка, II степень активности: ревмокардит, ревматический полиартрит с преимущественным поражением коленных, голеностопных и локтевых суставов, малая хорея.
4. Больной показана терапия следующими группами препаратов: антибиотики пенициллинового ряда и нестероидные противовоспалительные средства (НПВС) с последующей обязательной бицилли-нопрофилактикой.
5. Благоприятный

#### **Задача №2. (УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9).**

Больной М., 56 лет, инженер, обратился к участковому врачу с жалобами на одышку при физической нагрузке, слабость, повышенную утомляемость, периодические эпизоды сердцебиения. Из анамнеза известно,

что в детстве был очень болезненным мальчиком, часто болел простудными заболеваниями. Диагноз ревматизма впервые был поставлен в 12 лет, отмечались боли в коленных суставах. Врачи говорили об изменениях со стороны сердца (выслушивался шум). Однако длительное время больной себя хорошо чувствовал, к врачам не обращался. Состояние ухудшилось в течение последних двух недель, когда отмечались повышение температуры до 38,5 °С, боли в горле. Самостоятельно лечился ацетилсалициловой кислотой (аспирином\*). Наблюдалась нормализация температуры тела, однако обращала на себя внимание одышка при физической нагрузке и выраженная слабость, что и послужило поводом для обращения к врачу.

При осмотре состояние средней тяжести. Кожные покровы и видимые слизистые бледные, влажные. Зев: нёбные дужки гиперемированы, миндалины увеличены, определяются гнойные пробки. Грудная клетка конической формы, симметричная. ЧД - 20 в минуту. При сравнительной перкуссии над симметричными участками грудной клетки определяется ясный легочный звук. При аускультации легких - дыхание везикулярное, проводится во все отделы, хрипы не выслушиваются. Грудная клетка в области сердца не изменена. Границы относительной тупости сердца: правая - по правому краю грудины, левая - 2 см кнаружи от левой среднеключичной линии, верхняя - треть межреберье. При аускультации сердца - тоны сердца приглушены, ритм сердца правильный, в точке Боткина-Эрба выслушиваются диастолический шум, усиливающийся при наклоне вперед, и ослабление II тона. ЧСС - 80 уд/мин. АД 145/20 мм рт.ст. Живот нормальной формы, симметричен. При перкуссии живота определяется тимпанит. При поверхностной пальпации живот мягкий, безболезненный. Размеры печени по Курлову: в пределах нормы. Печень не выступает из-под края реберной дуги. Селезенка не увеличена. Общий анализ крови: гемоглобин - 146 г/л, лейкоциты -  $12 \times 10^9$ /л, эритроциты -  $4,5 \times 10^{12}$ /л, эозинофилы - 1 %, палочкоядерные - 6 %, сегментоядерные - 64 %, лимфоциты - 24 %, моноциты - 5 %. СОЭ - 42 мм/ч. Общий анализ мочи: относительная плотность - 1018, реакция кислая, белок, глюкоза, эритроциты отсутствуют, лейкоциты - 1-2 в поле зрения. При рентгенографии органов грудной полости: легочные поля прозрачны, очаговых и инфильтративных теней не выявлено. Увеличение тени сердца влево.

1. Дайте оценку аускультации сердца.
2. Сформулируйте предварительный диагноз.
3. Какие лабораторно-инструментальные методы исследования необходимо провести данному больному?
4. Тактика лечения больного.
5. Прогноз.

**Эталон ответа к задаче №2.**

1. При аускультации сердца в точке Боткина-Эрба (место проекции аортального клапана) выслушивались диастолический шум, усиливающийся при наклоне вперед, и ослабление II тона, являющиеся прямыми признаками аортальной недостаточности.
2. Основное заболевание: повторная ревматическая лихорадка: ревмокардит, ревматический порок сердца - недостаточность аортального клапана.
3. Больному необходимо проведение ЭхоКГ с доплеровским исследованием, определение титра противострептококковых антител, СРБ.
4. Больному показана терапия антибиотиками пенициллинового ряда, НПВС с последующей обязательной бициллинопрофилактикой.
5. Благоприятный.

**Задача №3.** (УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9).

Больная Л., 63 года, поступила в кардиологическое отделение с жалобами на одышку при незначительной физической нагрузке и в покое, приступы удушья, возникающие в горизонтальном положении, кашель с выделением небольшого количества мокроты с примесью крови, выраженные отеки нижних конечностей, повышение температуры тела до 38 °С, слабость. Из анамнеза известно, что больная с детского возраста страдает ревматизмом с формированием порока сердца. Настоящее ухудшение, которое в течение последнего месяца больная связывает с переохлаждением.

При осмотре состояние тяжелое, положение ортопноэ. Кожные покровы и видимые слизистые бледные, на лице - румянец щек с цианотичным оттенком, акроцианоз. Выраженные отеки голеней и стоп. Грудная клетка конической формы, симметричная. ЧД - 24 в мин. При сравнительной перкуссии отмечается притупление перкуторного звука в нижних долях обоих легких. При аускультации легких - дыхание жесткое, ослабленное в нижних отделах, выслушиваются незвонкие мелкопузырчатые хрипы. Грудная клетка в области сердца не изменена. Границы относительной тупости сердца: правая - 3 см снаружи от правого края грудины, левая - 2,5 см снаружи от левой среднеключичной линии, верхняя - верхний край II ребра. При аускультации сердца на верхушке выслушивается усиленный I тон, II тон, тон открытия митрального клапана и шум в начале диастолы. Во втором межреберье слева от грудины выслушивается акцент II тона. Ритм сердечных сокращений правильный, ЧСС - 90 уд/мин. АД 120/80 мм рт.ст. Живот нормальной формы, симметричен. При перкуссии живота отмечается тимпанит. При поверхностной пальпации живот мягкий, безболезненный. Размеры печени по Курлову: 14x13x12 см. Печень выступает из-под края реберной дуги на 5 см, край закруглен, чувствительный при пальпации. Селезенка не увеличена. Общий анализ крови: гемоглобин - 125 г/л, лейкоциты -  $9,8 \times 10^9$ /л, эритроциты -  $4,0 \times 10^{12}$ /л, эозинофилы - 2 %,

палочкоядерные - 5 %, сегментоядерные - 68 %, лимфоциты - 20 %, моноциты - 5 %. СОЭ 19 мм/ч. Общий анализ мочи: относительная плотность - 1021, реакция кислая, белок, глюкоза, эритроциты отсутствуют, лейкоциты - 2-3 в поле зрения. Иммунологический анализ крови: титр антистрептолизина-О - 160 ЕД (норма до 250 ЕД), титр антигиалуронидазы - 200 ЕД (норма до 300 ЕД). Рентгенография органов грудной полости: усиление сосудистого рисунка легких, застойные явления. ЭхоКГ: створки митрального клапана утолщены. Площадь левого АВ-отверстия - 2,2 см<sup>2</sup> (норма 4-6 см<sup>2</sup>). Другие клапаны интактны. Фракция выброса левого желудочка - 50 % (норма 50-70 %). Легочная гипертензия.

1. Дайте оценку аускультации сердца.
2. Что в себя включает понятие ритм «перепела»?
3. Сформулируйте диагноз.
4. Тактика лечения данной больной.
5. Прогноз.

### **Эталон ответа к задаче №3.**

1. Усиленный I тон, тон открытия митрального клапана и диастолический шум на верхушке являются прямыми признаками стеноза левого АВ-отверстия. Акцент II тона над легочной артерией - косвенный признак митрального стеноза, который свидетельствует о наличии у больной легочной гипертензии.
2. Ритм «перепела» - это трехчленный ритм, включающий хлопающий I тон, II тон и тон открытия митрального клапана.
3. Основное заболевание: хроническая ревматическая болезнь сердца: ревматический порок сердца - стеноз левого АВ-отверстия. Осложнения: ХСН ПБ стадии (IV функциональный класс NYHA).
4. Больной показано лечение сердечной недостаточности общепринятыми методами и консультация кардиохирурга для решения вопроса о хирургическом лечении порока.
5. Благоприятный.

### **Задача №4. (УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9).**

Больная 53 лет жалуется на боли в дистальных межфаланговых суставах кистей, ограничение их подвижности. При осмотре: плотные, симметричные, узловатые утолщения в области дистальных межфаланговых суставов кистей.

При рентгенографии определяются краевые разрастания костной ткани концевых фаланг пальцев.

1. Сформулируйте диагноз.

2. Как называются описанные изменения в области дистальных межфаланговых суставов кистей.
3. Прогноз для жизни и трудоспособности.
4. Какое лечение следует назначить?
5. Выписать хондроитина сульфат.

**Эталон ответа к задаче №4.**

1. Остеоартроз дистальных межфаланговых суставов кистей, узелковая форма.
2. Узелки Гебердена.
3. Прогноз для жизни благоприятный, ограничение трудоспособности.
4. НПВП – для купирования боли, “базисная терапия” – хондропротекторы, ограничение нагрузки на больные суставы.
5. Rp.: Tab. Chondroitini sulfatis 0,5 N30  
D.S. По 2 табл. 3 раза в день после еды, 2-3 месяца.

**Задача №5. (УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9).**

Больной 60 лет страдает остеоартрозом тазобедренных и коленных суставов с выраженным болевым синдромом. Сопутствующие заболевания: гипертоническая болезнь, язвенная болезнь желудка вне обострения.

1. Какие нестероидные препараты показаны данному пациенту?
2. Какие болезнь-модифицирующие препараты показаны?
3. Дайте рекомендации по немедикаментозному лечению остеоартроза.
4. Назовите показания для хирургического лечения.
5. Выпишите рецепт на нимесулид.

**Эталон ответа к задаче №5.**

1. Показаны селективные ингибиторы ЦОГ-2 (нимесулид, мелоксикам).
2. Показаны “хондропротекторы”:
3. Соблюдать режим физических нагрузок, ЛФК, ортезы на коленные суставы, трость.
4. Выраженный болевой синдром в сочетании с 3-4 R-стадией.
5. Rp.: Tab. Nimesulidi 0,01 N30  
D.S. По 1 табл. 2 раза в день после еды.

**Задача № 6. (УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9).**

Больная 24 лет. Диагноз СКВ выставлен 3 года назад. Базисная терапия: преднизолон 15 мг/сут. и азатиоприн (имуран) 100 мг/сут. – поддерживающая. После медицинского аборта – ухудшение: нарастающая слабость, головокружения, одышка, кардиалгия, отеки лица, конечностей, тошнота, уменьшение мочи.

Объективно: бледность кожных покровов, иктеричность склер. Границы сердечной тупости расширены вправо, вверх, влево. Тоны сердца глухие, аритмичные. ЧСС – 180 в 1 мин. Набухшие шейные вены. Печень + 4 см. Свободная жидкость в животе. Отеки поясничные, нижних конечностей.

Ан. крови: Hb – 42 г/л, Эр –  $2,1 \cdot 10^{12}$ /л; Л –  $3,8 \cdot 10^9$ /л, ретикулоцитов – 58 %, СОЭ – 68 мм/ч.

Ан. мочи: уд. вес – 1016, белок – 4,7 г/л, Эр – 20 п/зр., цилиндры гиалиновые, зернистые.

Биохимия: креатинин 0,46 ммоль/л; холестерин – 11,6 ммоль/л.

1. Выделите ведущие синдромы.
2. Сформулируйте диагноз.
3. Необходимые дополнительные исследования
4. План неотложной терапии.
5. Назовите факторы, спровоцировавшие ухудшение состояния

#### **Эталон ответа к задаче №6.**

1. Гемолитической анемии;
  - нефротический;
  - азотемии;
  - поражение миокарда, перикарда
2. СКВ, активность III, нефрит с нс., перикардит-миокардит.  
Осложнение: волчаночный криз, гемолитическая анемия, почечная недостаточность.
3. Определение билирубина крови (подтвердить гемолиз). ЭХО-КГ (подтвердить наличие выпота). ЭКГ. R-графия гр. клетки.
4. Пульс-терапия преднизолоном 1000 № 3. Трансфузия эритроцитарной массы. Гемодиализ.
5. Беременность и медицинский аборт

#### **Задача №7. (УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9).**

Больная В., 16 лет, поступила с жалобами на боли и скованность в суставах кистей, коленей, мышечные боли, повышение температуры тела до  $38^{\circ}\text{C}$ , кашель с отделением слизистой мокроты, слабость, недомогание, покраснение лица.

Объективно: кожные покровы бледные, на лице эритема в виде "бабочки". В легких дыхание жестковатое, влажные мелкопузырчатые хрипы. Тоны сердца приглушены, ритмичные, отмечается тахикардия, пульс 110 уд., на верхушке выслушивается слабый систолический шум, расширение границ сердца влево. Артериальное давление 140/90 мм рт. ст. Рентгенологически: отмечается неомогенное снижение легочной прозрачности. Корни расширены. Справа в плевральной полости жидкость.

ОАМ: удельный вес 1011, белок 1,08 г/л, лейкоциты 8-10 в п/зр., эритроциты до 10, цилиндры гиалиновые 0-1, эпителий 6-7, соли мочевой кислоты ++, бактерии +.

ОАК: Hb 76 г/л, эр. – 2,3, L –  $6,8 \cdot 10^9$ /л, СОЭ 58 мм/ч.

Б/х анализ крови: креатинин 187, мочевины 10,3.

Кровь на Le-клетки: найдены 0-1-0-0-1 кл. в п/зр., гематокс.

1. Основные синдромы.
2. Диагноз.
3. Оцените функцию почек.
4. Лечение.
5. О чем свидетельствует наличие Le-феномена?

#### **Эталон ответа к задаче №7.**

1. - Полиартрит;
  - лихорадочный;
  - миалгии;
  - эритема;
  - миокардит;
  - нефрит с почечной недостаточностью;
  - серозит.
2. СКВ, активность III, Le-феномен, полиартрит, эритема, миокардит, нефрит, серозит, ХПН, СН II А .
3. Нарушение азотвыделительной функции почек.
4. Пульс-терапия метилпреднизолоном 1000 мг 1 и 3 день, а 2-й пульс-циклофосфаном 1000 мг, а затем КС – 60 мг/сут. + азатиоприн 100 мг/сут.; плазмаферез; мочегонные
5. О наличии СКВ

#### **Задача № 8. (УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9).**

Больная 29 лет, поступила с жалобами на боли в суставах, лихорадку с ознобами, слабость. 3 года назад после родов появилась слабость и аллергии.

В течение года – усиление болей в суставах, частая лихорадка, эритематозная сыпь на коже, похудание.

Объективно: на груди, в области локтевых суставов и предплечий бледно-розовая сыпь. Припухлость и болезненность локтевых, лучезапястных и коленных суставов с уменьшением их подвижности. Прощупываются шейные и подмышечные лимфоузлы размером до 1 см. Справа в легких шум трения плевры. Печень на 4 см ниже края реберной дуги, селезенка пальпируется у края реберной дуги.

Анализ крови: Hb – 95 г/л, СОЭ – 54 мм/час.

Анализ мочи: отн. плотность – 1012, белок – 2,6 г/л, эритроц. – 20-30 в п/зр., цилиндры гиалиновые и зернистые.

Сделано предположение о системной красной волчанке (СКВ)

1. Перечислите синдромы заболевания.
2. Какие исследования нужны для подтверждения диагноза?
3. Оцените анализ мочи.
4. Имеются ли показания к терапии кортикостероидами? Какая схема лечения?
5. Что могло спровоцировать развитие заболевания?

#### **Эталон ответа к задаче №8.**

1. Кожный (сыпь), суставный (полиартрит), лимфопролиферативный (лимфаденопатия, спленомегалия), плеврит, гепатит, почечный, общевоспалительный.
2. Волчаночные клетки, антинуклеарный фактор.
3. Проявления гломерулонефрита
4. Имеются. Преднизолон 1-2 мг/кг/сутки.
5. Беременность.

#### **Задача № 9. (УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9).**

Больная 24 лет. Жалобы: головная боль, тошнота, резчайшая слабость, боли в суставах. Больна 3 года. Заболевание началось с высокой температуры, появления эритематозной сыпи на туловище и конечностях, и макрогематурии. Спустя год возник артрит, появилось генерализованное увеличение лимфатических узлов. Больная находилась на стационарном лечении по поводу выраженных болей в области сердца, где был распознан перикардит. Последнее ухудшение в течение двух месяцев.

Объективно: состояние средней тяжести. Питание, пониженное. Кожные покровы сухие. Пальпируются увеличенные лимфатические узлы размерами до 1 см в диаметре. Суставы не изменены. При пальпации мышц бедер отмечается болезненность. Дыхание везикулярное. Сердце расширено в поперечнике, тоны глухие, систолический шум на верхушке. Пульс – 108 в минуту, ритмичный, АД – 150/90 мм рт. ст. Печень выступает из-под края реберной дуги на 1,5 см. Селезенка не пальпируется.

Анализ крови: Нб – 72 г/л, лейкоц. –  $4,1 \times 10^9$ /л, СОЭ – 56 мм/час.

Анализ мочи: уд. вес – 1015, белок – 1,2 %, эр. – 40 в п/зр., гиалиновые цилиндры.

1. Возможные причины изменения сердца?
2. Как объяснить изменения мочи?
3. Как подтвердить диагноз?
4. Тактика лечения?
5. Всегда ли можно обнаружить Ле-феномен у больных СКВ?

#### **Эталон ответа к задаче №9.**

1. Миокардит или выпот в перикарде?
2. Гломерулонефрит, гипертоническая форма.
3. Антитела к ДНК, Le-клетки, АНФ.
4. Кортикостероиды; аминохинолиновые; дезагреганты.
5. Не всегда

**Задача № 10.** (УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9).

Больная А., 47 лет, поступила с жалобами на слабость, недомогание, утреннюю скованность до 30 минут, «мелькание мушек» перед глазами, боли в коленных и тазобедренных суставах, усиливающиеся при ходьбе, постоянные боли в пояснице, отеки ног. Объективно: на груди, щеках, задней поверхности шеи имеются эритемы, на голенях и бедрах – сетчатое ливедо. В анализе крови ускорение СОЭ до 31 мм/ч, также обнаружена гипопроотеинемия до 58,5 г/л.

1. Поставьте предварительный диагноз
2. Какие признаки можно назвать специфичными для этого заболевания?
3. Какие дополнительные методы исследования необходимо провести?
4. Тактика лечения.
5. О чем могут свидетельствовать «мелькание мушек» перед глазами, постоянные боли в пояснице, отеки ног у данной пациентки.

**Эталон ответа к задаче №10.**

1. Системная красная волчанка
2. Эритемы, ливедо.
3. Пульс-терапия циклофосфаном, преднизолоном под прикрытием ингибиторов протонной помпы
4. антитела к нативной ДНК, Le-клетки
5. проявление гломерулонефрита

**6. Перечень практических умений по изучаемой теме.**

1. Назвать большие критерии ОРЛ (УК-1, ПК-5).
2. Назвать малые критерии ОРЛ (УК-1, ПК-5).
3. Профилактика ревматизма (УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9).
4. Назначить лечение больному с ХРБС (УК-1, ПК-6).
5. Провести диф. диагностику заболеваний суставов (УК-1, ПК-5).

6. Назначить лечение СКВ (УК-1, ПК-6).
7. Перечислить специфические маркеры СКВ (УК-1, ПК-5).

## **7. Рекомендации по выполнению НИР.**

1. Особенности диагностики и лечения ОРЛ в разных возрастных группах.
2. Современная профилактика ревматизма.
3. Лечение ХСН, обусловленной клапанной патологией.
4. Современные аспекты терапии СКВ.
5. Патогенез СКВ.

## **8. Рекомендованная литература по теме занятия:**

Перечень основной литературы:

1. Аллергология и иммунология [Электронный ресурс] : нац. рук. : крат. изд. / гл. ред. Р. М. Хаитов, Н. И. Ильина. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2013. - 640 с.
2. Внутренние болезни [Электронный ресурс] : учеб. для мед. вузов : в 2 т. / ред. С. И. Рябов. - 5-е изд., испр. и доп. - СПб. : СпецЛит, 2015. - Т. 1. - 783 с.
3. Внутренние болезни [Электронный ресурс] : учеб. для мед. вузов : в 2 т. / ред. С. И. Рябов. - 5-е изд., испр. и доп. - СПб. : СпецЛит, 2015. - Т. 2. - 575 с.
4. Внутренние болезни [Электронный ресурс] : учебник : в 2 т. / ред. В. С. Моисеев, А. И. Мартынов, Н. А. Мухин. - 3-е изд., испр. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015. - Т. 1. - 960 с. : ил. - ISBN 9785970425794 - Рек. ГБОУ ВПО первым мед.гос.ун-том. им. И.М. Сеченова
5. Внутренние болезни [Электронный ресурс] : учебник : в 2 т. / ред. В. С. Моисеев, А. И. Мартынов, Н. А. Мухин. - 3-е изд., испр. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015. - Т. 2. - 896 с. : ил. - ISBN 9785970425800 - Рек. ГБОУ ВПО первым мед.гос.ун-том. им. И.М. Сеченова
6. Циммерман, Я. С. Гастроэнтерология [Электронный ресурс] : руководство / Я. С. Циммерман. - 2-е изд., перераб. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015. - 816 с. : ил. - (Б-ка врача-специалиста).
7. Гематология [Электронный ресурс] : нац. рук. / гл. ред. О. А. Рукавицын. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015. - 776 с. - (Национальные руководства).
8. Кардиология [Электронный ресурс] : нац. рук. / ред. Е. В. Шляхто. - 2-е изд., перераб. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015. - 800 с. - (Национальные руководства).

9. Пульмонология [Электронный ресурс] : нац. рук. : крат. изд. / гл. ред. А. Г. Чучалин. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2014. - 800 с.

10. Эндокринология [Электронный ресурс] : нац. рук. / ред. И. И. Дедов, Г. А. Мельниченко. - 2-е изд., перераб. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2016. - 1112 с. - (Национальные руководства).

Перечень дополнительной литературы:

1. Терапия. Клиническая ординатура [Электронный ресурс] : сб. метод. указаний для обучающихся к практ. занятиям. В 8 ч. Ч.2. Ревматические болезни / сост. С. Ю. Никулина, В. А. Чупахина, Т. Ю. Большакова ; Красноярский медицинский университет. - Красноярск : КрасГМУ, 2013. - 120 с. – ЦКМС

2. Терапия. Клиническая ординатура [Электронный ресурс] : сб. метод. рекомендаций для обучающихся к внеаудитор. (самостоят.) работе к практ. занятиям. В 8 ч. Ч.2. Ревматические болезни / сост. С. Ю. Никулина, В. А. Чупахина, Т. Ю. Большакова ; Красноярский медицинский университет. - Красноярск : КрасГМУ, 2013. - 62 с. - ЦКМС

**1. Индекс ОД.О.01.1.2.14 Тема: Хронические воспалительные заболевания с преимущественным поражением скелетной мускулатуры. Склеродермическая группа болезней. Системная склеродермия. Системные васкулиты. Зачетное занятие.**

**2. Форма работы:**

- Подготовка к практическим занятиям.
- Подготовка материалов по НИР.

**3. Перечень вопросов для самоподготовки по теме практического занятия:**

Обладать: - УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9.

Знать:

- этиологию, патогенез, патоморфологию, клинику хронических воспалительных заболеваний с преимущественным поражением скелетной мускулатуры.
- клинические синдромы при системной склеродермии, методы физикального осмотра, клинического обследования больного, алгоритм лабораторных и инструментальных обследований больных с системной склеродермией, дерматомиозитом; этиологию, патогенез, классификацию, факторы риска и меры профилактики системной склеродермией; изменение результатов биохимических исследований биологических жидкостей при системной склеродермии; особенности течения и возможные осложнения при системной склеродермии; клинико-фармакологическую характеристику основных групп лекарственных препаратов и рациональный выбор конкретных лекарственных средств при лечении системной склеродермии; методы реабилитации больных с системной склеродермией.
- клинические синдромы при системных васкулитах; методы физикального осмотра, клинического обследования больного, алгоритм

лабораторных и инструментальных обследований больных с системными васкулитами; этиологию, патогенез, классификацию, факторы риска и меры профилактики системных васкулитов; изменение результатов биохимических исследований биологических жидкостей при системных васкулитах; особенности течения и возможные осложнения при системных васкулитах; клинико-фармакологическую характеристику основных групп лекарственных препаратов и рациональный выбор конкретных лекарственных средств при лечении системных васкулитов; методы реабилитации больных с системными васкулитами.

Уметь:

- провести обследование больных с заболеваниями суставов, интерпретировать данные дополнительных методов обследования.

- оценить социальные факторы (факторы риска при системной склеродермии); соблюдать правила врачебной этики при общении с больными и их родственниками; выделять ведущие синдромы в клинике заболевания; определить статус пациента: собрать анамнез, провести опрос пациента и/или его родственников, провести физикальное обследование пациента; оценить состояние пациента для принятия решения о необходимости оказания ему медицинской помощи; провести первичное обследование систем и органов. Наметить объем дополнительных исследований; сформулировать клинический диагноз с учетом МКБ 10; выписывать рецепты лекарственных средств.

Владеть:

- основами дифференциальной диагностики, патогенетической и симптоматической терапии хронических воспалительных заболеваний с преимущественным поражением скелетной мускулатуры, осуществлением первичной и вторичной профилактики.

- методами общеклинического обследования больных с системной склеродермией, системными васкулитами; интерпретацией результатов лабораторных, инструментальных методов диагностики, проведением дифференциального диагноза, алгоритм развернутого клинического диагноза и его осложнений больных с системной склеродермией, системными васкулитами; навыками написания представления о больном с системной склеродермией с учетом факторов риска, написанием дневников курации, составлением заключения по истории болезни (выписной эпикриз с рекомендациями при выписке).

### **Вопросы для самоподготовки:**

1. Этиология (УК-1, ПК-5).

2. Методы диагностики (УК-1, ПК-5).

3. Патогенез (УК-1, ПК-5).
4. Лечение (УК-1, ПК-6).
5. Системная склеродермия. Понятие. Определение. Диагностика. (УК-1, ПК-5)
6. Лечение системной склеродермии. (УК-1, ПК-6).
7. Профилактика и реабилитация. (УК-1, ПК-6).
8. Системные васкулиты, определение. (УК-1, ПК-5)
9. Системные васкулиты, классификация. (УК-1, ПК-5)
10. Лечение системных васкулитов. (УК-1, ПК-6)
11. Клинические особенности системных васкулитов. (УК-1, ПК-5).

**4. Самоконтроль по тестовым заданиям данной темы.**

1. ХАРАКТЕРНОЕ ДЛЯ ПОЛИМИОЗИТА ПОРАЖЕНИЕ МЫШЦ: (УК-1, ПК-5)

1. дистальные мышцы конечностей
2. проксимальные мышцы конечностей
3. общая мышечная слабость
4. общая мышечная усталость
5. сердечная мышца

Ответ: 2

2. ПРИЗНАК ГОТТРОНА – ЭТО (УК-1, ПК-5)

1. гелиотропные высыпания в области декольте
2. эритематозная сыпь на веках, скулах
3. шелушащаяся эритема над суставами на разгибательной поверхности кистей
4. подкожные кальцификаты
5. болезненность мышц при пальпации

Ответ: 3

3. КАЛЬЦИФИКАТЫ ПРИ ДЕРМАТОМИОЗИТЕ ЛОКАЛИЗУЮТСЯ: (УК-1, ПК-5)

1. в мышцах
2. околоуставно
3. внутрикожно
4. в аорте

5. в легких

Ответ: 3

4. ПОРАЖЕНИЕ ЛЕГКИХ ПРИ ПОЛИМИОЗИТЕ (УК-1, ПК-5)

1. инфильтрация
2. базальный пневмосклероз
3. полости
4. полости с распадом
5. легочная гипертензия

Ответ: 2

5. ПРИЗНАКИ АНТИСИНТЕТАЗНОГО СИНДРОМА ВСЕ, КРОМЕ (УК-1, ПК-5)

1. острое начало миозита
2. интерстициальное поражение легких
3. симметричный артрит
4. хороший эффект от глюкокортикоидов
5. лихорадка

Ответ: 4

6. ПРИЗНАКИ МИОЗИТА С ВКЛЮЧЕНИЯМИ ВСЕ, КРОМЕ (УК-1, ПК-5)

1. поражение проксимальных и дистальных мышц конечностей
2. асимметричность поражения
3. нормальное значение КФК
4. резистентность к глюкокортикостероидам
5. высокий титр миозит-специфических антител

Ответ: 4

7. НАИБОЛЕЕ ЧУВСТВИТЕЛЬНЫЙ МАРКЕР ПРИ ПОЛИМИОЗИТЕ (УК-1, ПК-5)

1. АСТ
2. ЛДГ
3. тропонин
4. МВ-КФК
5. КФК

Ответ: 5

8. В КРУГ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНО-ДИАГНОСТИЧЕСКОГО ПОИСКА ПРИ ПОЛИМИОЗИТЕ ОБЫЧНО НЕ ВХОДИТ (УК-1, ПК-5)

1. системные заболевания соединительной ткани
2. нефрит

3. стероидная миопатия
4. наследственные прогрессирующие мышечные заболевания
5. онкологические заболевания

Ответ: 2

9. ПРИ ДЕРМАТОМИОЗИТЕ ИМЕЕТ МЕСТО РЕДКОЕ ПОРАЖЕНИЕ (УК-1, ПК-5)

1. кожи
2. почек
3. легких
4. мышц глотки
5. суставов

Ответ: 2

10. ПРИ ДЕРМАТОМИОЗИТЕ НЕ ПРИМЕНЯЮТСЯ (УК-1, ПК-6)

1. глюкокортикостероиды
2. НПВП
3. аминохинолиновые препараты
4. метотрексат
5. внутривенный иммуноглобулин

Ответ: 2

11. ЧТО ЯВЛЯЕТСЯ НЕТИПИЧНЫМ ДЛЯ СКЛЕРОДЕРМИИ: (УК-1, ПК-5)

1. интерстициальная пневмония
2. синдром мальабсорбции
3. плевральный выпот
4. синдром Рейно
5. аритмии сердца.

Ответ: 3

12. КАКИМИ СРЕДСТВАМИ ПОДАВЛЯЕТСЯ КОЛЛАГЕНООБРАЗОВАНИЕ ПРИ ССД: (УК-1, ПК-5)

1. делагил
2. азатиоприн
3. преднизолон
4. пеницилламин
5. трентал.

Ответ: 4

13. ПРИ СКЛЕРОДЕРМИИ НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ПОВРЕЖДАЮТСЯ СЛЕДУЮЩИЕ ОТДЕЛЫ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА: (УК-1, ПК-5)

1. пищевод
2. желудок
3. 12-перстная кишка
4. тонкая кишка
5. толстая кишка.

Ответ: 1

14. В КАКОМ ВОЗРАСТЕ ЧАЩЕ ВЫЯВЛЯЕТСЯ ССД? (УК-1, ПК-5)

1. 10-20 лет
2. 30-50 лет
3. 50-70 лет
4. 40-60 лет
5. 15-20 лет

Ответ: 4

15. КАКИЕ НАРУШЕНИЯ НЕ ЯВЛЯЮТСЯ ОСНОВНЫМИ ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИМИ МЕХАНИЗМЫ ССД? (УК-1, ПК-5)

1. фиброзобразования
2. иммунного статуса
3. микроциркуляции
4. нарушение кроветворения
5. нарушение мочеобразования

Ответ: 5

16. ПРИ СКЛЕРОДЕРМИИ НАИБОЛЕЕ ЧАСТНОГО НЕ ПОВРЕЖДАЮТСЯ СЛЕДУЮЩИЕ ОТДЕЛЫ ЖКТ? (УК-1, ПК-5)

1. пищевод
2. желудок
3. ДПК
4. тонкий и толстый кишечник
5. печень

Ответ: 2

17. ЧТО ОТНОСИТСЯ К ОСНОВНЫМИ ДИАГНОСТИЧЕСКИМ ССД? (УК-1, ПК-5)

1. склеродермическое поражение кожи, ЖКТ, синдром Рейно, наличие специфических антинуклеарных антител
2. синдром Рейно
3. телеангиэктазии
4. наличие специфических антинуклеарных антител
5. гепатомегалия

Ответ: 1

18. ОСНОВНЫЕ ВАРИАНТЫ ТЕЧЕНИЯ ССД? (П УК-1, К-5)

1. острое, хроническое, подострое
2. хроническое
3. подострое
4. доброкачественное
5. злокачественное

Ответ: 1

19. ОСТЕОЛИЗ НОГТЕВЫХ ФАЛАНГ КИСТЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ РАННИМ СИМПТОМОМ: (УК-1, ПК-5)

1. саркоидоза
2. костно-суставного туберкулеза
3. склеродермии
4. подагрической артропатии
5. ревматоидного артрита

Ответ: 3

20. ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ МИАЛГИЙ, СУСТАВНОГО СИНДРОМА У БОЛЬНЫХ СИСТЕМНОЙ СКЛЕРОДЕРМИЕЙ С ЭРОЗИВНО-ЯЗВЕННЫМИ ПОРАЖЕНИЯМИ ПИЩЕВОДА, ЖЕЛУДКА, ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ ПРЕДПОЧТИТЕЛЬНО НАЗНАЧИТЬ (УК-1, ПК-5)

1. нимесулид
2. пироксикам
3. ибупрофен
4. напроксен
5. нурофен

Ответ: 1

21. К СИСТЕМНЫМ ВАСКУЛИТАМ С ПРЕИМУЩЕСТВЕННЫМ ПОРАЖЕНИЕМ АРТЕРИЙ СРЕДНЕГО КАЛИБРА ОТНОСЯТ (УК-1, ПК-5)

1. Артериит Такаясу
2. Геморрагический васкулит
3. Узелковый периартериит
4. Синдром Черджа-Стросса
5. Гигантоклеточный артериит

Ответ: 3

22. ПРИ КАКИХ ВАСКУЛИТАХ ПОРАЖАЮТСЯ ПРЕИМУЩЕСТВЕННО СОСУДЫ КРУПНОГО КАЛИБРА? (УК-1, ПК-5)

1. Болезнь Бюргера

2. Узелковый полиартериит
3. Артериит Такаясу
4. Геморагический васкулит
5. Гигантоклеточный артериит

Ответ: 3

23. КАКИЕ ВЫВОДЫ О ГЕМОРАГИЧЕСКОМ ВАСКУЛИТЕ НЕВЕРНЫ? (УК-1, ПК-5)

1. Часто развивается артрит
2. Характерна петехиальная сыпь с преимущественной локализацией в дистальных отделах нижних конечностей
3. Боли в животе являются классическим проявлением заболевания
4. Нефрит обычно проявляется гематурией
5. Характерно поражение верхних дыхательных путей

Ответ: 5

24. ОТМЕТИТЬ ПРИЗНАКИ, НЕ ХАРАКТЕРНЫЕ ВАСКУЛИТА КРУПНЫХ СОСУДОВ (УК-1, ПК-5)

1. Перемежающаяся хромота
2. Коронариит
3. Асимметрия пульса
4. Высокая эффективность глюкокортикостероидов
5. Развитие нефрита

Ответ: 5

25.К КЛИНИЧЕСКОМУ ПРОЯВЛЕНИЮ УЗЕЛКОВОГО ПОЛИАРТЕРИИТА НЕ ОТНОСИТСЯ (УК-1, ПК-5)

1. Гипотония
2. Похудание
3. Сетчатое ливедо
4. Миалгии
5. Двигательные полиневриты

Ответ: 1

26.К ВАСКУЛИТУ, АССОЦИИРОВАННОМУ С ANCA (АНТИНЕЙТРОФИЛЬНЫМИ ЦИТОПЛАЗМАТИЧЕСКИМИ АНТИТЕЛАМИ), ОТНОСИТСЯ (УК-1, ПК-5)

1. Неспецифический аортоартериит
2. Темпоральный артериит
3. Геморрагический васкулит
4. Грануломатоз Вегенера

5. Узелковый периартериит

Ответ: 4

27. ДЛЯ КАКОГО ВАСКУЛИТА ХАРАКТЕРНА ЗНАЧИТЕЛЬНАЯ ПОТЕРЯ ВЕСА ТЕЛА? (УК-1, ПК-5)

1. Неспецифического аортоартериита
2. Темпорального артериита
3. Узелкового полиартериита
4. Геморрагического васкулита
5. Грануломатоза Вегенера

Ответ: 5

28. ДЛЯ КАКОГО ВАСКУЛИТА ХАРАКТЕРНО ПОРАЖЕНИЕ ВЕРХНИХ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ? (УК-1, ПК-5)

1. Узелкового полиартериита
2. Грануломатоза Вегенера
3. Неспецифического аортоартериита
4. Темпорального артериита
5. Геморрагического васкулита

Ответ: 2

29. ДЛЯ КАКОГО ВАСКУЛИТА ХАРАКТЕРНА АСИММЕТРИЯ ПУЛЬСА И АД? (УК-1, ПК-5)

1. Неспецифического аортоартериита
2. Темпорального артериита
3. Синдрома Черджа-Стросса
4. Грануломатоза Вегенера
5. Узелкового полиартериита

Ответ: 2

30. ДЛЯ КАКОГО ВАСКУЛИТА ХАРАКТЕРНО РАЗВИТИЕ МОНОНЕВРИТА? (УК-1, ПК-5)

1. Узелкового полиартериита
2. Грануломатоза Вегенера
3. Неспецифического аортоартериита
4. Геморрагического васкулита
5. Темпорального артериита

Ответ: 1

**5. Самоконтроль по ситуационным задачам.**

**Задача №1.** (УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9).

Больная 35 лет обратилась в поликлинику с жалобами на выраженную мышечную слабость в обеих руках и ногах, повышение температуры тела до 38°, общее недомогание, наличие высыпаний розового цвета на веках, скулах, в зоне «декольте». Отмечает, что стало трудно вставать с кровати, расчесывать волосы. Походка стала шаткой. В ОАК: Нб -110 г/л, эр. -  $3,6 \cdot 10^{12}/л$ , лейкоц. -  $11,0 \cdot 10^9/л$ , СОЭ 35 мм/час.

1. Ваш предварительный диагноз?
2. Какие дополнительные лабораторные исследования необходимо провести?
3. Какой метод исследования позволит верифицировать диагноз?
4. Какие инструментальные исследования рекомендуется провести у данной пациентки?
5. Назначьте терапию.

#### **Эталон ответов к задаче №1.**

1. Дерматомиозит
2. Исследование КФК, определение миозит-специфических антител (анти-Jo1 и др.)
3. Биопсия мышечного лоскута
4. Рентгенографию или КТ легких, ЭКГ, электромиографию
5. Глюкокортикоиды (преднизолон 1-2 мг/кг/сут) в сочетании с метотрексатом (7,5-15 мг/нед).

#### **Задача №2. (УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9).**

Больная 57 лет предъявляет жалобы на общую слабость, слабость в мышцах верхних и нижних конечностей, боли и припухание коленных суставов, мелкоочечные высыпания на голених красного цвета, повышение температуры тела до субфебрильных цифр, похудание на 4 кг. Болеет 2,5 года с постепенным ухудшением состояния. При осмотре - мышцы при пальпации безболезненны, отмечается их атрофия, объем пассивных движений в конечностях ограничен. В анализе крови –гемоглобин 97 г/л, СОЭ 50 мм/ч.

1. Каков предварительный диагноз?
2. С каким заболеванием следует проводить дифференциальный диагноз?
3. Наметьте план исследования.
4. Какие изменения можно ожидать при гистологическом исследовании мышечного лоскута у данной больной?
5. План лечения?

## **Эталон ответов к задаче №2.**

1. Паранеопластический полимиозит, васкулит.
2. С полимиозитом.
3. КФК, электромиография, онкопоиск.
4. Инфильтрация моноклеарными клетками, некроз и фагоцитоз мышечных фибрилл.
5. Лечение онкологического заболевания, ГКС.

## **Задача №3. (УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9).**

В приемный покой обратилась больная Л, 14 лет. Заболела остро: появились боли в мышцах при движении, суставах, мышечная слабость (не может самостоятельно сесть, встать), появилась одышка, осиплость голоса, Т тела до 38,7С. Объективно: Больная значительно ослаблена, самостоятельно не сидит, не может поднять голову, лицо «маскообразное», на коже век, плеч, предплечий и голеней яркая эритема с шелушением, болезненна, сопровождается зудом. Мышцы плечево отечны. В легких дыхание жесткое, сухие хрипы. ЧДД 30 в минуту.

1. Какое заболевание можно заподозрить у больной?
2. Как объяснить изменения в легких?
3. Какое еще поражение легких может отмечаться при данном заболевании?
4. Какие исследования следует провести для уточнения характера поражения легких?
5. Какие современные препараты применяются при неэффективности традиционной терапии?

## **Эталон ответов к задаче №3.**

1. Дерматомиозит.
2. Развитием аспирационной пневмонии вследствие поражения мышц глотки и затруднения глотания.
3. Альвеолит, интерстициальный легочный фиброз, базальный легочный фиброз.
4. Рентгенографию, КТ высокого разрешения.
5. Генно-инженерные биологические агенты: ингибиторы ФНО- $\alpha$  (ремикейд), анти-И-клеточная терапия (ритуксимаб).

## **Задача №4 (УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9).**

Женщину 48 лет беспокоит повышение  $t$  тела до  $38,0^{\circ}\text{C}$  в течение недели, снижение массы тела, слабость, боли в проксимальных мышцах нижних конечностей. Из анамнеза известно: частые ОРВИ (2-3 раза в год). Об-но: пурпурно-красные эритематозные высыпания с шелушением на веках,  $t$  тела до  $37,50^{\circ}\text{C}$ . СОЭ-22мм/ч, ЛДГ-315 МЕ/л, Альдолаза-15МЕ/л.

1. Предполагаемый диагноз.
2. Какие дополнительные методы обследования необходимо провести.
3. Проведите дифференциальную диагностику.
4. Консультация какого специалиста необходима.
5. Назначьте терапию.

#### **Эталон ответов к задаче №4**

1. Дерматомиозит
2. Определение КФК, определение миозит-специфических антител
3. Провести онкопоиск
4. Невролога
5. ГКС в высоких дозах (преднизолон 80 мг/сут)

#### **Задача №5. (УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9).**

Больная 18 лет заболела остро, с повышения температуры тела до  $38,5^{\circ}\text{C}$ , появлением мышечных болей, болей в мелких суставах кистей. При обращении в поликлинику выставлен диагноз ОРЗ. Проводилось лечение НПВС, витаминами. На фоне лечения снизилась температура и несколько уменьшились боли в суставах, но через 2 недели появилась сильная слабость в верхних и нижних конечностях, больной стало трудно подниматься с постели, самостоятельно выполнять простейшие действия по уходу за собой. Появились плоские эритематозные шелушащиеся высыпания, локализующиеся над суставами пальцев кистей. Покраснение, шелушение и растрескивание кожи ладоней, гипертрофия кутикулы.

1. Объясните появление изменений в области кистей у данной пациентки.
2. Какие методы обследования необходимо провести?
3. Предположительный диагноз.
4. Дифференциальный диагноз.
5. Какой из известных методов обследования позволит верифицировать диагноз?

#### **Эталон ответов к задаче №5.**

1. Патогномоничные признаки поражения кожи при дерматомиозите - признак Готтрона, «рука механика», или «машиниста»,
2. Развернутый анализ крови, биохимический анализ крови, в том числе

определение КФК, определение миозит-специфических антител (анти-Jo1 и др.), консультация невролога.

3. Дерматомиозит
4. Биопсия мышечного лоскута
5. С наследственными мышечными заболеваниями, с неврологическими

Заболеваниями

**Задача №6.** (УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9).

Больная 35 лет, страдающая системной склеродермией, госпитализирована с жалобами на одышку, непродуктивный кашель, кардиалгии, сердцебиения, отеки нижних конечностей. Объективно: цианоз губ, набухшие шейные вены. Границы сердца увеличены вправо. Тоны ритмичные, акцент II тона над легочной артерией. ЧСС – 102 в 1 мин., АД 140/90 мм рт. ст. печень из-под края реберной дуги на 3 см. Рентгенологически: легочный рисунок усилен в базальных отделах ЭКГ: синусовый ритм, признаки гипертрофии и перегрузки правого предсердия и желудочка. ЖЕЛ – 82 %, РаО<sub>2</sub> – 85 мм рт. ст.

1. Какие клинические синдромы имеют место?
2. О каком осложнении следует думать?
3. Какое необходимо сделать дообследование?
4. Объясните патогенез осложнения заболевания?
5. План лечения?

**Эталон ответа к задаче №6.**

1. Синдром сердечной недостаточности преимущественно по правожелудочковому типу; поражение легких по типу пневмофиброза
2. О поражении легочной артерии, легочная гипертензия.
3. ЭХОКГ, определение СДЛА
4. пневмофиброз + поражение легочных сосудов
5. Ингибиторы АПФ; антагонисты кальция; диуретики, антагонисты эндотелина 1- босентан (снижения давления в легочной артерии)

**Задача №7.** (УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9).

Больная 3. Анамнез заболевания в течение 10 лет с ведущими проявлениями заболевания : распространенная склеродерма с локализацией на лице(истончение красной каймы губ, крыльев носа, обеднение мимики, кисет вокруг рта), туловище и конечностях с множественными участками гиперпигментации; склеродактилия со сгибательными контрактурами пальцев кистей; выраженный синдром Рейно с трофическими нарушениями

по типу мелких трещин мягких тканей в области фаланг; синдром поражения ЖКТ – дисфагия, расширение и гипотония пищевода(по рез-м R-скопии). В течение месяца отмечает резкое ухудшение состояния – появилось вздутие живота, боли в правой половине живота, задержка стула, стала терять массу тела.

1. Сформулируйте диагноз
2. Как объяснить жалобы со стороны живота?
3. Какое исследование необходимо провести?
4. Как объяснить потерю веса больной?
5. Тактика лечения?

**Эталон ответа к задаче №7.**

1. Системная склеродермия
2. Поражением тонкого кишечника
3. Ирригоскопию- расширение просвета кишки и стаз содержимого
4. Синдромом мальабсорбции
5. Стимуляция моторики кишечника – прокинетики (метоклопропамид, цизаприд). Жидкость перед приемом пищи, витамины.

**Задача №8. (УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9).**

Больная Б., 40 лет госпитализирована с ведущими проявлениями болезни: синдром Рейно верхних и нижних конечностей, плотный индуративный отек кожи кистей, лица. Ранее не обследовалась. При осмотре – лицо амимичное, открывание рта ограничено, спинка носа заострена, параорбитальная гиперпигментация. Кожа кистей и пальцев рук плотная, не собирается в складку, наметились сгибательные контрактуры. В последние полгода отмечает появление затруднение при глотании, поперхивание, необходимость запивать пищу водой.

1. Предполагаемый диагноз
2. Как называется поражение кистей при данном заболевании?
3. Чем обусловлено появление новых жалоб?
4. Какое исследование необходимо провести для диагностики поражения пищевода?
5. Лечение поражения пищевода?

**Эталон ответа к задаче №8.**

1. Системная склеродермия
2. Склеродактилия
3. О поражении пищевода – рефлюкс-эзофагит

4. Рентген с контрастированием пищевода
5. Соблюдать рекомендации – дробное питание, спать с приподнятым головным концом, прием прокинетиков (метоклопропамид), ингибиторы протонной помпы

**Задача №9.** (УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9).

Больная А, 48 лет, жалуется на резкую слабость, одышку в покое, боли в сердце, зябкость и онемение пальцев рук. Из анамнеза, болеет 17 лет, заболевание началось с онемения и побледнения пальцев рук («мертвый палец») в основном на холоде. Через 3 года возникли боли в мышцах и постепенно стала развиваться мышечная атрофия. Последние 3 года больная стала отмечать нарастание одышки, цианоза, отеков на ногах. Объективно при поступлении: состояние больной тяжелое, ортопноэ, цианоз. Лицо амимично. Кожа на пальцах нижних и верхних конечностях атрофична, местами незначительно уплотнена. Отеки ног, мышцы атрофичные и плотные. ЧД 22 в мин. Границы сердца увеличены, аускультативно: систолический шум на верхушке акцент и расщепление II тона на легочной артерии. PS 90 в мин, аритмичный. Живот увеличен за счет асцита. Печень плотная, болезненна при пальпации, выступает на 4 см. На ЭКГ: PQ 0,24сек, зубцы Т уплощены в грудных отведениях.

1. Для какого заболевания характерны данная клиника?
2. Как объяснять симптомы со стороны пальцев рук?
3. Чем обусловлено изменения в сердце? Как Вы объясните появление одышки и отеков?
4. Тактика Вашего лечения?
5. показано ли больным с ССД санаторно – курортное лечение?

**Эталон ответа к задаче №9.**

1. Системная склеродермия
2. Синдром Рейно
3. Диффузное поражение миокарда, СН IIБ ст.
4. Стол 10, режим постельный, купренил 0,15\*4 раза в день (под контролем анализов крови и мочи), преднизолон 15 мг в сутки, нифедипин ретард 0,02 по 1 таб \*2 раза в день, эналаприл 2,5 мг 2 раза в день, дигоксин 0,25 мг 1 таб\*2 раза в день, фуросемид 0,04-0,08 (под контролем диуреза и веса).
5. да, показано – вне обострения.

**Задача №10.** (УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9).

На прием к врачу поликлиники обратилась женщина 40 лет. Больную беспокоит ощущение напряжения и болезненности пальцев, кожный зуд, боли в суставах пальцев рук. Объективно: при осмотре пальцев рук наблюдается последовательное изменение цвета кожи (побеление, цианоз, покраснение), плотный отек кожи дистальных отделов верхних и нижних конечностей; отечность, скованность и боли в суставах пальцев. Лабораторные данные: Hb 110 г/л, E<sub>r</sub> 3,4x10<sup>12</sup>/л, ЦП = 0,8, СОЭ 30 мм/ч

1. Можно ли заподозрить у больной аутоиммунное заболевание?
2. План обследования на догоспитальном этапе?
3. Тактика врача поликлиники?
4. Дифференциальный диагноз?
5. Как часто проводится диспансеризация больных с данной патологией?

#### **Эталон ответа к задаче №10.**

1. Да, системную склеродермию
2. Иммунологическое исследование определение антител к анти-SCL-70, топоизомеразе 1, рентгенография кистей рук, капилляроскопия ногтевого ложа
3. Госпитализация в стационар для назначения базисной терапии
4. Болезнь Рейно, ревматоидный артрит, системные васкулиты, системная красная волчанка.
5. Каждые 3-6 месяцев в зависимости от течения болезни, наличия и выраженности висцеральных поражений.

#### **Задача №11. (УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9).**

Женщина 20 лет жалуется на слабость в руках, повышение температуры до 37,5-37,7°, похудание на 5 кг в течение полугода. Слабость в руках постепенно нарастает, и больная с трудом причесывается и одевается. Об-но: кожные покровы не изменены, сердечные тоны ритмичные, ЧСС-75 в 1 мин, АД на правой руке – 155/90, на левой руке – 80/50 мм рт. ст., пульс на левой руке значительно ослаблен, в проекции левой подключичной артерии выслушивается систолический шум. В анализе крови Hb-108 г/л, СОЭ-54 мм/час, анализ мочи без изменений.

1. Наиболее вероятный диагноз?
2. Какие обследования необходимо выполнить, чтобы подтвердить данный диагноз?
3. Какие морфологические изменения характерны для данного заболевания?

4. Какая может быть привести артериальная гипертензия при данном заболевании (по механизму)?
5. Принципы лечения?

**Эталон ответов к задаче №11.**

1. Неспецифический аортоартериит (болезнь Такаясу).
2. Необходимо сделать УЗДГ подключичных, сонных артерий, артерий верхних конечностей с последующей ангиографией перечисленных сосудов или СКТ.
3. Хроническое гранулематозное воспалением аорты и ее главных ветвей.
4. Гемодинамическая, вазоренальная.
5. ГКС, иммуносупрессанты (циклофосфан или метотрексат), антиагреганты, антикоагулянты, плазмаферез.

**Задача № 12. (УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9).**

Мужчина 36 лет жалуется на повышение температуры тела до 38,5°, похудание на 10 кг за 3 месяца, боли в мышцах, боли и нарушение чувствительности в левой стопе, повышение АД до 180/100 мм рт. ст., одышку при ходьбе. Отмечается “петушиная” походка, сетчатое ливедо. В анализе крови - СОЭ 50 мм/ч, гемоглобин 100 г/л, выявляется HBs – антиген, повышен креатинин. В анализе мочи – белок 80 мг/л.

1. Предварительный диагноз?
2. Чем объясняется “петушиная” походка?
3. Значение обнаружения HBs – антигена?
4. Какие морфологические изменения подтверждают данное заболевание?
5. Принципы лечения?

**Эталон ответов к задаче № 12.**

1. Узелковый периартрит.
2. Развитием мононеврита.
3. Возникновение данного васкулита ассоциируется с вирусом гепатита В.
4. Некротизирующее воспаление артерий мелкого и среднего калибра.
5. ГКС + циклофосан, в том числе пульс-терапия.

**Задача № 13. (УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9).**

Больную 66 лет в течение последних 3 месяцев беспокоят интенсивные головные боли, больше справа, не купирующиеся анальгетиками, затруднения при жевании, резкое ухудшение зрения, повышение температуры тела до 37,3-37,7°, похудела за это время на 3 кг. В анализе крови Нв-103 г/л, СОЭ-54 мм/час. Об-но: пальпируются плотные болезненные височные артерии, пульсация их не определяется, на сонных артериях выслушивается негрубый систолический шум.

1. Предварительный диагноз?
2. Как может проявляться перемежающаяся хромота жевательных мышц?
3. С чем связано появление перемежающейся хромоты жевательных мышц?
4. Какие морфологические изменения характерны для данного заболевания?
5. Чем объясняется резкое ухудшение зрения у пациентки?

#### **Эталон ответов к задаче № 13.**

1. Темпоральный артериит.
2. Гипоксией жевательных мышц.
3. Васкулит с грануломатозным воспалением, многоядерными гигантскими клетками.
4. С вовлечением в воспалительный процесс верхнечелюстных артерий.
5. Вовлечением в воспалительный процесс глазничных артерий.

#### **Задача № 14. (УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9).**

Женщина 24 лет около 2 недель назад перенесла ОРВИ, в течение последней недели появились множественные мелкоточечные геморрагические высыпания сначала на голенях, затем и на бедрах. Последние 3 дня присоединились боли в голеностопных суставах, отметила появление мочи красного цвета. Об-но: на коже голеней, бедер - петехиальная сыпь, отмечается небольшая припухлость голеностопных суставов, болезненность их при пальпации. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. В анализе крови: Нв-112 г/л, СОЭ-48 мм/час; в анализе мочи эритроциты в большом количестве.

1. Какое заболевание можно диагностировать у данной больной?
2. О каком поражении почек можно думать?
3. Лица какого возраста чаще болеют данным заболеванием?
4. Сосуды какой локализации с развитием какой клинической картины могут также вовлекаться при этом заболевании?
5. Изменения при биопсии?

### **Эталон ответов к задаче № 14.**

1. Геморрагический васкулит, кожно-суставно-почечная форма.
2. О нефрите.
3. Молодого возраста (моложе 20 лет).
4. Сосуды брюшной полости: абдоминальные боли, усиливающиеся после приема пищи, кровянистая диарея, перфорация кишечника).
5. Наличие гранулоцитов в стенках сосудов.

### **Задача № 15. (УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9).**

У мужчины 33 лет боли в правой половине головы, выделения из носа кровянистого характера, язвы в полости рта, кровохарканье. При рентгенологическом исследовании выявляется перфорация носовой перегородки, инфильтраты в легких с распадом. В анализах крови – нейтрофильный лейкоцитоз, нормохромная анемия, СОЭ 58 мм/ч.

1. Предварительный диагноз?
2. Какой иммунологический показатель имеет важное значение для диагностики этого заболевания?
3. Какие возможны осложнения со стороны легких?
4. Характерно ли данного заболевания поражение почек?
5. Цели терапии данного заболевания?

### **Эталон ответа к задаче № 15.**

1. Грануломатоз Вегенера.
2. АНЦА (антинейтрофильные цитоплазматические антитела).
3. Легочное кровотечение, развитие пневмоторакса.
4. Характерно развитие гломерулонефрита.
5. Достижение ремиссии, поддержание ремиссии, предотвращение необратимого изменения жизненно важных органов, снижение риска развития побочных эффектов лекарственной терапии, увеличение продолжительности жизни.

### **6. Перечень практических умений по изучаемой теме.**

1. Обследовать больного с ревматическим заболеванием (УК-1, ПК-5).
2. Интерпретировать дополнительные методы диагностики (УК-1, ПК-5).

### **7. Рекомендации по выполнению НИР.**

1. Современные методы диагностики.
2. Современные методы лечения.
3. Современные методы диагностики системной склеродермии.
4. Проблемы терапии склеродермической группы болезней.
5. Современные методы диагностики системных васкулитов.
6. Современные методы лечения системных васкулитов.
7. Достоинства и недостатки классификаций системных васкулитов.

#### **8. Рекомендованная литература по теме занятия:**

Перечень основной литературы:

1. Аллергология и иммунология [Электронный ресурс] : нац. рук. : крат. изд. / гл. ред. Р. М. Хаитов, Н. И. Ильина. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2013. - 640 с.
2. Внутренние болезни [Электронный ресурс] : учеб. для мед. вузов : в 2 т. / ред. С. И. Рябов. - 5-е изд., испр. и доп. - СПб. : СпецЛит, 2015. - Т. 1. - 783 с.
3. Внутренние болезни [Электронный ресурс] : учеб. для мед. вузов : в 2 т. / ред. С. И. Рябов. - 5-е изд., испр. и доп. - СПб. : СпецЛит, 2015. - Т. 2. - 575 с.
4. Внутренние болезни [Электронный ресурс] : учебник : в 2 т. / ред. В. С. Моисеев, А. И. Мартынов, Н. А. Мухин. - 3-е изд., испр. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015. - Т. 1. - 960 с. : ил. - ISBN 9785970425794 - Рек. ГБОУ ВПО первым мед.гос.ун-том. им. И.М. Сеченова
5. Внутренние болезни [Электронный ресурс] : учебник : в 2 т. / ред. В. С. Моисеев, А. И. Мартынов, Н. А. Мухин. - 3-е изд., испр. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015. - Т. 2. - 896 с. : ил. - ISBN 9785970425800 - Рек. ГБОУ ВПО первым мед.гос.ун-том. им. И.М. Сеченова
6. Циммерман, Я. С. Гастроэнтерология [Электронный ресурс] : руководство / Я. С. Циммерман. - 2-е изд., перераб. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015. - 816 с. : ил. - (Б-ка врача-специалиста).
7. Гематология [Электронный ресурс] : нац. рук. / гл. ред. О. А. Рукавицын. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015. - 776 с. - (Национальные руководства).
8. Кардиология [Электронный ресурс] : нац. рук. / ред. Е. В. Шляхто. - 2-е изд., перераб. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015. - 800 с. - (Национальные руководства).

9. Пульмонология [Электронный ресурс] : нац. рук. : крат. изд. / гл. ред. А. Г. Чучалин. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2014. - 800 с.

10. Эндокринология [Электронный ресурс] : нац. рук. / ред. И. И. Дедов, Г. А. Мельниченко. - 2-е изд., перераб. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2016. - 1112 с. - (Национальные руководства).

Перечень дополнительной литературы:

1. Терапия. Клиническая ординатура [Электронный ресурс] : сб. метод. указаний для обучающихся к практ. занятиям. В 8 ч. Ч.2. Ревматические болезни / сост. С. Ю. Никулина, В. А. Чупахина, Т. Ю. Большакова ; Красноярский медицинский университет. - Красноярск : КрасГМУ, 2013. - 120 с. – ЦКМС

2. Терапия. Клиническая ординатура [Электронный ресурс] : сб. метод. рекомендаций для обучающихся к внеаудитор. (самостоят.) работе к практ. занятиям. В 8 ч. Ч.2. Ревматические болезни / сост. С. Ю. Никулина, В. А. Чупахина, Т. Ю. Большакова ; Красноярский медицинский университет. - Красноярск : КрасГМУ, 2013. - 62 с. - ЦКМС