

Федеральное государственное бюджетное образовательное
учреждение высшего образования
«Рязанский государственный медицинский университет
имени академика И.П.Павлова»
Министерства здравоохранения Российской Федерации

*Кафедра госпитальной терапии
с курсом медико-социальной экспертизы*

Методические указания
для обучающихся по специальности Лечебное дело
по дисциплине «Госпитальная терапия»
Раздел Ревматология
Раздел Пульмонология
Раздел Гастроэнтерология
Раздел Кардиология

Рязань, 2022

УДК 616+616-002.77+616.24+616.3+616.12](0.75.83)

ББК 54.1+55.5+54.12+54.13+54.10

M545

Под редакцией профессора С.С. Якушина

Рецензенты: *А.В. Данилов*, к.м.н., главный врач ГБУ РО «ОККД»;
О.М. Тюрчина, главный внештатный специалист-терапевт
Рязанской области, заместитель главного врача ГБУ РО
«Городская больница №6».

Авторы: *С.П. Филоненко*, к.м.н., доц. кафедры госпитальной терапии
с курсом медико-социальной экспертизы;
В.С. Петров, д.м.н., проф. кафедры госпитальной терапии с
курсом медико-социальной экспертизы;
Н.В. Добрынина, к.м.н., доц. кафедры госпитальной терапии
с курсом медико-социальной экспертизы;
Е.В. Лыгина, к.м.н., доц. кафедры госпитальной терапии с
курсом медико-социальной экспертизы;
Л.А. Зотова, к.м.н., доц. кафедры госпитальной терапии с
курсом медико-социальной экспертизы;
И.В. Буданова, к.м.н., доц. кафедры госпитальной терапии с
курсом медико-социальной экспертизы
С.В. Селезнев, к.м.н., доц. кафедры госпитальной терапии с
курсом медико-социальной экспертизы
К.Г. Переверзева, к.м.н., доц. кафедры госпитальной терапии
с курсом медико-социальной экспертизы;
А.В. Косяков, к.м.н., доц. кафедры госпитальной терапии с
курсом медико-социальной экспертизы.

M545 Методические указания для обучающихся по специальности
Лечебное дело по дисциплине «Госпитальная терапия» Раздел
Ревматология, Раздел Пульмонология, Раздел Гастроэнтерология,
Раздел Кардиология / *С.П. Филоненко, В.С. Петров, Н.В.
Добрынина* [и др.]; под. ред. проф. *С.С. Якушина*; ФГБОУ ВО
РязГМУ Минздрава России. – Рязань: ОТСиОП, 2022. – 239 с.

В настоящих методических указаниях для обучающихся
представлены отдельные темы по дисциплине «Госпитальная
терапия», не входящие в темы практических занятий и лекций, в
которые включены программированный контроль, кейс-задачи и
рекомендуемая литература.

УДК 616+616-002.77+616.24+616.3+616.12](0.75.83)

ББК 54.1+55.5+54.12+54.13+54.10

© Авторы, 2022

© ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России, 2022

Содержание

Хроническая болезнь почек: причины, классификация, методы диагностики и лечения. <i>(Добрынина Н.В.)</i>	5
Ранняя диагностика, дифференциальная диагностика и лечение ревматоидного артрита. Базисная терапия заболевания, терапия НПВП (нестероидные противовоспалительные препараты), ГКС (глюкокортикоиды). <i>(Лыгина Е.В.)</i>	18
Диагностика, дифференциальная диагностика и лечение спондилоартропатий (анкилозирующий спондилит, реактивные артриты, псориазический артрит). БНЧС (боли в нижней части спины). <i>(Зотова Л.А.)</i>	34
Диагностика, дифференциальная диагностика и лечение остеоартрита. Диагностика, дифференциальная диагностика и лечение микрокристаллических артропатий (подагра, пирофосфатная артропатия). <i>(Филоненко С.П.)</i>	47
Дифференциальная диагностика и лечение системных заболеваний соединительной ткани. Часть 1 (системная красная волчанка, болезнь и синдром Шегрена). <i>(Филоненко С.П.)</i>	61
Дифференциальная диагностика и лечение системных заболеваний соединительной ткани. Часть 2 (системная склеродермия, идиопатические воспалительные миопатии). Понятие о глюкокортикоидном остеопорозе. <i>(Филоненко С.П.)</i>	72
Дифференциальная диагностика и лечение системных васкулитов (узелковый полиартериит, микроскопический полиартериит, гранулематоз с полиангиитом Вегенера, синдром Черджа-Стросс, геморрагический васкулит, неспецифический аортоартериит) <i>(Филоненко С.П.)</i>	87
Дифференциальная диагностика при интерстициальных поражениях легких. Поражение легких при COVID -19. <i>(Косяков А.В.)</i>	106
Дифференциальная диагностика заболеваний желчных путей и поджелудочной железы (желчно-каменная болезнь, хронический холецистит, дискинезии желчных путей, хронический панкреатит, рак поджелудочной железы). Неотложная терапия при желчной колике и остром	

панкреатите. (<i>Добрынина Н.В.</i>).....	117
Лечение хронических гепатитов и циррозов печени. Неотложная терапия острой печеночной недостаточности. (<i>Петров В.С.</i>).....	133
Фибрилляция предсердий: современные классификации, диагностика и лечение: принципы выбора стратегии контроля ритма и ЧСС. Кардиоверсия (электрическая, медикаментозная): показания, противопоказания, осложнения, подготовка больного. Фибрилляция предсердий: принципы антикоагулянтной терапии. Шкалы CHA2DS2, CHA2DS2-VASC, HAS-BLED. (<i>Переверзева К.Г.</i>).....	154
Дифференциальный диагноз и современная терапевтическая тактика при нарушениях проведения импульса по сердцу. Показания для имплантации искусственного водителя ритма (постоянного и временного) нарушения ритма сердца, обусловленные нарушением образования импульса: классификация, дифференциальная диагностика, лечение. Синдром слабости синусового узла: диагностика. лечение. (<i>Добрынина Н.В.</i>).....	168
Нарушения ритма сердца, обусловленные нарушением образования импульса: классификация, дифференциальная диагностика. экстрасистолии и пароксизмальные тахикардии: диагностика, лечение. Показания и противопоказания к дефибрилляции. Синдром слабости синусового узла: диагностика, лечение. (<i>Селезнёв С.В.</i>).....	181
Перикардиты. Дифференциальная диагностика, клиника, особенности лечения. Опухоли сердца. (<i>Буданова И.В.</i>).....	293
Заболевания сердечно-сосудистой системы у беременных. Климактерический синдром в практике врача-терапевта. Особенности течения гипертонической болезни, ИБС. Климактерический кардионевроз. (<i>Селезнёв С.В.</i>).....	208
Клапанная болезнь сердца: диагностика, дифференциальная диагностика, лечение. (<i>Филоненко С.П.</i>).....	220

Тема занятия: ХРОНИЧЕСКАЯ БОЛЕЗНЬ ПОЧЕК: ПРИЧИНЫ, КЛАССИФИКАЦИЯ, МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ. (Добрынина Н.В.)

Цель занятия: изучить клинику, симптоматику, вопросы диагностики (дифференциальной диагностики), принципы индивидуального лечебного подхода на различных стадиях хронической болезни почек.

Форма проведения: клиническое практическое занятие.

Время проведения занятия (количество академических часов): 5.

Методическое оснащение: методические разработки для студентов, тесты, истории болезни, кейс-задачи.

Материально-техническое оснащение: столы, стулья, мультимедийная техника, фантомы.

**Организационно-методические указания
для преподавателей**

В результате изучения темы студент должен овладеть следующими компетенциями:

ОПК 4: Способен применять медицинские изделия, предусмотренные порядком оказания медицинской помощи, а также проводить обследования пациента с целью установления диагноза.

ОПК 7: Способен назначать лечение и осуществлять контроль его эффективности и безопасности.

ПК 2: Способен проводить обследование пациента с целью установления диагноза.

ПК 3: Способен к ведению медицинской документации.

ПК 4: Способен организовать деятельность находящегося в распоряжении среднего медицинского персонала.

Расчет учебного времени

- I. Вводная часть - 25 мин.**
- II. Клиническая конференция – 30 мин.**
- III. Обсуждение материала: контроль теоретической подготовки студентов - 45 мин.**

Программированный контроль:

1. ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ЗАМЕСТИТЕЛЬНОЙ ПОЧЕЧНОЙ ТЕРАПИИ (ГЕМОДИАЛИЗ, ПЕРИТОНЕАЛЬНЫЙ ДИАЛИЗ) У ПАЦИЕНТОВ С ТЕРМИНАЛЬНЫМ ПОЧЕЧНЫМ ЗАБОЛЕВАНИЕМ ПРЕДПОЧТИТЕЛЬНЫМ АНТИКОАГУЛЯНТОМ ЯВЛЯЕТСЯ

- А) гепарин
- Б) апиксабан
- В) эндоксабан
- Г) дабигатран

2. ЭРИТРОПОЭЗ-СТИМУЛИРУЮЩИМИ ПРЕПАРАТАМИ ПЕРВОЙ ЛИНИИ НА БЕЛКОВОЙ ОСНОВЕ ЯВЛЯЮТСЯ

- А) эритропоэтины (альфа, бета, дельта, омега)
- Б) ингибиторы пролилгидроксилазы
- В) ЭПО-миметики
- Г) ингибиторы транскриптазы

3. ДЛЯ КОРРЕКЦИИ АНЕМИИ У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПОЧЕК ИСПОЛЬЗУЮТ

- А) стимуляторы эритропоэза
- Б) стимуляторы лейкопоэза
- В) аналоги нуклеозидов
- Г) иммунодепрессанты

4. ПРИ АНЕМИИ У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПОЧЕК НЕОБХОДИМО НАЗНАЧАТЬ КОМБИНИРОВАННУЮ ТЕРАПИЮ: СТИМУЛЯТОРЫ ЭРИТРОПОЭЗА С ПРЕПАРАТАМИ

- А) железа
- Б) кальция
- В) калия
- Г) магния

5. ПРИ СНИЖЕНИИ СКФ <30 МЛ/МИН/1,73М² ГИПЕРКАЛИЕМИЮ МОЖЕТ ВЫЗВАТЬ НАЗНАЧЕНИЕ

- А) спиронолактона
- Б) дабигатрана
- В) фебуксостата
- Г) ивабрадина

6. ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ОТЁЧНОГО СИНДРОМА ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ ПОЧЕК 4 СТАДИИ (КЛУБОЧКОВАЯ ФИЛЬТРАЦИЯ < 20 МЛ/МИН/1,73 М²) ДИУРЕТИКАМИ ВЫБОРА ЯВЛЯЮТСЯ

- А) фуросемид, торасемид
- Б) спиронолактон, триамтерен
- В) индапамид, хлорталидон
- Г) манинил, буметанид

7. КАК ВЛИЯЕТ ПРИЕМ ПРЕДНИЗОЛОНА НА УРОВЕНЬ КРЕАТИНИНА СЫВОРОТКИ КРОВИ

- А) повышает
- Б) понижает
- В) не изменяет
- Г) может быть как А, так и Б

8. ВЛИЯЕТ ПРИЕМ АЦЦ НА УРОВЕНЬ КРЕАТИНИНА СЫВОРОТКИ КРОВИ

- А) повышает
- Б) понижает
- В) не изменяет
- Г) может быть как А, так и Б

9. ПРЕПАРАТОМ, ПРОТИВОПОКАЗАННЫМ ПРИ ПИЕЛОНЕФРИТЕ ПРИ 4 СТАДИИ ХБП, ЯВЛЯЕТСЯ

- А) гентамицин
- Б) оксациллин
- В) азитромицин
- Г) карбенициллин

10. УРОВЕНЬ рСКФ, ПРИ КОТОРОМ НАЧИНАЮТ ПОДГОТОВКУ К ГЕМОДИАЛИЗУ, СОСТАВЛЯЕТ _____ МЛ/МИН

- А) менее 15
- Б) 15-29
- В) 30-44
- Г) более 45

11. У БОЛЬНОГО С ТЕРМИНАЛЬНОЙ СТАДИЕЙ ХБП, ПРОПУСТИВШЕГО ОЧЕРЕДНОЙ СЕАНС ГЕМОДИАЛИЗА, НА ЭКГ С ВЫСОКОЙ ВЕРОЯТНОСТЬЮ МОЖНО ОЖИДАТЬ

- А) высокий остроконечный зубец Т

- Б) депрессию сегмента ST
- В) инверсию зубца T
- Г) наличие зубца Q

12. ЭКГ-ПРИЗНАКОМ ГИПЕРКАЛИЕМИИ ЯВЛЯЕТСЯ

- А) высокий остроконечный зубец T
- Б) депрессия сегмента ST
- В) инверсия зубца T
- Г) тахикардия

13. ПРИЧИНОЙ УРЕМИЧЕСКОЙ ОСТЕОДИСТРОФИИ ПРИ ХБП ЯВЛЯЕТСЯ

- А) увеличение уровня паратиреоидного гормона
- Б) увеличение уровня креатинина
- В) увеличение уровня мочевины
- Г) снижение уровня эритропоэтина

14. ХРОНИЧЕСКАЯ БОЛЕЗНЬ ПОЧЕК V СТАДИИ ФИКСИРУЕТСЯ ПРИ СКОРОСТИ КЛУБОЧКОВОЙ ФИЛЬТРАЦИИ

- А) менее 15 мл/мин
- Б) 89-60 мл/мин
- В) 59-30 мл/мин
- Г) 29-15 мл/мин

15. КАКОЙ УРОВЕНЬ ГЛИКИРОВАННОГО ГЕМОГЛОБИНА НЕОБХОДИМО ПОДДЕРЖИВАТЬ У ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ ДЛЯ СНИЖЕНИЯ ПРОГРЕССИРОВАНИЯ ХБП

- А) менее 7,0%
- Б) более 7,5%
- В) менее 6,5%
- Г) более 8,5%

16. ГЛАВНОЙ ПРИЧИНОЙ СМЕРТИ БОЛЬНЫХ, НАХОДЯЩИХСЯ НА ЛЕЧЕНИИ ГЕМОДИАЛИЗОМ, ЯВЛЯЕТСЯ

- А) сердечно-сосудистое заболевание
- Б) острый вирусный гепатит
- В) бактериальная пневмония
- Г) диализный амилоидоз

17. ОСНОВНОЙ ПРИЧИНОЙ АНЕМИИ У ПАЦИЕНТОВ С ХБП ЯВЛЯЕТСЯ

- А) снижение продукции эритропоэтина
- Б) дефицит витамина В12
- В) дефицит железа
- Г) кровопотеря

18. К ГРУППЕ ПРЕПАРАТОВ, СНИЖАЮЩИХ ВНУТРИКЛУБОЧКОВУЮ ГИПЕРТЕНЗИЮ, ОТНОСЯТ

- А) ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента
- Б) бета-адреноблокаторы
- В) диуретики
- Г) статины

19. ЯВЛЯЕТСЯ ПОКАЗАНИЕМ К СРОЧНОМУ НАПРАВЛЕНИЮ БОЛЬНОГО С ХБП НА ГЕМОДИАЛИЗ

- А) высокая гиперкалиемия
- Б) выраженная олигурия
- В) анасарка
- Г) тяжелая гипертония

20. У БОЛЬНОГО С ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПОЧЕК ПРИ НАЛИЧИИ ВЫСОКИХ ЗАОСТРЕННЫХ ЗУБЦОВ Т, БРАДИКАРДИИ ВЕРОЯТНО ВЫЗВАНА

- А) гиперкалиемией
- Б) гипергликемией
- В) гипокалиемией
- Г) гиперкальциемией

21. КАКОВ УРОВЕНЬ (ММ. РТ. СТ.) ЦЕЛЕВОГО СИСТОЛИЧЕСКОГО АД У ПАЦИЕНТОВ С ХБП И ГИПЕРТЕНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ

- А) более 140
- Б) 130- 139
- В) 120-129
- Г) менее 120

22. САМЫМ ДОСТОВЕРНЫМ ПРИЗНАКОМ ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ ПОЧЕК ЯВЛЯЕТСЯ

- А) снижение расчетной СКФ
- Б) артериальная гипертония
- В) большая протеинурия
- Г) нефротический синдром

23. ПРИ ХБП В ПАТОГЕНЕТИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ АНЕМИИ ОБЯЗАТЕЛЬНО ИСПОЛЬЗУЮТ

- А) эритропоэтин
- Б) препараты железа
- В) переливание эритромаcсы
- Г) витамин В12

24. НОРМА СУТОЧНОГО ПОТРЕБЛЕНИЯ ПОВАРЕННОЙ СОЛИ СОСТАВЛЯЕТ ___грамм

- А) 5
- Б) 6
- В) 7
- Г) 8

25. КАКАЯ ГРУППА ПРЕПАРАТОВ ОБЛАДАЕТ НЕФРОПРОТЕКТИВНЫМ ЭФФЕКТОМ

- А) иАПФ
- Б) блокаторы кальциевых каналов
- В) диуретики
- Г) НПВП

26. НАИБОЛЬШЕЙ НЕФРОТОКСИЧНОСТЬЮ ХАРАКТЕРИЗУЮТСЯ АНТИБИОТИКИ

- А) аминогликозиды
- Б) макролиды
- В) нитрофураны
- Г) β -лактамы

27. НЕФРОТОКСИЧНЫМ ДЕЙСТВИЕМ ОБЛАДАЮТ

- А) иАПФ
- Б) блокаторы кальциевых каналов
- В) диуретики
- Г) НПВП

28. ПРИ КАКОЙ СТАДИИ ХБП НЕОБХОДИМО НАПРАВИТЬ ПАЦИЕНТА НА КОНСУЛЬТАЦИЮ К НЕФРОРОЛОГУ

- А) 1
- Б) 2
- В) 3а
- Г) 3б

29. НАЗОВИТЕ ОДИН ИЗ ОСНОВНЫХ КЛИНИЧЕСКИХ КРИТЕРИЕВ ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ ПОЧЕК

- А) альбуминурия/протеинурия
- Б) снижение концентрационной функции почек

В) гематурия

Г) цилиндрурия

30. КРИТЕРИЙ III СТАДИИ ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ ПОЧЕК

А) СКФ 30-59 мл/мин

Б) СКФ < 40 мл/мин

В) СКФ 15-29 мл/мин

Г) СКФ < 15 мл/мин

Ключ к тестам:

№ теста	Ответ
1	А
2	А
3	А
4	А
5	А
6	А
7	А
8	Б
9	А
10	Б
11	А
12	А
13	А
14	А
15	А
16	А
17	А
18	А
19	А
20	А
21	Б
22	А
23	А
24	А
25	А
26	А

27	Г
28	Г
29	А
30	А

Вопросы для обсуждения:

1. Дайте определение ХБП и ее концепции?
2. Назовите модифицируемые факторы риска ХБП?
3. Назовите немодифицируемые факторы риска ХБП?
4. Какие Вы знаете способы определения СКФ?
5. На какие стадии делится ХБП по уровню СКФ?
6. Что такое альбуминурия. Как классифицируется ХБП в зависимости от уровня альбуминурии?
7. Назовите принципы ведения больных с ХБП?
8. Показания к гемодиализу при ХБП?
9. Противопоказания к гемодиализу при ХБП?
10. Какие Вы знаете методы заместительной почечной терапии?
11. Каковы принципы немедикаментозного лечения больных с ХБП?
12. Что такое эритропоэтины и каковы показания к их назначению?
13. Принципы назначения лекарственных препаратов при ХБП и сопутствующих заболеваниях?
14. Изложить принципы формулировки диагноза при ХБП.
15. Каков прогноз при ХБП?

IV. Клиническая работа: курация больных - 1 ч. 30 мин.,

V. Разбор клинических случаев, решение ситуационных задач (при невозможности разобрать клинический случай)– 30 мин.

Кейс – задачи:

Задача №1.

Больной М., 50 лет, поступил с жалобами на резкую слабость, головные боли, тошноту, кожный зуд. Болен более 20 лет, когда был поставлен диагноз хронического пиелонефрита. Периодически отмечал боли в поясничной области, находили

изменения в анализе мочи (характер изменений не знает). Регулярно у врача не наблюдался и не лечился. Ухудшение состояния отмечает последний год, когда появились и стали нарастать вышеперечисленные жалобы.

Объективно: пониженного питания, кожные покровы бледные с желтушным оттенком, следы расчесов на туловище и конечностях. Границы сердца расширены влево, тоны ясные, акцент II тона на аорте, АД - 250/130 мм рт.ст. Со стороны других внутренних органов патологии не выявлено. Клинический анализ крови: Нв - 82 г/л, эритроциты - $2,6 \times 10^{12}$ /л, лейкоциты - $5,6 \times 10^9$, СОЭ - 12 мм/ч, гематокрит - 26 %. Общий анализ мочи: относительная плотность - 1005, лейкоциты - 1-2 в поле зрения, эритроциты - 0-1 в поле зрения.

Проба Зимницкого: дневной диурез - 300 мл, ночной диурез - 480 мл, колебания относительной плотности - 1002-1007. Проба Реберга-Тареева: скорость клубочковой фильтрации - 15 мл/мин, канальцевая реабсорбция - 95 %.

1. Сформулируйте и обоснуйте предварительный диагноз.
2. Какие дополнительные методы исследования необходимо назначить больному для подтверждения диагноза?
3. Какие изменения вы предполагаете обнаружить в биохимическом анализе крови у больного?
4. Определите наиболее подходящую терапевтическую тактику.

Задача №2.

Больной К., 35 лет, поступил с жалобами на головную боль, легкую слабость и утомляемость. В анамнезе частые ангины в детстве и юношеском возрасте. Со слов больного, 8 лет назад в моче обнаружили гематурию. Так как в последующем количество эритроцитов в анализе мочи уменьшилось, больной далее не обследовался. Объективно: кожные покровы бледные, сухие, веки отечны. Тоны сердца ясные, ритм правильный, АД - 180/10 мм рт.ст. Со стороны других внутренних органов патологии не выявлено. Клинический анализ крови: Нв - 94 г/л, эритроциты - $3,6 \times 10^{12}$ /л, гематокрит - 28 %, лейкоциты - $4,6 \times 10^9$, СОЭ - 16 мм/ч. Общий анализ мочи: относительная плотность - 1008, белок - 0,033 г/л, лейкоциты - 4-5 в поле зрения, эритроциты - 1-3 в поле зрения. Суточная протеинурия - 1,1 г. Проба Зимницкого:

дневной диурез - 950 мл, ночной диурез - 1500 мл, колебания относительной плотности -1004-1010.Проба Реберга-Тареева скорость клубочковой фильтрации - 40 мл/мин, канальцевая реабсорбция - 98 %. Биохимический анализ крови: креатинин - 305 мкмоль/л, мочевины - 19 ммоль/л, холестерин - 5,4 ммоль/л, глюкоза - 4,5 ммоль/л.

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Какое исследование позволит установить окончательный диагноз и определить тактику лечения больного?
3. Имеются ли у больного показания к гемодиализу?
4. Имеются ли показания к лечению анемии эритропоэтином?

VI. Заключительная часть (подведение итогов) - 5 мин.

VII. Рекомендуемая литература:

Основная учебная литература:

	Название учебной и учебно-методической литературы, автор, издательство	Год издания
1.	Госпитальная терапия: в 5 ч.: учебное пособие для студентов, обучающихся по специальности 31.05.01. Лечебное дело. / С.П. Филоненко, Е.В. Лыгина, Л.А. Зотова, под. ред. проф. С.С. Якушина; ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России. – Рязань: ОТСиОП, 2018. – Ч. 1: Ревматология – 140 с. / Н.Н. Никулина, Е.В. Филиппов, И.В. Буданова, под. ред. проф. С.С. Якушина; ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России. – Рязань: ОТСиОП, 2018. – Ч.2: Пульмонология. – 212 с. / В.С. Петров, Н.В. Добрынина, И.В. Буданова [и др.], под.ред. проф. С.С. Якушина; ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России. – Рязань: ОТСиОП, 2018. – Ч.3: Гастроэнтерология. – 132 с. / В.С. Петров, Н.В. Добрынина, Л.А. Зотова, под. ред. проф. С.С. Якушина; ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России. – Рязань: ОТСиОП, 2018. – Ч.4: Нефрология. – 112 с. / С.П. Филоненко [и др.]; под. ред. проф. С.С. Якушина; ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России. – Рязань: ОТСиОП, 2018. – Ч. 5.1: Кардиология. – 196 с. / Н.Н. Никулина, Е.В.	2018

	Филиппов, Е.А. Смирнова [и др.]; под. ред. проф. С.С. Якушина; ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России. – Рязань: ОТСиОП, 2018. – Ч. 5.2.: Кардиология. – 196 с.	
2.	Маколкин, В.И. Внутренние болезни : учебник / В.И. Маколкин, С.И. Овчаренко, В.А. Сулимов. – 6-е изд., перераб. и доп. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2-17. – 768 с. – ISBN 978-5-9704-4157-2. – Текст: электронный // ЭБС "Консультант студента": [сайт]. – URL: https://www.studentlibrary.ru/b	2017
3.	Внутренние болезни: учеб. для студентов учреждений высш. проф. образования: в 2 т. / под ред. В.С. Моисеева [и др.]. – 3-е изд., перераб. и доп. – М.: ГЭОТАР-Медиа	2018

Дополнительная литература:

	Название учебной и учебно-методической литературы, автор, издательство	Год издания
1.	Ивашкин, В.Т. Гастроэнтерология. Национальное руководство / под ред. В.Т. Ивашкина, Т.Л. Лапиной. – М.: ГЭОТАР-Медиа. – 464 с. – ISBN 978-5-9704-4406-1. - Текст: электронный // ЭБС "Консультант студента": [сайт]. – URL: https://www.studentlibrary.ru/book/I	2018
2.	Усанова, А. А. Ревматология : учебное пособие / А. А. Усанова [и др.] ; под ред. А. А. Усановой. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, - 408 с. - 408 с. - ISBN 978-5-9704-5303-2. - Текст: электронный // ЭБС "Консультант студента": [сайт]. - URL: https://www.studentlibrary.ru/book	2019
3.	Чучалин, А.Г. Пульмонология / под ред. А.Г. Чучалина. – М.: ГЭОТАР-Медиа. – 768 с. – ISBN 978-5-9704-5323-0. – Текст: электронный // ЭБС "Консультант студента": [сайт]. – URL: https://www.studentlibrary.ru/book/	2020
4.	Филоненко, С.П. Боли в суставах: дифференциальная диагностика / С.П. Филоненко, С.С. Якушин. – М.: ГЭОТАР-Медиа.	2014

	– URL: http://www.studmedlib.ru/book	
5.	Окороков В.Г. Диагностика и лечение желудочковых нарушений ритма сердца: моногр. / В.Г. Окороков, С.В. Селезнев; ГБОУ ВПО РязГМУ. – Рязань: РИО РязГМУ. – 172 с. – Библиогр.: С. 172. – 92-88.	2013
6.	Основы ревматологии: учебное пособие для студентов обуч. по спец. «Лечебное дело» / С.С. Якушин [и др.]; ГБОУ ВПО РязГМУ. – Рязань: РИО РязГМУ. – 130 с.	2015

Перечень ресурсов информационно-телекоммуникационной сети «Интернет», необходимых для освоения дисциплины

1. ЭБС «Консультант студента ВПО и СПО», доступ предоставлен зарегистрированному пользователю университета с любого домашнего компьютера. Доступ предоставлен по ссылке www.studmedlib.ru и www.medcollegelib.ru соответственно.
2. Собственная электронная библиотека университета, в которой имеются полные тексты методических указаний преподавателей с июня 2012 года, осуществляется по ссылке <http://lib.local> и предоставляется авторизованному пользователю с компьютеров локальной сети университета
3. Клинические рекомендации МЗ РФ. Доступ к рубриктору по ссылке: <https://cr.minzdrav.gov.ru/>

Справочные правовые системы

СПС «Консультант-плюс» - <http://www.consultant.ru/>

СПС «Гарант» - <http://www.garant.ru/>

СПС «Кодекс» - <http://www.kodeks.ru/>

Базы данных и информационно-справочные системы

1. ЭБС «Консультант студента ВПО и СПО», доступ предоставлен зарегистрированному пользователю университета с любого домашнего компьютера. Доступ предоставлен по ссылке www.studmedlib.ru и www.medcollegelib.ru соответственно.

2. Библиографическая и реферативная база данных Scopus. Ссылка на ресурс: www.scopus.com.
3. Национальная электронная библиотека («НЭБ»). Ссылка на ресурс <http://нэб.рф/>.
4. Коллекция книг ЭБС "Юрайт". Доступ предоставлен по ссылке [«Юрайт» biblio-online.ru](http://biblio-online.ru)
5. Polpred.com. Обзор СМИ. Доступ на Polpred.com открыт со всех компьютеров библиотеки и внутренней сети. Для работы используйте ссылку <http://polpred.com>. После регистрации с компьютеров университета можно просматривать документы из дома.
6. Собственная электронная библиотека университета, в которой имеются полные тексты методических указаний преподавателей с июня 2012 года, осуществляется по ссылке <http://lib.local> и предоставляется авторизованному пользователю с компьютеров локальной сети университета.

Тема занятия: РАННЯЯ ДИАГНОСТИКА, ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА. БАЗИСНАЯ ТЕРАПИЯ ЗАБОЛЕВАНИЯ, ТЕРАПИЯ НПВП (НЕСТЕРОИДНЫЕ ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ПРЕПАРАТЫ), ГКС (ГЛЮКОКОРТИКОИДЫ). (Лыгина Е.В.)

Цель занятия: изучить клинику, симптоматику, вопросы диагностики (дифференциальной диагностики), принципы лечения (индивидуальные особенности применения фармакотерапии) при ревматоидном артрите.

Форма проведения: клиническое практическое занятие.

Время проведения занятия (количество академических часов): 5.

Методическое оснащение: методические разработки для студентов, тесты, истории болезни, кейс-задачи.

Материально-техническое оснащение: столы, стулья, мультимедийная техника, фантомы.

Организационно-методические указания для преподавателей

В результате изучения темы студент должен овладеть следующими компетенциями:

ОПК 4: Способен применять медицинские изделия, предусмотренные порядком оказания медицинской помощи, а также проводить обследования пациента с целью установления диагноза.

ОПК 7: Способен назначать лечение и осуществлять контроль его эффективности и безопасности.

ПК 2: Способен проводить обследование пациента с целью установления диагноза.

ПК 3: Способен к ведению медицинской документации.

ПК 4: Способен организовать деятельность находящегося в распоряжении среднего медицинского персонала.

Расчет учебного времени

- I. Вводная часть - 25 мин.**
- II. Клиническая конференция – 30 мин.**

III. Обсуждение материала: контроль теоретической подготовки студентов - 45 мин.

Программированный контроль:

1. К НЕЖЕЛАТЕЛЬНЫМ БЫСТРОРАЗВИВАЮЩИМСЯ НЕБЛАГОПРИЯТНЫМ РЕАКЦИЯМ ГЛЮКОКОРТИКОСТЕРОИДОВ ОТНОСЯТ:

- А. снижение толерантности к глюкозе
- Б. истончение и легкую ранимость кожи
- В. субкапсулярную заднюю катаракту
- Г. дистрофические изменения миокарда

2. ДЛЯ ОБЕСПЕЧЕНИЯ БЕЗОПАСНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ МЕТОТРЕКСАТОМ НЕОБХОДИМО КОНТРОЛИРОВАТЬ:

- А. трансаминазы, клиренс креатинина, клинический анализ крови, состояние легких по данным рентгенографии
- Б. липидный профиль, иммунологический и серологический анализы крови, состояние миокарда по данным эхокардиографии
- В. гормональный анализ крови, суточную протеинурию, состояние печени и почек по данным ультразвукового исследования
- Г. комплексный иммуногистохимический профиль, трофобластический бета-1-гликопротеин, фенотипы лимфоцитов (основные субпопуляции)

3. ПРИ ТЯЖЕЛОМ РЕВМАТОИДНОМ АРТРИТЕ И НЕЭФФЕКТИВНОСТИ МЕТОТРЕКСАТА ПРИМЕНЯЕТСЯ ГЕННО-ИНЖЕНЕРНЫЙ БИОЛОГИЧЕСКИЙ ПРЕПАРАТ

- А. инфликсимаб
- Б. циклофосфамид
- В. бозентан
- Г. эторикоксиб

4. НАИБОЛЬШЕЙ АКТИВНОСТЬЮ ОБЛАДАЕТ ОБЕЗБОЛИВАЮЩЕЙ НЕСТЕРОИДНЫЙ ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНЫЙ ПРЕПАРАТ

- А. кеторолак
- Б. кетопрофен
- В. метамизол
- Г. индометацин

5. ВЫСОКОСЕЛЕКТИВНЫМ ИНГИБИТОРОМ ЦОГ-2 ЯВЛЯЕТСЯ

- А. целекоксиб
- Б. нимесулид
- В. мелоксикам
- Г. пироксикам

6. ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ ЭРОЗИВНО-ЯЗВЕННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ НПВП-ТЕРАПИИ РЕКОМЕНДУЕТСЯ

- А. омепразол
- Б. алгелдрат+магния гидроксид
- В. метилурацил
- Г. сукральфат

7. ПРИ РЕВМАТОИДНОМ АРТРИТЕ ЧАЩЕ ПОРАЖАЮТСЯ СУСТАВЫ

- А. кистей
- Б. коленные
- В. голеностопные
- Г. тазобедренные

8. «ЗОЛОТЫМ СТАНДАРТОМ» В ЛЕЧЕНИИ РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА ЯВЛЯЕТСЯ

- А. метотрексат
- Б. гидроксихлорохин
- В. лефлуномид
- Г. сульфасалазин

9. НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫМ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИМ ПРИЗНАКОМ РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА ЯВЛЯЕТСЯ

- А. краевые костные эрозии эпифизов
- Б. субхондральный остеосклероз
- В. остеофиты
- Г. «пробойники»

10. НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ПРИ РЕВМАТОИДНОМ АРТРИТЕ ПОРАЖАЮТСЯ

- А. проксимальные межфаланговые суставы
- Б. коленные суставы
- В. первые пястно-фаланговые суставы стоп и кистей
- Г. фасеточные суставы

11. К ГЕННО-ИНЖЕНЕРНЫМ ПРЕПАРАТАМ ОТНОСЯТ ВСЕ, КРОМЕ

- А. целекоксиб
- Б. тоцилизумаб
- В. инфликсимаб
- Г. адалимумаб

12. К ПРЕПАРАТАМ, БЛОКИРУЮЩИМ ДЕЙСТВИЕ ФНО-АЛЬФА, ОТНОСЯТСЯ ВСЕ, КРОМЕ

- А. тоцилизумаб
- Б. голимумаб
- В. инфликсимаб
- Г. этанерцепт

13. К СЕЛЕКТИВНЫМ/СПЕЦИФИЧЕСКИМ ИНГИБИТОРАМ ЦОГ-2 НЕ ОТНОСИТСЯ

- А. ацеклофенак
- Б. нимесулид
- В. мелоксикам
- Г. эторикоксиб

14. ОТМЕТИТЬ НА КАКОЙ ИЗ МЕХАНИЗМОВ РАЗВИТИЯ БОЛЕЗНИ ВЛИЯЮТ БАЗИСНЫЕ ПРЕПАРАТЫ У БОЛЬНЫХ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ

- А. хроническое иммунное воспаление
- Б. подавление локального местного воспаления
- В. этиологические факторы
- Г. генетическая предрасположенность

15. ПРИ ПЕРВИЧНОМ ОБРАЩЕНИИ В ПОЛИКЛИНИКУ МОЛОДОЙ ЖЕНЩИНЫ С СИММЕТРИЧНЫМ АРТРИТОМ МЕЛКИХ СУСТАВОВ КИСТЕЙ НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТНОЙ ДИАГНОСТИЧЕСКОЙ ВЕРСИЕЙ БУДЕТ

- А. ревматоидный артрит
- Б. реактивный артрит
- В. дерматополимиозит
- Г. аортоартериит Такаясу

16. ПРИ ПЕРВИЧНОМ ОБРАЩЕНИИ В ПОЛИКЛИНИКУ С ПОДОЗРЕНИЕМ НА РЕВМАТОИДНЫЙ АРТРИТ НАИМЕНЕЕ ХАРАКТЕРНЫМ ЯВЛЯЕТСЯ ПОРАЖЕНИЕ СЛЕДУЮЩИХ СУСТАВОВ

- А. дистальные межфаланговые суставы кистей

- Б. проксимальные межфаланговые суставы кистей
- В. лучезапястные суставы
- Г. плюснефаланговые суставы

**17. КАКОЕ РЕВМАТИЧЕСКОЕ ЗАБОЛЕВАНИЕ
ОСЛОЖНЯЕТСЯ АМИЛОИДОЗОМ**

- А. ревматоидный артрит
- Б. системная склеродермия
- В. СКВ
- Г. дерматомиозит

**18. ПРИ ОСМОТРЕ БОЛЬНОГО РЕВМАТОИДНЫМ
АРТРИТОМ МОЖНО ОБНАРУЖИТЬ**

- А. пальцы в виде «шеи лебедя»
- Б. узелки Бушара
- В. хруст в суставах
- Г. покраснение в области суставов

**19. НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМИ ОСЛОЖНЕНИЯМИ
ТЕРАПИИ НЕСТЕРОИДНЫМИ
ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ ПРЕПАРАТАМИ
ЯВЛЯЮТСЯ**

- А. желудочно-кишечные
- Б. гепатотоксические
- В. нефротоксические
- Г. кожные

**20. ПРЕПАРАТОМ, ОТНОСЯЩИМСЯ К ГРУППЕ
СЕЛЕКТИВНЫХ ИНГИБИТОРОВ ЦОГ-2, ЯВЛЯЕТСЯ**

- А. эторикокиб
- Б. кетопрофен
- В. ибупрофен
- Г. ацетилсалициловая кислота

**21. III РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКАЯ СТАДИЯ
РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ**

- А. множественными эрозиями эпифизов
- Б. костным анкилозом
- В. субхондральным остеосклерозом
- Г. остеофитами

**22. ДЛЯ I РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКОЙ СТАДИИ
РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА ХАРАКТЕРНО**

- А. эпифизарный остеопороз

- Б. подвывихи
- В. сужение суставной щели
- Г. единичные эрозии эпифизов

23. ЧТО ЯВЛЯЕТСЯ ОПРЕДЕЛЯЮЩИМ ДЛЯ IV РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКОЙ СТАДИИ РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА

- А. костный анкилоз
- Б. подвывихи
- В. сужение суставной щели
- Г. множественные эрозии эпифизов

24. ВНЕСУСТАВНЫМ ПРОЯВЛЕНИЕМ РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА ЯВЛЯЕТСЯ

- А. ревматоидные узелки
- Б. синдром Шарко
- В. дисковидные ателектазы
- Г. телеангиэктазии

25. ПРИ ОСМОТРЕ БОЛЬНОГО РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ КАКУЮ ДЕФОРМАЦИЮ СУСТАВОВ МОЖНО ОБНАРУЖИТЬ

- А. пальцы в виде «пуговичной петли»
- Б. узелки Бушара
- В. узелки Гебердена
- Г. «сосискообразные» пальцы

26. ПРЕПАРАТОМ, БЛОКИРУЮЩИМ ДЕЙСТВИЕ IL-6, ЯВЛЯЕТСЯ

- А. тоцилизумаб
- Б. голимумаб
- В. адалимумаб
- Г. цертолизумаба пегол

27. ПРЕПАРАТОМ, БЛОКИРУЮЩИМ ДЕЙСТВИЕ В-ЛИМФОЦИТОВ, ЯВЛЯЕТСЯ

- А. ритуксимаб
- Б. адалимумаб
- В. этанерцепт
- Г. сарилумаб

28. ПРЕПАРАТОМ, БЛОКИРУЮЩИМ ДЕЙСТВИЕ РЕЦЕПТОРОВ FНО-АЛЬФА, ЯВЛЯЕТСЯ

- А. этанерцепт

- Б. абатацепт
- В. ритуксимаб
- Г. сарилумаб

29. КОМПОНЕНТОМ ИНДЕКСА АКТИВНОСТИ РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА ЯВЛЯЕТСЯ

- А. СРБ
- Б. РФ
- В. АЦЦП
- Г. АНФ

30. ЧТО НЕ ЯВЛЯЕТСЯ КОМПОНЕНТОМ ИНДЕКСА АКТИВНОСТИ РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА

- А. ревматоидный фактор
- Б. СОЭ
- В. число болезненных суставов
- Г. число припухших суставов

31. В КЛАССИФИКАЦИОННЫЕ КРИТЕРИИ РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА ВХОДИТ

- А. СОЭ
- Б. прокальцитонин
- В. антистрептолизин-О
- Г. АНФ

32. ИЗ БАЗИСНЫХ ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ПРЕПАРАТОВ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА ПРИ БЕРЕМЕННОСТИ МОЖНО НАЗНАЧИТЬ

- А. сульфасалазин
- Б. метотрексат
- В. лефлуномид
- Г. циклоспорин А

33. К ОСЛОЖНЕНИЯМ РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА НЕ ОТНОСЯТ

- А. вывихи тазобедренных суставов
- Б. амилоидоз
- В. туннельный синдром
- Г. атеросклероз

34. КЛИНИЧЕСКАЯ КЛАССИФИКАЦИЯ РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА ВКЛЮЧАЕТ ВСЕ, КРОМЕ

- А. лабораторная характеристика
- Б. основной диагноз

В. иммунологическая характеристика

Г. инструментальная характеристика

35. ЛЕЧЕНИЕ МЕТОТРЕКСАТОМ ПАЦИЕНТОВ С РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ СЛЕДУЕТ ПРЕКРАТИТЬ ПРИ ПРЕВЫШЕНИИ КОНЦЕНТРАЦИИ АСТ И/ИЛИ АЛТ ВЕРХНЕЙ ГРАНИЦЫ НОРМЫ В

А. 3 раза

Б. 1,5 раза

В. 2,5 раза

Г. в 2 раза

36. ОСНОВНОЕ МЕСТО В ЛЕЧЕНИИ РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА ЗАНИМАЮТ

А. базисные противовоспалительные препараты

Б. НПВП

В. глюкокортикостероиды

Г. миорелаксанты

37. КАК ЧАСТО НЕОБХОДИМО ОЦЕНИВАТЬ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ТЕРАПИИ РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА ПРИ ВЫСОКОЙ АКТИВНОСТИ ЗАБОЛЕВАНИЯ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ СТАНДАРТИЗИРОВАННЫХ ИНДЕКСОВ АКТИВНОСТИ

А. ежемесячно

Б. 1 раз в 2 месяца

В. 1 раз в 3 месяца

Г. 1 раз в 6 месяца

Ключ к тестам:

№ вопроса	Ответ
1	А
2	А
3	А
4	А
5	А
6	А
7	А
8	А
9	А
10	А

11	A
12	A
13	A
14	A
15	A
16	A
17	A
18	A
19	A
20	A
21	A
22	A
23	B
24	A
25	A
26	A
27	A
28	A
29	A
30	A
31	A
32	A
33	A
34	A
35	A
36	A
37	A

Вопросы для обсуждения:

1. Дайте определение понятия РА
2. Назовите патогенетические механизмы развития РА
3. Представьте классификацию РА
4. Сформулируйте диагностические критерии РА
5. Укажите клинико-лабораторные и инструментальные проявления РА
6. Дифференциально-диагностический ряд при РА
7. Опишите базисную терапию РА

8. Назовите методы контроля эффективности и безопасности лечения РА
9. Терапия РА НПВП. Осложнения терапии НПВП.
10. Терапия РА ГКС. Осложнения терапии ГКС.
11. Назовите осложнения РА

IV. Клиническая работа: курация больных - 1 ч. 30 мин.,

V. Разбор клинических случаев, решение ситуационных задач (при невозможности разобрать клинический случай) - 30 мин.

Кейс – задачи:

Задача №1.

Больная Л., 48 лет, работает преподавателем, обратилась в поликлинику с жалобами на боли в пястно-фаланговых, проксимальных межфаланговых суставах кистей, лучезапястных, плечевых, голеностопных суставах, в плюснефаланговых суставах (боли беспокоят преимущественно утром); слабость в кистях; утреннюю скованность в течение 2-х часов; повышение температуры по вечерам до 37.2 С, общую слабость.

Из анамнеза: считает себя больной около 3 месяцев, когда появились боли в суставах. За медицинской помощью не обращалась, лечилась нестероидными противовоспалительными мазями, без улучшения. В течение последнего месяца появилась припухлость в суставах кистей, стоп, в лучезапястных и голеностопных суставах, утренняя скованность в течение 2-х часов, повышение температуры тела по вечерам до 37.5 С. Похудела за период болезни на 6 кг.

Общее состояние удовлетворительное. Кожные покровы чистые, цианоза, отёков нет. Периферические лимфоузлы не увеличены. Дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД – 18 в минуту. Тоны сердца ясные, шумов нет, ритм правильный. ЧСС – 78 ударов в минуту. АД - 120/70 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень у края рёберной дуги.

Локальный статус: кисти не деформированы. II, III проксимальные межфаланговые суставы и II, III пястно-фаланговые суставы болезненные, припухшие. Болезненность в лучезапястных и плечевых суставах. Хват кистей правой 80%,

левой – 70%. Оценка самочувствия по визуально-аналоговой шкале (ВАШ) – 60 мм.

Обследование.

Общий анализ крови: эритроциты – $3,5 \times 10^{12}/л$, гемоглобин – 131 г/л, лейкоциты – $8,6 \times 10^9/л$, эозинофилы – 1%, палочкоядерные нейтрофилы – 8%, сегментоядерные нейтрофилы – 55%, лимфоциты – 30%, моноциты – 6%, СОЭ – 54 мм/ч.

Биохимические анализы крови: глюкоза – 3,2 ммоль/л, общий билирубин – 15 мкмоль/л, креатинин – 54 мкмоль/л; общий белок – 76 г/л, альбумины – 50%, глобулины: α_1 – 6%, α_2 – 14%, β – 12%, γ – 17%, СРБ – 17,2 мг, фибриноген – 5,8 г/л, мочевиная кислота – 0,24 ммоль/л.

Ревматоидный фактор: ИФА – 62 МЕ/мл. Антитела к ДНК – отрицательные. АЦЦП >200 Ед/мл.

На рентгенографии кистей, стоп: суставные щели умеренно сужены на уровне проксимальных суставов кистей. Определяются единичные эрозии. Костная структура изменена за счет эпифизарного остеопороза на уровне пястно-фаланговых суставов, плюснефаланговых суставов, в этих же суставах имеются единичных кистовидные просветления.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
4. Препарат какой группы лекарственных средств Вы бы рекомендовали пациенту в составе комбинированной терапии. Обоснуйте свой выбор.
5. Через 6 месяцев регулярной терапии: гемоглобин – 134 г/л, СОЭ – 38 мм/час, СРБ – 10,2 мг/л, РФ – 17,2 МЕ/мл, сывороточное железо – 19 мкмоль/л. Сохраняются боли во II, III пястно-фаланговых, проксимальных межфаланговых суставах кистей, лучезапястных суставах, утренняя скованность до 60 мин. Какова Ваша дальнейшая лечебная тактика? Обоснуйте Ваш выбор.

Задача №2.

Больная М., 30 лет, библиограф, обратилась в поликлинику с

жалобами на выраженные боли и припухлость суставов кистей, лучезапястных и коленных суставов, на боли при жевании в височно-нижнечелюстных суставах, утреннюю скованность в суставах кистей до 14-15 часов дня, потерю веса на 5 кг за последние 4 месяца, выраженную общую слабость.

Из анамнеза: около 7 месяцев назад впервые возникли боли в суставах кистей, лучезапястных, а затем коленных суставах. К врачам не обращалась, самостоятельно принимала диклофенак, а затем нимесулид с некоторым положительным эффектом. На фоне приема данных препаратов возникли боли в эпигастрии, изжога.

При осмотре: состояние средней тяжести. Температура тела 37,4°C. Кожные покровы и видимые слизистые бледные. Изменения суставов кистей представлены на рисунке. В области левого локтевого сустава 2 подкожных плотных узелковых образования размером 0,5×0,5 см. Коленные суставы деформированы за счет экссудативных изменений, определяется гипертермия кожи при пальпации, положительный симптом ballotирования надколенника с обеих сторон. DAS 28 = 5,6.

В лёгких дыхание жесткое, хрипов нет. ЧДД - 17 в минуту. Тоны сердца приглушены, шумов нет, ритм правильный. ЧСС - 78 ударов в минуту. АД - 132/80 мм рт. ст. Живот при пальпации мягкий, умеренно болезненный в эпигастрии и пилородуоденальной зоне. Печень и селезёнка не увеличены.

В анализах крови: гемоглобин - 86,4 г/л, лейкоциты - $9,1 \times 10^9$ /л, тромбоциты - 219 тыс., СОЭ - 76 мм/час (по Вестергрену). Электрофорез белков: альбумины - 43,7%, глобулины: 1 - 4,9%, 2 - 12,8%, - 12,4%, - 26,2%. СРБ - 54,7 мг/л, ревматоидный фактор - 62,1 ЕД/л. Сывороточное железо - 6,2 мкмоль/л.

Рентгенография кистей: околосуставной остеопороз и единичные кисты в эпифизах II-III пястных костей справа, сужение суставных щелей обоих лучезапястных суставов, II-IV слева и II-III пястно-фаланговых проксимальных суставов справа.

Эзофагогастродуоденоскопия: яркая гиперемия слизистой антрального отдела желудка с 3 эрозивными дефектами, складки слизистой утолщены.

Вопросы:

1. Сформулируйте развернутый диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
4. Какой базисный препарат вы бы рекомендовали в качестве лекарственного средства первого выбора? Обоснуйте свой выбор.
5. Опишите изменения суставов кистей на представленном рисунке.

VI. Заключительная часть (подведение итогов) - 5 мин.**VII. Рекомендуемая литература:****Основная учебная литература:**

	Название учебной и учебно-методической литературы, автор, издательство	Год издания
1.	Госпитальная терапия: в 5 ч.: учебное пособие для студентов, обучающихся по специальности 31.05.01. Лечебное дело. / С.П. Филоненко, Е.В. Лыгина, Л.А. Зотова, под. ред. проф. С.С. Якушина; ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России. – Рязань: ОТСиОП, 2018. – Ч. 1: Ревматология – 140 с. / Н.Н. Никулина, Е.В. Филиппов, И.В. Буданова, под. ред. проф. С.С. Якушина; ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России. – Рязань: ОТСиОП, 2018. – Ч.2: Пульмонология. – 212 с. / В.С. Петров, Н.В. Добрынина, И.В. Буданова [и др.], под.ред. проф. С.С. Якушина; ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России. – Рязань: ОТСиОП, 2018. – Ч.3: Гастроэнтерология. – 132 с. / В.С. Петров, Н.В. Добрынина, Л.А. Зотова, под. ред. проф. С.С. Якушина; ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России. – Рязань: ОТСиОП, 2018. – Ч.4: Нефрология. – 112 с. / С.П. Филоненко [и др.]; под. ред. проф. С.С. Якушина; ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России. – Рязань: ОТСиОП, 2018. – Ч. 5.1: Кардиология. – 196 с. / Н.Н. Никулина, Е.В. Филиппов, Е.А. Смирнова [и др.]; под. ред. проф. С.С. Якушина; ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава	2018

	России. – Рязань: ОТСиОП, 2018. – Ч. 5.2.: Кардиология. – 196 с.	
2.	Маколкин, В.И. Внутренние болезни : учебник / В.И. Маколкин, С.И. Овчаренко, В.А. Сулимов. – 6-е изд., перераб. и доп. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2-17. – 768 с. – ISBN 978-5-9704-4157-2. – Текст: электронный // ЭБС "Консультант студента": [сайт]. – URL: https://www.studentlibrary.ru/b	2017
3.	Внутренние болезни: учеб. для студентов учреждений высш. проф. образования: в 2 т. / под ред. В.С. Моисеева [и др.]. – 3-е изд., перераб. и доп. – М.: ГЭОТАР-Медиа	2018

Дополнительная литература:

	Название учебной и учебно-методической литературы, автор, издательство	Год издания
1.	Ивашкин, В.Т. Гастроэнтерология. Национальное руководство / под ред. В.Т. Ивашкина, Т.Л. Лапиной. – М.: ГЭОТАР-Медиа. – 464 с. – ISBN 978-5-9704-4406-1. - Текст: электронный // ЭБС "Консультант студента": [сайт]. – URL: https://www.studentlibrary.ru/book/I	2018
2.	Усанова, А. А. Ревматология : учебное пособие / А. А. Усанова [и др.] ; под ред. А. А. Усановой. - Москва: ГЭОТАР-Медиа,. - 408 с. - 408 с. - ISBN 978-5-9704-5303-2. - Текст: электронный // ЭБС "Консультант студента": [сайт]. - URL: https://www.studentlibrary.ru/book	2019
3.	Чучалин, А.Г. Пульмонология / под ред. А.Г. Чучалина. – М.: ГЭОТАР-Медиа. – 768 с. – ISBN 978-5-9704-5323-0. – Текст: электронный // ЭБС "Консультант студента": [сайт]. – URL: https://www.studentlibrary.ru/book/	2020
4.	Филоненко, С.П. Боли в суставах: дифференциальная диагностика / С.П. Филоненко, С.С. Якушин. – М.: ГЭОТАР-Медиа. – URL: http://www.studmedlib.ru/book	2014
5.	Окороков В.Г. Диагностика и лечение	2013

	желудочковых нарушений ритма сердца: моногр. / В.Г. Окороков, С.В. Селезнев; ГБОУ ВПО РязГМУ. – Рязань: РИО РязГМУ. – 172 с. – Библиогр.: С. 172. – 92-88.	
6.	Основы ревматологии: учебное пособие для студентов обуч. по спец. «Лечебное дело» / С.С. Якушин [и др.]; ГБОУ ВПО РязГМУ. – Рязань: РИО РязГМУ. – 130 с.	2015

Перечень ресурсов информационно-телекоммуникационной сети «Интернет», необходимых для освоения дисциплины

1. ЭБС «Консультант студента ВПО и СПО», доступ предоставлен зарегистрированному пользователю университета с любого домашнего компьютера. Доступ предоставлен по ссылке www.studmedlib.ru и www.medcollegelib.ru соответственно.
2. Собственная электронная библиотека университета, в которой имеются полные тексты методических указаний преподавателей с июня 2012 года, осуществляется по ссылке <http://lib.local> и предоставляется авторизованному пользователю с компьютеров локальной сети университета
3. Клинические рекомендации МЗ РФ. Доступ к рубрике по ссылке: <https://cr.minzdrav.gov.ru/>

Справочные правовые системы

СПС «Консультант-плюс» - <http://www.consultant.ru/>

СПС «Гарант» - <http://www.garant.ru/>

СПС «Кодекс» - <http://www.kodeks.ru/>

Базы данных и информационно-справочные системы

1. ЭБС «Консультант студента ВПО и СПО», доступ предоставлен зарегистрированному пользователю университета с любого домашнего компьютера. Доступ предоставлен по ссылке www.studmedlib.ru и www.medcollegelib.ru соответственно.
2. Библиографическая и реферативная база данных Scopus. Ссылка на ресурс: www.scopus.com.

3. Национальная электронная библиотека («НЭБ»). Ссылка на ресурс <http://нэб.рф/>.
4. Коллекция книг ЭБС "Юрайт". Доступ предоставлен по ссылке [«Юрайт» biblio-online.ru](http://biblio-online.ru)
5. Polpred.com. Обзор СМИ. Доступ на Polpred.com открыт со всех компьютеров библиотеки и внутренней сети. Для работы используйте ссылку <http://polpred.com>. После регистрации с компьютеров университета можно просматривать документы из дома.
6. Собственная электронная библиотека университета, в которой имеются полные тексты методических указаний преподавателей с июня 2012 года, осуществляется по ссылке <http://lib.local> и предоставляется авторизованному пользователю с компьютеров локальной сети университета.

Тема занятия: ДИАГНОСТИКА, ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ СПОНДИЛОАРТРОПАТИЙ (АНКИЛОЗИРУЮЩИЙ СПОНДИЛИТ, РЕАКТИВНЫЕ АРТРИТЫ, ПСОРИАТИЧЕСКИЙ АРТРИТ). БНЧС (БОЛИ В НИЖНЕЙ ЧАСТИ СПИНЫ). (Зотова Л.А.)

Цель занятия: изучить клинику, симптоматику, вопросы диагностики (дифференциальной диагностики), принципы лечения (индивидуальные особенности применения фармакотерапии) спондилоартропатий (анкилозирующий спондилит, реактивные артриты, псориатический артрит), болей в нижней части спины.

Форма проведения: клиническое практическое занятие.

Время проведения занятия (количество академических часов): 5.

Методическое оснащение: методические разработки для студентов, тесты, истории болезни, кейс-задачи.

Материально-техническое оснащение: столы, стулья, мультимедийная техника, фантомы.

Организационно-методические указания для преподавателей

В результате изучения темы студент должен овладеть следующими компетенциями:

ОПК 4: Способен применять медицинские изделия, предусмотренные порядком оказания медицинской помощи, а также проводить обследования пациента с целью установления диагноза.

ОПК 7: Способен назначать лечение и осуществлять контроль его эффективности и безопасности.

ПК 2: Способен проводить обследование пациента с целью установления диагноза.

ПК 3: Способен к ведению медицинской документации.

ПК 4: Способен организовать деятельность находящегося в распоряжении среднего медицинского персонала.

Расчет учебного времени

- I. Вводная часть - 25 мин.**
- II. Клиническая конференция – 30 мин.**

Ш. Обсуждение материала: контроль теоретической подготовки студентов - 45 мин.

Программированный контроль:

1. ДЛИТЕЛЬНЫЙ ПРИЕМ НЕСТЕРОИДНЫХ ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ПРЕПАРАТОВ ПОВЫШАЕТ РИСК РАЗВИТИЯ ОСТРОЙ

- А) язвы желудка
- Б) сердечно-сосудистой недостаточности
- В) дыхательной недостаточности
- Г) печеночной недостаточности

2. ДЛЯ УРОГЕННОГО РЕАКТИВНОГО АРТРИТА ХАРАКТЕРНЫМ ЯВЛЯЕТСЯ

- А) развитие гломерулонефрита
- Б) развитие конъюнктивита
- В) анкилозирование суставов
- Г) повышение титра антител к ДНК

3. РАННЕЕ ВОВЛЕЧЕНИЕ В ПРОЦЕСС ИЛИОСАКРАЛЬНЫХ СОЧЛЕНЕНИЙ, ТУГОПОДВИЖНОСТЬ ПОЗВОНОЧНИКА, СИНДЕСМОФИТЫ И КВАДРАТИЗАЦИЯ ПОЗВОНКОВ ПРИ РЕНТГЕНОГРАФИИ ХАРАКТЕРНО ДЛЯ

- А) анкилозирующего спондилита
- Б) ревматоидного артрита
- В) деформирующего остеоартроза
- Г) подагры

4. ПРИ АНКИЛОЗИРУЮЩЕМ СПОНДИЛИТЕ НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНОЙ ОКАЖЕТСЯ РЕНТГЕНОГРАФИЯ

- А) позвоночника и костей таза
- Б) голеностопных суставов
- В) тазобедренных суставов
- Г) коленных суставов

5. АНКИЛОЗИРУЮЩИЙ СПОНДИЛИТ ЧАЩЕ ДИАГНОСТИРУЕТСЯ У

- А) мужчин старше 45 лет
- Б) женщин старше 45 лет
- В) мужчин моложе 45 лет

Г) женщин моложе 45 лет

6. ДЛЯ ПОДТВЕРЖДЕНИЯ АНКИЛОЗИРУЮЩЕГО СПОНДИЛИТА ЦЕЛЕСООБРАЗНО СДЕЛАТЬ РЕНТГЕНОГРАММЫ

А) илиосакральных сочленений

Б) голеностопных суставов

В) тазобедренных суставов

Г) кистей рук

7. В ОСНОВЕ МЕХАНИЗМА ДЕЙСТВИЯ НПВП ЛЕЖИТ

А) стимуляция циклооксигеназы

Б) ингибирование активности липооксигеназы

В) блокада рецепторов простагландинов

Г) ингибирование активности циклооксигеназы

8. НОСИТЕЛЬСТВО HLA B-27 АНТИГЕНОВ СВОЙСТВЕННО

А) анкилозирующему спондилиту

Б) ревматоидному артриту

В) синдрому Шегрена

Г) дерматомиозиту

9. ПРИЗНАКОМ ВОСПАЛИТЕЛЬНОЙ БОЛИ В СПИНЕ ЯВЛЯЕТСЯ

А) уменьшение выраженности боли после упражнений

Б) усиление выраженности боли после упражнений

В) отсутствие влияния упражнений на болевой синдром

Г) отсутствие эффекта после приема НПВП

10. ДЛЯ ВОСПАЛИТЕЛЬНОЙ БОЛИ В НИЖНЕЙ ЧАСТИ СПИНЫ ХАРАКТЕРНО:

А) возможный неврологический дефицит

Б) отсутствие ночных болей

В) острый тип начала

Г) постепенный тип начала

11. ПРЕПАРАТОМ ВЫБОРА ДЛЯ СТАРТОВОЙ ТЕРАПИИ АНКИЛОЗИРУЮЩЕГО СПОНДИЛИТА ЯВЛЯЕТСЯ

А) нестероидный противовоспалительный препарат в постоянном режиме

Б) сульфасалазин

В) лефлуномид

Г) метотрексат

12. ПРИ ПОДОЗРЕНИИ НА ЗАБОЛЕВАНИЯ, ОТНОСЯЩИХСЯ К ГРУППЕ СЕРОНЕГАТИВНЫХ СПОНДИЛОАРТРИТОВ, ВРАЧУ АМБУЛАТОРНОГО ЗВЕНА СЛЕДУЕТ ПРОВЕСТИ ТИПИРОВАНИЕ НА

А) Антиген HLA B27

Б) Антиген HLA B7

В) Антиген HLA DR4

Г) Антиген HLA B5

13. ПРИ ПОДОЗРЕНИИ НА УРЕТРО-ОКУЛО-СИНОВИАЛЬНЫЙ СИНДРОМ ВРАЧ АМБУЛАТОРНОГО ЗВЕНА ДОЛЖЕН ИСКЛЮЧИТЬ СЛЕДУЮЩУЮ ИНФЕКЦИЮ

А) хламидиоз

Б) генитальный герпес

В) стафилококковую инфекцию

Г) туберкулез

14. ДЛЯ МЕХАНИЧЕСКОЙ БОЛИ В НИЖНЕЙ ЧАСТИ СПИНЫ ХАРАКТЕРНО:

А) снижение дыхательной экскурсии

Б) болезненность крестцово-подвздошных сочленений

В) острый тип начала

Г) утренняя скованность более 1 часа

15. МОДИФИЦИРОВАННЫЙ ТЕСТ ШОБЕРА ПОЗВОЛЯЕТ ОЦЕНИТЬ ПОДВИЖНОСТЬ:

А) поясничного отдела позвоночника

Б) грудного отдела позвоночника

В) шейного отдела позвоночника

Г) крестцово-подвздошных сочленений

16. ТЕСТ ПАТРИКА ОЦЕНИВАЕТ ПОРАЖЕНИЕ:

А) поясничного отдела позвоночника

Б) грудного отдела позвоночника

В) шейного отдела позвоночника

Г) крестцово-подвздошных сочленений

17. СУЛЬФАСАЛАЗИН ПРИ АНКИЛОЗИРУЮЩЕМ СПОНДИЛИТЕ ПРИМЕНЯЕТСЯ ДЛЯ ТЕРАПИИ:

А) энтезитов

Б) периферического артрита

В) сакроилиита

Г) спондилита

18. ВОЗБУДИТЕЛЯМИ РЕАКТИВНОГО АРТРИТА НЕ ЯВЛЯЮТСЯ:

А) Salmonella

Б) Shigella

В) Yersinia

Г) Streptococcus

19. ДЛЯ РЕАКТИВНОГО АРТРИТА ХАРАКТЕРНО ПОЯВЛЕНИЕ КЛИНИЧЕСКИХ СИМПТОМОВ В ТЕЧЕНИЕ _____ ПОСЛЕ ПЕРЕНЕСЕННОЙ ИНФЕКЦИИ:

А) 1-4 нед

Б) 5-10 нед

В) 2 месяцев

Г) года

20. ДЛЯ РЕАКТИВНОГО АРТРИТА БОЛЕЕ ХАРАКТЕРНО ПОРАЖЕНИЕ ПО ТИПУ:

А) асимметричного моноартрита

Б) асимметричного олигоартрита

В) симметричного полиартрита

Г) симметричного олигоартрита

21. ДЛЯ РЕАКТИВНОГО АРТРИТА БОЛЕЕ ХАРАКТЕРНО ПОРАЖЕНИЕ ГЛАЗ ПО ТИПУ:

А) увеита

Б) склерита

В) кератита

Г) склеромаляции

22. В КЛАССИФИКАЦИОННЫХ КРИТЕРИЯХ ПСОРИАТИЧЕСКОГО АРТРИТА CASPAR УЧИТЫВАЕТСЯ:

А) длительность симптомов

Б) наличие кожного псориаза

В) симметричность поражения суставов

Г) наличие утренней скованности

23. АСИММЕТРИЧНОЕ ПОРАЖЕНИЕ ИЛИОСАКРАЛЬНЫХ СОЧЛЕНЕНИЙ НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНО ДЛЯ:

- А) псориатического артрита
- Б) анкилозирующего спондилита
- В) воспалительных заболеваний кишечника
- Г) остеоартрита

24. ДЛЯ ПСОРИАТИЧЕСКОГО АРТРИТА ХАРАКТЕРНО:

- А) поражение плюсне-фаланговых суставов
- Б) наличие ревматоидного фактора
- В) асимметричное поражение
- Г) симметричное поражение

25. СОСИСКООБРАЗНОЕ УТОЛЩЕНИЕ ВСЕГО ПАЛЬЦА ПРИ ВИЗУАЛЬНОМ ОСМОТРЕ ЭТО - :

- А) остеит
- Б) синдесмофит
- В) энтезит
- Г) дактилит

26. ДЛЯ ОЦЕНКИ ПОРАЖЕНИЯ ЭНТЕЗИСОВ ИСПОЛЬЗУЮТ ИНДЕКС - :

- А) LEI
- Б) DAS
- В) CASPAR
- Г) ASDAS

27. ДЛЯ ОЦЕНКИ АКТИВНОСТИ СПОНДИЛИТА ИСПОЛЬЗУЮТ ИНДЕКС - :

- А) LEI
- Б) BASDAI
- В) CASPAR
- Г) DAS-28

28. ХОРОШИЙ ОТВЕТ НА ТЕРАПИЮ ПО КРИТЕРИЯМ EULAR – УМЕНЬШЕНИЕ DAS-28:

- А) $> 2,2$
- Б) $\leq 0,6$
- В) $> 0,6$ до $\leq 1,2$.
- Г) $> 1,2$

29. ДЛИТЕЛЬНОСТЬ ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛИ В НИЖНЕЙ ЧАСТИ СПИНЫ:

- А) более 12 недель
- Б) от 6 до 12 недель
- В) от 3 до 6 недель

Г) от 1 до 3 недель

30. КАКОЙ МЕТОД ВОЗДЕЙСТВИЯ НЕ ИСПОЛЬЗУЕТСЯ В ТЕРАПИИ БОЛИ В НИЖНЕЙ ЧАСТИ СПИНЫ:

А) информирование пациента о причинах боли в спине

Б) оценка и коррекция терапии при необходимости в период 4-12 недель

В) назначение доказанного эффективного лечения (в первую очередь для устранения боли)

Г) длительный постельный режим

Ключ к тестам:

№ вопроса	Ответ
1	А
2	Б
3	А
4	А
5	В
6	А
7	Г
8	А
9	А
10	Г
11	А
12	А
13	А
14	В
15	А
16	Г
17	Б
18	Г
19	А
20	Б
21	А
22	Б
23	А
24	В
25	Г
26	А

27	Б
28	Г
29	А
30	Г

Вопросы для обсуждения:

1. Общие признаки и перекрестные синдромы спондилоартропатий.
2. Клиника и диагностика анкилозирующего спондилита.
3. Изменения, характерные для анкилозирующего спондилита, по данным рентгенографии, МРТ
4. Клиника и диагностика реактивных артритов.
5. Клиника и диагностика псориатического артрита.
6. Лечение спондилоартритов
7. Дифференциальная диагностика при БНЧС.
8. «Красные флаги» при БНЧС
9. Терапия острой и хронической БНЧС

IV. Клиническая работа: курация больных - 1 ч. 30 мин..

V. Разбор клинических случаев, решение ситуационных задач (при невозможности разобрать клинический случай) – 30 мин.

Кейс – задачи:

Задача №1.

Больной Ю. 42 лет обратился к врачу-терапевту участковому с жалобами на слабость, боли по всему позвоночнику (преимущественно ночью), в обоих тазобедренных, коленных суставах, утреннюю скованность до 40 минут, проходящую после физических упражнений.

Анамнез: болеет с 35 лет, вначале появились боли в пояснице и крестце (особенно ночью), позже присоединилась утренняя скованность, проходящая после непродолжительной зарядки, иногда -повышение температуры до 37-37,5°С. В течение нескольких лет постепенно нарастало ограничение подвижности в позвоночнике, периодически появлялись боли в тазобедренных, плечевых суставах. Самостоятельно принимал НПВП по потребности с положительным эффектом.

Объективно: состояние удовлетворительное, положение активное. АД - 123/72 мм рт. ст. ЧСС - 74 удара в минуту. ЧДД - 17 в минуту. Температура тела 36,8°C. Отмечается выраженный грудной кифоз и шейный гиперлордоз, сглаженность поясничного лордоза, болезненность при пальпации по ходу позвоночника, околопозвоночным линиям. Активные и пассивные движения вызывают боль.

Пробы: симптом Кушелевского I, II - положительный, проба Томайера – 65 см, расстояние стена-затылок 5 см, расстояние стена – козелок - 17 см, проба подбородок-грудина – 8 см, экскурсия грудной клетки - 100-97 см (3 см), модифицированный тест Шобера 2 см, .

Рентгенограмма позвоночника и илиосакральных сочленениях: двусторонний сакроилиит, стадия 3, единичные синдесмофиты.

Общий анализ крови: эритроциты - $4,2 \times 10^{12}/л$, Hb - 122 г/л, тромбоциты - $220 \times 10^9/л$, лейкоциты – $6,8 \times 10^9/л$, палочкоядерные нейтрофилы – 1%, сегментоядерные нейтрофилы – 63%, моноциты – 4%, эозинофилы – 2%, лимфоциты – 30%, СОЭ – 28 мм/ч.

Иммунологические тесты: С-реактивный белок – 8 мг/л, ревматоидный фактор – отрицательный.

Общий анализ мочи – норма.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
4. Какой будет Ваша тактика лечения данного заболевания?
5. Каким препаратам следует отдать предпочтение при наличии у пациента внеаксиальных проявлений заболевания?

Задача №2.

Больной М, 22-х лет, шофер.

Жалобы на боли и припухлость правого коленного и левого голеностопного суставов, боли усиливаются утром и уменьшаются к вечеру.

Болен в течение 3 недель. Заболевание началось через 2 недели после случайной половой связи. Появились боли и припухлость вышеуказанных суставов, рези при мочеиспускании, гнойные выделения из уретры. Через 3 недели присоединились рези в глазах, светобоязнь.

При осмотре припухлость вышеуказанных суставов, кожа над ними багрово- синюшного оттенка, гиперемия конъюнктивы, инъектированность склер, гиперкератоз подошв, безболезненные язвы на слизистой оболочке мягкого неба.

По органам без особенностей.

В анализе крови СОЭ – 48 мм/час.

Вопросы:

1. Сформулируйте диагноз.
2. Составьте план обследования больного.
3. Укажите план лечения.

VI. Заключительная часть (подведение итогов) - 5 мин.

VII. Рекомендуемая литература:

Основная учебная литература:

	Название учебной и учебно-методической литературы, автор, издательство	Год издания
1.	Госпитальная терапия: в 5 ч.: учебное пособие для студентов, обучающихся по специальности 31.05.01. Лечебное дело. / С.П. Филоненко, Е.В. Лыгина, Л.А. Зотова, под. ред. проф. С.С. Якушина; ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России. – Рязань: ОТСиОП, 2018. – Ч. 1: Ревматология – 140 с. / Н.Н. Никулина, Е.В. Филиппов, И.В. Буданова, под. ред. проф. С.С. Якушина; ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России. – Рязань: ОТСиОП, 2018. – Ч.2: Пульмонология. – 212 с. / В.С. Петров, Н.В. Добрынина, И.В. Буданова [и др.], под.ред. проф. С.С. Якушина; ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России. – Рязань: ОТСиОП, 2018. – Ч.3: Гастроэнтерология. – 132 с. / В.С.	2018

	Петров, Н.В. Добрынина, Л.А. Зотова, под. ред. проф. С.С. Якушина; ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России. – Рязань: ОТСиОП, 2018. – Ч.4: Нефрология. – 112 с. / С.П. Филоненко [и др.]; под. ред. проф. С.С. Якушина; ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России. – Рязань: ОТСиОП, 2018. – Ч. 5.1: Кардиология. – 196 с. / Н.Н. Никулина, Е.В. Филиппов, Е.А. Смирнова [и др.]; под. ред. проф. С.С. Якушина; ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России. – Рязань: ОТСиОП, 2018. – Ч. 5.2.: Кардиология. – 196 с.	
2.	Маколкин, В.И. Внутренние болезни : учебник / В.И. Маколкин, С.И. Овчаренко, В.А. Сулимов. – 6-е изд., перераб. и доп. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2-17. – 768 с. – ISBN 978-5-9704-4157-2. – Текст: электронный // ЭБС "Консультант студента": [сайт]. – URL: https://www.studentlibrary.ru/b	2017
3.	Внутренние болезни: учеб. для студентов учреждений высш. проф. образования: в 2 т. / под ред. В.С. Моисеева [и др.]. – 3-е изд., перераб. и доп. – М.: ГЭОТАР-Медиа	2018

Дополнительная литература:

	Название учебной и учебно-методической литературы, автор, издательство	Год издания
1.	Ивашкин, В.Т. Гастроэнтерология. Национальное руководство / под ред. В.Т. Ивашкина, Т.Л. Лапиной. – М.: ГЭОТАР-Медиа. – 464 с. – ISBN 978-5-9704-4406-1. - Текст: электронный // ЭБС "Консультант студента": [сайт]. – URL: https://www.studentlibrary.ru/book/I	2018
2.	Усанова, А. А. Ревматология : учебное пособие / А. А. Усанова [и др.] ; под ред. А. А. Усановой. - Москва: ГЭОТАР-Медиа,. - 408 с. - 408 с. - ISBN 978-5-9704-5303-2. - Текст: электронный // ЭБС "Консультант студента": [сайт]. - URL: https://www.studentlibrary.ru/book	2019
3.	Чучалин, А.Г. Пульмонология / под ред. А.Г.	2020

	Чучалина. – М.: ГЭОТАР-Медиа. – 768 с. – ISBN 978-5-9704-5323-0. – Текст: электронный // ЭБС "Консультант студента": [сайт]. – URL: https://www.studentlibrary.ru/book/	
4.	Филоненко, С.П. Боли в суставах: дифференциальная диагностика / С.П. Филоненко, С.С. Якушин. – М.: ГЭОТАР-Медиа. – URL: http://www.studmedlib.ru/book	2014
5.	Окороков В.Г. Диагностика и лечение желудочковых нарушений ритма сердца: моногр. / В.Г. Окороков, С.В. Селезнев; ГБОУ ВПО РязГМУ. – Рязань: РИО РязГМУ. – 172 с. – Библиогр.: С. 172. – 92-88.	2013
6.	Основы ревматологии: учебное пособие для студентов обуч. по спец. «Лечебное дело» / С.С. Якушин [и др.]; ГБОУ ВПО РязГМУ. – Рязань: РИО РязГМУ. – 130 с.	2015

Перечень ресурсов информационно-телекоммуникационной сети «Интернет», необходимых для освоения дисциплины

1. ЭБС «Консультант студента ВПО и СПО», доступ предоставлен зарегистрированному пользователю университета с любого домашнего компьютера. Доступ предоставлен по ссылке www.studmedlib.ru и www.medcollegelib.ru соответственно.
2. Собственная электронная библиотека университета, в которой имеются полные тексты методических указаний преподавателей с июня 2012 года, осуществляется по ссылке <http://lib.local> и предоставляется авторизованному пользователю с компьютеров локальной сети университета
3. Клинические рекомендации МЗ РФ. Доступ к рубрике по ссылке: <https://cr.minzdrav.gov.ru/>

Справочные правовые системы

СПС «Консультант-плюс» - <http://www.consultant.ru/>

СПС «Гарант» - <http://www.garant.ru/>

СПС «Кодекс» - <http://www.kodeks.ru/>

Базы данных и информационно-справочные системы

1. ЭБС «Консультант студента ВПО и СПО», доступ предоставлен зарегистрированному пользователю университета с любого домашнего компьютера. Доступ предоставлен по ссылке www.studmedlib.ru и www.medcollegelib.ru соответственно.
2. Библиографическая и реферативная база данных Scopus. Ссылка на ресурс: www.scopus.com.
3. Национальная электронная библиотека («НЭБ»). Ссылка на ресурс <http://нэб.рф/>.
4. Коллекция книг ЭБС "Юрайт". Доступ предоставлен по ссылке «Юрайт» biblio-online.ru
5. Polpred.com. Обзор СМИ. Доступ на Polpred.com открыт со всех компьютеров библиотеки и внутренней сети. Для работы используйте ссылку <http://polpred.com>. После регистрации с компьютеров университета можно просматривать документы из дома.
6. Собственная электронная библиотека университета, в которой имеются полные тексты методических указаний преподавателей с июня 2012 года, осуществляется по ссылке <http://lib.local> и предоставляется авторизованному пользователю с компьютеров локальной сети университета.

Тема занятия: ДИАГНОСТИКА. ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ОСТЕОАРТРИТА. ДИАГНОСТИКА. ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ МИКРОКРИСТАЛЛИЧЕСКИХ АРТРОПАТИЙ (ПОДАГРА, ПИРОФОСФАТНАЯ АРТРОПАТИЯ). (Филоненко С.П.)

Цель занятия: изучить клинику, симптоматику, вопросы диагностики (дифференциальной диагностики), принципы лечения (индивидуальные особенности применения фармакотерапии) остеоартрита и микрокристаллических артропатий.

Форма проведения: клиническое практическое занятие.

Время проведения занятия (количество академических часов): 5.

Методическое оснащение: методические разработки для студентов, тесты, истории болезни, кейс-задачи.

Материально-техническое оснащение: столы, стулья, мультимедийная техника, фантомы.

Организационно-методические указания для преподавателей

В результате изучения темы студент должен овладеть следующими компетенциями:

ОПК 4: Способен применять медицинские изделия, предусмотренные порядком оказания медицинской помощи, а также проводить обследования пациента с целью установления диагноза.

ОПК 7: Способен назначать лечение и осуществлять контроль его эффективности и безопасности.

ПК 2: Способен проводить обследование пациента с целью установления диагноза.

ПК 3: Способен к ведению медицинской документации.

ПК 4: Способен организовать деятельность находящегося в распоряжении среднего медицинского персонала.

Расчет учебного времени

I. Вводная часть - 25 мин.

- II. Клиническая конференция – 30 мин.
- III. Обсуждение материала: контроль теоретической подготовки студентов - 45 мин.

Программированный контроль:

1. КРУГЛЫЕ ШТАМПОВАННЫЕ ДЕФЕКТЫ В ЭПИФИЗАХ КОСТЕЙ НАБЛЮДАЮТСЯ ПРИ

- А) подагре
- Б) псориатическом артрите
- В) миеломной болезни
- Г) системной красной волчанке

2. МОНОАРТРИТ, КАК ПРАВИЛО, ВСТРЕЧАЕТСЯ ПРИ

- А) подагре
- Б) ревматоидном артрите
- В) анкилозирующем спондилоартрите
- Г) системной красной волчанке

3. ОСТРЫЙ ПОДАГРИЧЕСКИЙ АРТРИТ ТРЕБУЕТ НАЗНАЧЕНИЯ

- А) диклофенака
- Б) аллопуринола
- В) фебуксостата
- Г) метотрексата

4. ДЛЯ КОНТРОЛЯ СИНТЕЗА МОЧЕВОЙ КИСЛОТЫ ПРИ ПОДАГРЕ ИСПОЛЬЗУЮТ

- А) аллопуринол
- Б) диклофенак
- В) гидрохлортиазид
- Г) цистон

5. ДЛЯ КУПИРОВАНИЯ ОСТРОГО ПОДАГРИЧЕСКОГО АРТРИТА МОЖЕТ БЫТЬ НАЗНАЧЕН

- А) колхицин
- Б) аллопуринол
- В) фебуксостат
- Г) дезурик

6. ДЛЯ ОСТРОГО ПОДАГРИЧЕСКОГО ПОРАЖЕНИЯ СУСТАВОВ ХАРАКТЕРНО РАЗВИТИЕ

- А) моноартрита
- Б) асимметричного полиартрита

В) симметричного олигоартрита

Г) симметричного полиартрита

7. «ШТАМПОВАННЫЕ» ДЕФЕКТЫ В ЭПИФИЗАХ КОСТЕЙ НА РЕНТГЕНОГРАММЕ СУСТАВА ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ

А) подагры

Б) остеоартроза

В) ревматоидного артрита

Г) анкилозирующего спондилита

8. КОЛХИЦИН ПРИ ПОДАГРЕ НАЗНАЧАЕТСЯ ДЛЯ

А) купирования острого артрита

Б) снижения гиперурикемии

В) профилактики и лечения нефропатии

Г) рассасывания подкожных тофусов

9. ТОФУСЫ ПРЕДСТАВЛЯЮТ СОБОЙ

А) отложение в тканях уратов

Б) отложение в тканях холестерина

В) остеофиты

Г) уплотнение подкожной клетчатки

10. ДИАГНОЗ ПОДАГРЫ МОЖНО ПРЕДПОЛОЖИТЬ НА ОСНОВАНИИ

А) артрита первого плюснефалангового сустава

Б) болей механического типа в суставах

В) утренней скованности

Г) повышения уровня трансаминаз в крови

11. ДЛЯ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКОЙ КАРТИНЫ ОСТЕОАРТРИТА ХАРАКТЕРНО

А) остеофитоз

Б) множественные эрозии суставных поверхностей

В) остеопороз

Г) симптом «пробойника»

12. НАЗОВИТЕ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИЙ ПРИЗНАК ПОДАГРЫ

А) «симптом пробойника»

Б) образование костных каверн

В) значительное разрушение хряща

Г) околосуставной эпифизарный остеопороз

13. ПРИ ОСТРОМ ПРИСТУПЕ ПОДАГРЫ НАИБОЛЕЕ ЦЕЛЕСООБРАЗНО НАЗНАЧИТЬ ЛЕЧЕНИЕ

- А) нестероидными противовоспалительными средствами
- Б) хондропротекторами
- В) кортикостероидами
- Г) иммобилизацией пораженных суставов

14. ДЛЯ КУПИРОВАНИЯ ОСТРОГО ПРИСТУПА ПОДАГРЫ НЕОБХОДИМО НАЗНАЧИТЬ

- А) нестероидные противовоспалительные средства, колхицин, глюкокортикоиды
- Б) глюкокортикоиды, ингибиторы АПФ, колхицин
- В) ингибиторы протонной помпы, диуретики, глюкокортикоиды
- Г) блокаторы H₂-гистаминовых рецепторов, сердечные гликозиды, нестероидные противовоспалительные средства

15. ПРИ ОСТЕОАРТРИТЕ НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ПОРАЖАЮТСЯ _____ СУСТАВЫ

- А) коленные
- Б) лучезапястные
- В) височно-нижнечелюстные
- Г) пястно-фаланговые

16. В ЭТИОЛОГИИ ПЕРВИЧНОГО ОСТЕОАРТРИТА ВАЖНОЕ ЗНАЧЕНИЕ ИМЕЕТ

- А) генетический фактор
- Б) реактивный артрит в анамнезе
- В) гиперурикемия
- Г) травма сустава

17. УЗЕЛКИ БУШАРА ЯВЛЯЮТСЯ ПРОЯВЛЕНИЕМ ОСТЕОАРТРИТА

- А) проксимальных межфаланговых суставов кисти
- Б) дистальных межфаланговых суставов кисти
- В) первого плюснефалангового сустава
- Г) локтевого сустава

18. ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТА ПЕРВИЧНЫМ ОСТЕОАРТРИТОМ ИЗ НИЖЕПЕРЕЧИСЛЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ СЛЕДУЕТ ИСПОЛЬЗОВАТЬ

- А) хондроитинсульфат
- Б) аллопуринол
- В) колхицин

Г) Д-пенициламин

19. ЛОКАЛИЗАЦИЯ АРТРИТА ПРИ ОБОСТРЕНИИ В ПЕРВОМ ПЛЮСНЕФАЛАНГОВОМ СУСТАВЕ ХАРАКТЕРНА ДЛЯ

- А) подагры
- Б) ревматоидного артрита
- В) псориаза
- Г) болезни Рейтера

20. К ПРЕПАРАТАМ ЗАМЕДЛЕННОГО ДЕЙСТВИЯ В ЛЕЧЕНИИ ОСТЕОАРТРИТА ОТНОСЯТ

- А) хондропротекторы
- Б) глюкокортикостероиды
- В) нестероидные противовоспалительные препараты
- Г) цитостатики

21. ДЛЯ ОСТЕОАРТРИТА НЕ ХАРАКТЕРНО

- А) скованность в движениях утром в течение 120 минут
- Б) деформация суставов
- В) механический тип болей
- Г) ограничение подвижности суставов

Ключ к тестам:

№ теста	Ответ
1	А
2	А
3	А
4	А
5	А
6	А
7	А
8	А
9	А
10	А
11	А
12	А
13	А
14	А
15	А
16	А

17	A
18	A
19	A
20	A
21	A

Вопросы для обсуждения:

1. Этиология и патогенез подагры.
2. Клиника острого приступа подагры.
3. Клиника хронического подагрического артрита.
4. Внесуставные проявления подагры.
5. Лечение подагры в межприступный период.
6. Лечение приступа подагры.
7. Диета при подагре.
8. Клиника пирофосфатной артропатии.
9. Лечение пирофосфатной артропатии.
10. Клиника остеоартрита.
11. Классификация остеоартрита.
12. Рентгенологические стадии остеоартрита
13. Дифференциальная диагностика при остеоартрите.
14. Лечение остеоартрита НПВП.
15. Лечение остеоартрита хондропротекторами.
16. Показания для внутрисуставного введения глюкокортикоидов.
17. Внутрисуставное введение препаратов гиалуроновой кислоты.

IV. Клиническая работа: курация больных - 1 ч. 30 мин.,

V. Разбор клинических случаев, решение ситуационных задач (при невозможности разобрать клинический случай) - 30 мин.

Кейс – задачи:

Задача №1.

Вы наблюдаете 72-летнюю женщину с узловой деформацией проксимальных и дистальных межфаланговых суставов кистей. Объективные признаки артрита отсутствуют, общее состояние хорошее. При расспросе выясняется, что у ее

матери было аналогичное поражение суставов. При лабораторном исследовании общий анализ крови в пределах нормы.

Вопрос:

Какие отклонения от нормы будут наиболее вероятно выявлены при дальнейшем исследовании?

1. положительный РФ
2. снижение комплемента в сыворотке
3. увеличение концентрации мочевой кислоты крови
4. выраженный остеопороз
5. все перечисленные
6. ни один из перечисленных

Задача №2.

Больная З., 54 лет.

Жалобы на боли в коленных суставах, усиливающиеся к вечеру и уменьшающиеся после ночного отдыха, ограничение подвижности в коленных суставах, периодически возникающую припухлость коленных суставов, исчезающую в течение 3-4-х недель под влиянием терапии НПВП.

При осмотре деформация коленных суставов за счет утолщения мягких тканей и частично за счет костных изменений, болезненность в проекции медиальной части суставной щели, ограничение подвижности и болезненность при пассивном сгибании коленных суставов, больше справа, варусная деформация нижних конечностей.

Вопросы:

1. Предполагаемый диагноз?
2. Какие дополнительные исследования следует назначить для уточнения диагноза?
3. Какие изменения на рентгенограмме вы ожидаете обнаружить?
4. Лечение.

Задача №3.

Больной 54 лет, зубной техник.

Жалобы на сильные нестерпимые боли в плюснефаланговом суставе I пальца правой стопы, в правом коленном суставе, повышение температуры тела до $37,5^{\circ}\text{C}$ познabливание.

Болен в течение 3 лет. Заболевание начиналось остро с сильных болей и припухлости плюснефалангового сустава I пальца правой стопы после употребления накануне алкоголя и жирной пищи. Боли и припухлость сустава прошли самостоятельно в течение 5 дней.

Подобные приступы суставных болей с припухлостью сустава повторились еще трижды, проходили в течение недели на фоне приема диклофенака.

Последнее ухудшение 2 дня назад, когда после избыточной физической нагрузки ночью внезапно появились боли, припухлость и гиперемия кожи над вышеуказанными суставами, лихорадка до $37,5^{\circ}\text{C}$.

При осмотре припухлость, болезненность и ограничение подвижности в правых I плюснефаланговом и коленном суставе. По органам без особенностей.

В анализе крови лейкоциты $11,2 \times 10^9/\text{л}$, СОЭ – 24 мм/час.

Вопросы:

Ваш предварительный диагноз.

План обследования. Лечебная тактика.

Задача №4.

Больной Р. 74 лет.

Жалобы на боль «механического» характера в коленных, лучезапястных, плечевых суставах, ограничение подвижности коленных, плечевых суставах. Болен в течение 5 лет. Боли в суставах появились постепенно, медленно нарастали. Периодически возникала припухлость коленных суставов, проходящая в течение месяца на фоне терапии НПВП. Последнее ухудшение в течение 2-х недель, когда после непривычной физической нагрузки вновь возникла припухлость и усилились боли в левом коленном суставе, боли приобрели постоянный характер.

При осмотре припухлость, небольшое повышение температуры кожи над левым коленным суставом, болезненность при пальпации медиальной части суставной щели.

При рентгенологическом исследовании определяются: сужение суставной щели левого коленного сустава, остеофитоз, субхондральный остеосклероз, рентгенопозитивная полоска в области суставной щели, параллельная суставной поверхности большеберцовой кости.

Вопросы:

Предполагаемый диагноз?

Какие дополнительные методы исследования следует назначить для подтверждения диагноза?

Задача №5.

Пациентка Е., 70 лет, поступила в ревматологическое отделение с жалобами на боль, припухлость и ограничение движений в правом коленном суставе.

Из анамнеза известно, что заболела около 5 лет назад: отметила приступы остро возникшей сильной боли в правом коленном суставе, значительное его припухание с гиперемией кожи и резким ограничением движений. Принимала НПВП с положительным эффектом – в течение 3-4 дней все симптомы купировались. Трудоспособность в межприступный период не ограничена. В течение последних 2-х лет отмечает эпизоды «заклинивания» правого коленного сустава. Обращалась в частную клинику, проводились пункции сустава – синовиальную жидкость не удавалось получить. Проводилось введение гиалуроновой кислоты – без эффекта. В последнее время заметила учащение приступов, боль в правом коленном суставе приняла постоянный характер. Появилась утренняя скованность и умеренная припухлость в суставе. Госпитализирована в ревматологическое отделение для уточнения диагноза.

При осмотре: состояние удовлетворительное. Конституция нормостеническая, нормального питания. Кожный покров и видимые слизистые оболочки обычной окраски. Отёков нет. В легких дыхание жесткое, хрипы не выслушиваются. ЧДД 18 в мин. Верхушечный толчок усилен. Тоны сердца приглушены, ритм правильный, выслушивается грубый систолический шум на

основании сердца, проводится на сосуды шеи. АД 130/80 мм рт. ст. ЧСС 74 в минуту. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не увеличены. Дизурических явлений нет. Стул регулярный.

Status localis: Синовит правого коленного сустава. Деформация и дефигурация правого коленного сустава за счет экссудативно-пролиферативных изменений. Периартикулярный хруст в коленных суставах. Узелки Бушара.

Клинический анализ крови: гемоглобин 124 г/л, лейкоциты $5,9 \cdot 10^9$ /л; СОЭ — 38 мм/ч;

Общий анализ мочи: удельный вес — 1022; реакция слабощелочная; эпителий плоский — 2—3; лейкоциты — 2—3.

Биохимический анализ крови: мочевина 8,9 ммоль/л; креатинин 120 мкмоль/л; триглицериды 1,78 ммоль/л; общий холестерин 4,8 ммоль/л; СРБ 20,6 г/л;

На ЭКГ — ритм синусовый, правильный. Отклонение ЭОС влево. ЧСС 70 в мин. Изменения миокарда за счет гипертрофированного левого желудочка.

Рентгенограмма правого коленного сустава:



Отмечается нежная. линейная тень. повторяющая контуры суставной поверхности (хондрокальциноз)

Пункция правого коленного сустава, эвакуация синовиальной жидкости (30 мл).

При исследовании синовиальной жидкости методом поляризационной микроскопии обнаружены кристаллы пирофосфата кальция, слабосветящиеся в поляризационном свете.

Вопросы:

1. Выделите основные синдромы
2. Проведите дифференциальный диагноз и поставьте диагноз
3. Назначьте дополнительные исследования
4. Определите тактику ведения больного

VI. Заключительная часть (подведение итогов) - 5 мин.

VII. Рекомендуемая литература:

Основная учебная литература:

	Название учебной и учебно-методической литературы, автор, издательство	Год издания
1.	Госпитальная терапия: в 5 ч.: учебное пособие для студентов, обучающихся по специальности 31.05.01. Лечебное дело. / С.П. Филоненко, Е.В. Лыгина, Л.А. Зотова, под. ред. проф. С.С. Якушина; ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России. – Рязань: ОТСиОП, 2018. – Ч. 1: Ревматология – 140 с. / Н.Н. Никулина, Е.В. Филиппов, И.В. Буданова, под. ред. проф. С.С. Якушина; ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России. – Рязань: ОТСиОП, 2018. – Ч.2: Пульмонология. – 212 с. / В.С. Петров, Н.В. Добрынина, И.В. Буданова [и др.], под.ред. проф. С.С. Якушина; ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России. – Рязань: ОТСиОП, 2018. – Ч.3: Гастроэнтерология. – 132 с. / В.С. Петров, Н.В. Добрынина, Л.А. Зотова, под. ред. проф. С.С. Якушина; ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России. – Рязань: ОТСиОП, 2018. – Ч.4: Нефрология. – 112 с. / С.П. Филоненко [и др.]; под. ред. проф. С.С. Якушина; ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России. – Рязань: ОТСиОП, 2018. – Ч.	2018

	5.1: Кардиология. – 196 с. / Н.Н. Никулина, Е.В. Филиппов, Е.А. Смирнова [и др.]; под. ред. проф. С.С. Якушина; ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России. – Рязань: ОТСиОП, 2018. – Ч. 5.2.: Кардиология. – 196 с.	
2.	Маколкин, В.И. Внутренние болезни : учебник / В.И. Маколкин, С.И. Овчаренко, В.А. Сулимов. – 6-е изд., перераб. и доп. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2-17. – 768 с. – ISBN 978-5-9704-4157-2. – Текст: электронный // ЭБС "Консультант студента": [сайт]. – URL: https://www.studentlibrary.ru/b	2017
3.	Внутренние болезни: учеб. для студентов учреждений высш. проф. образования: в 2 т. / под ред. В.С. Моисеева [и др.]. – 3-е изд., перераб. и доп. – М.: ГЭОТАР-Медиа	2018

Дополнительная литература:

	Название учебной и учебно-методической литературы, автор, издательство	Год издания
1.	Ивашкин, В.Т. Гастроэнтерология. Национальное руководство / под ред. В.Т. Ивашкина, Т.Л. Лапиной. – М.: ГЭОТАР-Медиа. – 464 с. – ISBN 978-5-9704-4406-1. - Текст: электронный // ЭБС "Консультант студента": [сайт]. – URL: https://www.studentlibrary.ru/book/I	2018
2.	Усанова, А. А. Ревматология : учебное пособие / А. А. Усанова [и др.] ; под ред. А. А. Усановой. - Москва: ГЭОТАР-Медиа,. - 408 с. - 408 с. - ISBN 978-5-9704-5303-2. - Текст: электронный // ЭБС "Консультант студента": [сайт]. - URL: https://www.studentlibrary.ru/book	2019
3.	Чучалин, А.Г. Пульмонология / под ред. А.Г. Чучалина. – М.: ГЭОТАР-Медиа. – 768 с. – ISBN 978-5-9704-5323-0. – Текст: электронный // ЭБС "Консультант студента": [сайт]. – URL: https://www.studentlibrary.ru/book/	2020
4.	Филоненко, С.П. Боли в суставах: дифференциальная диагностика / С.П.	2014

	Филоненко, С.С. Якушин. – М.: ГЭОТАР-Медиа. – URL: http://www.studmedlib.ru/book	
5.	Окороков В.Г. Диагностика и лечение желудочковых нарушений ритма сердца: моногр. / В.Г. Окороков, С.В. Селезнев; ГБОУ ВПО РязГМУ. – Рязань: РИО РязГМУ. – 172 с. – Библиогр.: С. 172. – 92-88.	2013
6.	Основы ревматологии: учебное пособие для студентов обуч. по спец. «Лечебное дело» / С.С. Якушин [и др.]; ГБОУ ВПО РязГМУ. – Рязань: РИО РязГМУ. – 130 с.	2015

Перечень ресурсов информационно-телекоммуникационной сети «Интернет», необходимых для освоения дисциплины

1. ЭБС «Консультант студента ВПО и СПО», доступ предоставлен зарегистрированному пользователю университета с любого домашнего компьютера. Доступ предоставлен по ссылке www.studmedlib.ru и www.medcollegelib.ru соответственно.
2. Собственная электронная библиотека университета, в которой имеются полные тексты методических указаний преподавателей с июня 2012 года, осуществляется по ссылке <http://lib.local> и предоставляется авторизованному пользователю с компьютеров локальной сети университета
3. Клинические рекомендации МЗ РФ. Доступ к рубрике по ссылке: <https://cr.minzdrav.gov.ru/>

Справочные правовые системы

СПС «Консультант-плюс» - <http://www.consultant.ru/>

СПС «Гарант» - <http://www.garant.ru/>

СПС «Кодекс» - <http://www.kodeks.ru/>

Базы данных и информационно-справочные системы

1. ЭБС «Консультант студента ВПО и СПО», доступ предоставлен зарегистрированному пользователю университета с любого домашнего компьютера. Доступ

- предоставлен по ссылке www.studmedlib.ru и www.medcollegelib.ru соответственно.
2. Библиографическая и реферативная база данных Scopus. Ссылка на ресурс: www.scopus.com.
 3. Национальная электронная библиотека («НЭБ»). Ссылка на ресурс <http://нэб.рф/>.
 4. Коллекция книг ЭБС "Юрайт". Доступ предоставлен по ссылке «Юрайт» biblio-online.ru
 5. Polpred.com. Обзор СМИ. Доступ на Polpred.com открыт со всех компьютеров библиотеки и внутренней сети. Для работы используйте ссылку <http://polpred.com>. После регистрации с компьютеров университета можно просматривать документы из дома.
 6. Собственная электронная библиотека университета, в которой имеются полные тексты методических указаний преподавателей с июня 2012 года, осуществляется по ссылке <http://lib.local> и предоставляется авторизованному пользователю с компьютеров локальной сети университета.

Тема занятия: ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ СИСТЕМНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ. ЧАСТЬ 1 (СИСТЕМНАЯ КРАСНАЯ ВОЛЧАНКА, БОЛЕЗНЬ И СИНДРОМ ШЕГРЕНА). (Филоненко С.П.)

Цель занятия: научить студентов диагностировать системные заболевания соединительной ткани (СЗСТ): системную красную волчанку (СКВ), и болезнь Шегрена (БШ), проводить дифференциальную диагностику и на современном уровне осуществлять их дифференцированную терапию,

Форма проведения: клиническое практическое занятие.

Время проведения занятия (кол-во астрономических часов): 5.

Методическое оснащение: методические разработки для студентов, тесты, истории болезни, кейс-задачи.

Материально-техническое оснащение: столы, стулья, мультимедийная техника, фантомы.

Организационно-методические указания для преподавателей

В результате изучения темы студент должен овладеть следующими компетенциями:

ОПК 4: Способен применять медицинские изделия, предусмотренные порядком оказания медицинской помощи, а также проводить обследования пациента с целью установления диагноза.

ОПК 7: Способен назначать лечение и осуществлять контроль его эффективности и безопасности.

ПК 2: Способен проводить обследование пациента с целью установления диагноза.

ПК 3: Способен к ведению медицинской документации.

ПК 4: Способен организовать деятельность находящегося в распоряжении среднего медицинского персонала.

Расчет учебного времени

- I. Вводная часть - 25 мин.**
- II. Клиническая конференция – 30 мин.**

III. Обсуждение материала: контроль теоретической подготовки студентов - 45 мин.

Программированный контроль:

1. ДЛЯ СИСТЕМНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКИ ХАРАКТЕРНЫМ ЯВЛЯЕТСЯ

- А) повышение титра антител к ДНК
- Б) тромбоцитоз
- В) редкое развитие гломерулонефрита
- Г) анкилозирование суставов

2. НАИБОЛЕЕ СПЕЦИФИЧНЫМ ДИАГНОСТИЧЕСКИМ ТЕСТОМ ДЛЯ СИСТЕМНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКИ ЯВЛЯЮТСЯ

- А) антитела к двуспиральной дезоксирибонуклеиновой кислоте
- Б) антигладкомышечные антитела
- В) антинуклеарные антитела
- Г) антитела к цитоплазме нейтрофилов

3. ПРИЧИНОЙ АНЕМИИ У БОЛЬНОЙ С СИСТЕМНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКОЙ, ИМЕЮЩЕЙ ПОЛОЖИТЕЛЬНУЮ ПРОБУ КУМБСА, СЛУЖИТ

- А) гемолиз
- Б) кровотечение
- В) подавление красного ростка
- Г) дефицит внутреннего фактора Кастанда

4. ДИСКОИДНАЯ КРАСНАЯ ВОЛЧАНКА ЛОКАЛИЗУЕТСЯ НА

- А) открытых участках кожи
- Б) коже ладоней и подошв
- В) коже сгибательных поверхностей конечностей
- Г) коже разгибательных поверхностей конечностей

5. КРИТЕРИЕМ ДИАГНОЗА СИСТЕМНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКИ ЯВЛЯЕТСЯ

- А) серозит
- Б) пульмонит
- В) полинейропатия
- Г) гепатит

6. ДЛЯ ПОРАЖЕНИЯ ПОЧЕК ПРИ СКВ НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫМ ЯВЛЯЕТСЯ РАЗВИТИЕ

- А) гломерулонефрита
- Б) амилоидоза
- В) пиелонефрита
- Г) папиллярного некроза

7. ИЗ СИСТЕМНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ НЕФРОТИЧЕСКИЙ СИНДРОМ НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРЕН ДЛЯ

- А) системной красной волчанки
- Б) дерматомиозита
- В) системной склеродермии
- Г) синдрома Шегрена

8. ГЕМАТОЛОГИЧЕСКИМ ИЗМЕНЕНИЕМ, ЯВЛЯЮЩИМСЯ ТИПИЧНЫМ ДЛЯ СИСТЕМНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКИ, ЯВЛЯЕТСЯ

- А) лейкопения
- Б) эритроцитоз
- В) тромбоцитоз
- Г) лейкоцитоз

9. ДЛЯ СИСТЕМНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКИ (СКВ) ВЕРНО УТВЕРЖДЕНИЕ

- А) болезнь молодых женщин
- Б) болезнь накопления
- В) болезнь северных народов
- Г) возраст и пол не имеют значения

10. ПОРАЖЕНИЕ ПОЧЕК ПРИ СИСТЕМНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКЕ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

- А) иммунокомплексным поражением
- Б) отсутствием протеинурии
- В) нефротический синдром никогда не развивается при СКВ
- Г) изменением только мезангиальных клеток

11. ДЛЯ КАКОГО ИЗ СЗСТ ХАРАКТЕРНЫ ЛАБОРАТОРНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ: УСКОРЕНИЕ СОЭ, АНЕМИЯ, ЛИМФОПЕНИЯ, ОПРЕДЕЛЕНИЕ АНТИНУКЛЕАРНОГО ФАКТОРА, АНТИ SM –АНТИТЕЛА, ЛОЖНОПОЛОЖИТЕЛЬНАЯ РЕАКЦИЯ ВАССЕРМАНА

- А) системная красная волчанка
- Б) системная склеродермия
- В) диффузный эозинофильный фасциит

Г) синдром Шарпа

12. КОЖНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ, ПРЕДСТАВЛЕННЫЕ МАКУЛОПАПУЛЕЗНЫМИ ВЫСЫПАНИЯМИ НА ЛИЦЕ, В ОБЛАСТИ СКУЛОВЫХ ДУГ И СПИНКИ НОСА (СИМПТОМ «БАБОЧКИ») ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ

А) системной красной волчанки

Б) системной склеродермии

В) синдрома Шарпа (смешанное заболевание соединительной ткани)

Г) диффузного (эозинофильного) фасциита

13. К НАИБОЛЕЕ ЧАСТОЙ ЛОКАЛИЗАЦИИ ДИСКОИДНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКИ ОТНОСЯТ

А) лицо

Б) предплечья, голени

В) грудь

Г) волосистая часть головы

14. НАИЛУЧШУЮ ПЕРЕНОСИМОСТЬ С ВЫРАЖЕННЫМ КЛИНИЧЕСКИМ ЭФФЕКТОМ СОЧЕТАЕТ В СЕБЕ

А) метилпреднизолон

Б) преднизолон

В) триамцинолон

Г) гидрокортизон

15. ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ «ПУЛЬС ТЕРАПИИ» ИСПОЛЬЗУЕТСЯ ДОЗА ГЛЮКОКОРТИКОСТЕРОИДОВ (ПРЕДНИЗОЛОН) В _____ МГ

А) 1000

Б) 80-100

В) 500

Г) 5000

16. ЛАБОРАТОРНЫМ ПОКАЗАТЕЛЕМ СИСТЕМНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКИ ЯВЛЯЕТСЯ НАЛИЧИЕ

А) гемолитической анемии

Б) лейкоцитоза

В) гиперхромной анемии

Г) абсолютной эозинофилии

17. К ТИПИЧНЫМ ЛАБОРАТОРНЫМ ПРОЯВЛЕНИЯМ СИСТЕМНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКИ ОТНОСИТСЯ

- А) лейкопения
- Б) железодефицитная анемия
- В) лейкоцитоз
- Г) тромбоцитоз

18. ПОРАЖЕНИЕ КОЖИ ПРИ СИСТЕМНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКЕ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ ПОЯВЛЕНИЕМ

- А) эритематозных высыпаний
- Б) кольцевидной эритемы
- В) узловатой эритемы
- Г) папулезно-пустулезной сыпи

19. МАРКЕРОМ СИСТЕМНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКИ ЯВЛЯЕТСЯ

- А) антинуклеарный фактор
- Б) ревматоидный фактор
- В) С-реактивный белок
- Г) HLA-B 27 антиген

20. ПРИ ЕЖЕДНЕВНОМ ИСПОЛЬЗОВАНИИ ГЛЮКОКОРТИКОСТЕРОИДОВ УГНЕТЕНИЕ ФУНКЦИИ НАДПОЧЕЧНИКОВ НАСТУПАЕТ ЧЕРЕЗ

- А) 7 – 8 дней
- Б) 2 – 3 дня
- В) 4 часа
- Г) 8 – 12 часов

Ключ к тестам:

№ вопроса	Ответ
1	А
2	А
3	А
4	А
5	А
6	А
7	А
8	А
9	А
10	А

11	А
12	А
13	А
14	А
15	А
16	А
17	А
18	А
19	А
20	А

Вопросы для обсуждения:

1. Клиника, диагностика и лечение СКВ.
2. Клиника, диагностика и лечение БШ.
3. Дифференциальная диагностика СЗСТ.

IV. Клиническая работа: курация больных - 1 ч. 30 мин.,

V. Разбор клинических случаев, решение ситуационных задач (при невозможности разобрать клинический случай) - 30 мин.

Кейс – задачи:

Задача №1.

Больная И., 18 лет, студентка.

Жалобы на высыпания на щеках розового цвета, боли и припухлость лучезапястных, коленных суставов и пястно-фаланговых суставов, боли в правой половине грудной клетки, связанные с дыханием, повышение температуры тела до $38,7^{\circ}\text{C}$, повышенное выпадение волос.

Больна в течение 3 месяцев. Заболевание началось с повышения температуры, появления розовых высыпаний на щеках, болей в суставах и мышцах. За 3 месяца похудела на 5 кг. За неделю до поступления появился сухой кашель, боли в правой половине грудной клетки при кашле и глубоком вдохе.

При осмотре очаги облысения на голове, припухлость и болезненность вышеуказанных суставов, эритематозные высыпания сливного характера на щеках и спинке носа, шум

трения плевры над нижними отделами правого легкого, тахикардия до 100 ударов в минуту, температура тела $37,8^{\circ}\text{C}$.

Лабораторные данные: в анализе крови: лейкоциты – $3,2 \times 10^9/\text{л}$, эритроциты $3,6 \times 10^{12}/\text{л}$, НВ – 1022/л, СОЭ – 32 мм/час. В крови обнаружены LE – клетки 5 на 1000 лейкоцитов.

Вопросы:

Сформулируйте диагноз. В каких дополнительных исследованиях нуждается больная? Ваша лечебная тактика.

Задача №2.

Женщина 25 лет госпитализирована в клинику с жалобами на повышение температуры тела до $38,2^{\circ}\text{C}$, боли в мелких суставах кистей, сопровождающиеся утренней скованностью, выпадение волос, резкую слабость, отеки голеней. Три месяца назад после возвращения из Крыма у больной появилась лихорадка, боли в правой половине грудной клетки, слабость. При рентгенографии обнаружен небольшой плевральный выпот справа. Была направлена в противотуберкулезный диспансер. Состояние ухудшалось: нарастали лихорадка, слабость, усилились боли в суставах, выпадение волос продолжалось. При обследовании диагноз туберкулеза был отвергнут. Появилась протеинурия 4 г/сут., в связи с чем пациентка была переведена в нефрологическое отделение.

При поступлении состояние средней тяжести. Температура тела $38,0^{\circ}\text{C}$. Пастозность голеней. В легких везикулярное дыхание, хрипов нет. Тоны сердца ясные, слабый систолический шум на верхушке. Частота сердечных сокращений 96 ударов в минуту. АД 110/70 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не увеличены.

В общем анализе крови гемоглобин 82 г/л, СОЭ 46 мм/ч. В общем анализе мочи белок 6,6 г/л, эритроциты 30-40 в поле зрения, лейкоциты 40-50 в поле зрения, цилиндры. Клубочковая фильтрация 86 мл/мин. Креатинин 145 мкм/л, холестерин 7,8 ммоль/л, общий белок 42 г/л. При рентгенографии грудной клетки патологии не выявлено. На ЭКГ незначительные изменения миокарда в виде снижения амплитуды зубца Т в левых грудных отведениях.

Выберите 1—3 правильных ответа.

1. Наиболее вероятный диагноз?
 - А. Первичный амилоидоз.
 - Б. Хронический гломерулонефрит.
 - В. Системная красная волчанка.
 - Г. Туберкулез.
 - Д. Ревматоидный артрит.
2. Какие лабораторные показатели могут подтвердить предполагаемый диагноз?
 - А. Повышение уровня ангиотензинпревращающего фермента.
 - Б. Гипергаммаглобулинемия.
 - В. Ревматоидный фактор.
 - Г. Антитела к нативной ДНК.
3. Какие факторы играют роль в развитии основного заболевания?
 - А. Вирусы.
 - Б. Бактерии.
 - В. Наследственность.
 - Г. Злоупотребление алкоголем.
 - Д. Половые гормоны.
4. Какие препараты следует выбрать для лечения?
 - А. Индометацин.
 - Б. Плаквенил.
 - В. Преднизолон 30 мг.
 - Г. Преднизолон 60 мг.
 - Д. Азатиоприн.
5. Поражение каких органов наиболее часто определяет прогноз основного заболевания?
 - А. Сердце.
 - Б. Почки.
 - В. Печень.
 - Г. Центральная нервная система.
 - Д. Надпочечники.

VI. Заключительная часть (подведение итогов) - 5 мин.

VII. Рекомендуемая литература:

Основная учебная литература:

	Название учебной и учебно-методической литературы, автор, издательство	Год издания
1.	<p>Госпитальная терапия: в 5 ч.: учебное пособие для студентов, обучающихся по специальности 31.05.01. Лечебное дело. / С.П. Филоненко, Е.В. Лыгина, Л.А. Зотова, под. ред. проф. С.С. Якушина; ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России. – Рязань: ОТСиОП, 2018. – Ч. 1: Ревматология – 140 с. / Н.Н. Никулина, Е.В. Филиппов, И.В. Буданова, под. ред. проф. С.С. Якушина; ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России. – Рязань: ОТСиОП, 2018. – Ч.2: Пульмонология. – 212 с. / В.С. Петров, Н.В. Добрынина, И.В. Буданова [и др.], под.ред. проф. С.С. Якушина; ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России. – Рязань: ОТСиОП, 2018. – Ч.3: Гастроэнтерология. – 132 с. / В.С. Петров, Н.В. Добрынина, Л.А. Зотова, под. ред. проф. С.С. Якушина; ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России. – Рязань: ОТСиОП, 2018. – Ч.4: Нефрология. – 112 с. / С.П. Филоненко [и др.]; под. ред. проф. С.С. Якушина; ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России. – Рязань: ОТСиОП, 2018. – Ч. 5.1: Кардиология. – 196 с. / Н.Н. Никулина, Е.В. Филиппов, Е.А. Смирнова [и др.]; под. ред. проф. С.С. Якушина; ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России. – Рязань: ОТСиОП, 2018. – Ч. 5.2.: Кардиология. – 196 с.</p>	2018
2.	<p>Маколкин, В.И. Внутренние болезни : учебник / В.И. Маколкин, С.И. Овчаренко, В.А. Сулимов. – 6-е изд., перераб. и доп. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2-17. – 768 с. – ISBN 978-5-9704-4157-2. – Текст: электронный // ЭБС "Консультант студента": [сайт]. – URL: https://www.studentlibrary.ru/b</p>	2017
3.	<p>Внутренние болезни: учеб. для студентов учреждений высш. проф. образования: в 2 т. / под ред. В.С. Моисеева [и др.]. – 3-е изд., перераб. и доп. – М.: ГЭОТАР-Медиа</p>	2018

Дополнительная литература:

	Название учебной и учебно-методической литературы, автор, издательство	Год издания
1.	Ивашкин, В.Т. Гастроэнтерология. Национальное руководство / под ред. В.Т. Ивашкина, Т.Л. Лапиной. – М.: ГЭОТАР-Медиа. – 464 с. – ISBN 978-5-9704-4406-1. - Текст: электронный // ЭБС "Консультант студента": [сайт]. – URL: https://www.studentlibrary.ru/book/I	2018
2.	Усанова, А. А. Ревматология : учебное пособие / А. А. Усанова [и др.] ; под ред. А. А. Усановой. - Москва: ГЭОТАР-Медиа,. - 408 с. - 408 с. - ISBN 978-5-9704-5303-2. - Текст: электронный // ЭБС "Консультант студента": [сайт]. - URL: https://www.studentlibrary.ru/book	2019
3.	Чучалин, А.Г. Пульмонология / под ред. А.Г. Чучалина. – М.: ГЭОТАР-Медиа. – 768 с. – ISBN 978-5-9704-5323-0. – Текст: электронный // ЭБС "Консультант студента": [сайт]. – URL: https://www.studentlibrary.ru/book/	2020
4.	Филоненко, С.П. Боли в суставах: дифференциальная диагностика / С.П. Филоненко, С.С. Якушин. – М.: ГЭОТАР-Медиа. – URL: http://www.studmedlib.ru/book	2014
5.	Окороков В.Г. Диагностика и лечение желудочковых нарушений ритма сердца: моногр. / В.Г. Окороков, С.В. Селезнев; ГБОУ ВПО РязГМУ. – Рязань: РИО РязГМУ. – 172 с. – Библиогр.: С. 172. – 92-88.	2013
6.	Основы ревматологии: учебное пособие для студентов обуч. по спец. «Лечебное дело» / С.С. Якушин [и др.]; ГБОУ ВПО РязГМУ. – Рязань: РИО РязГМУ. – 130 с.	2015

Перечень ресурсов информационно-телекоммуникационной сети «Интернет», необходимых для освоения дисциплины

1. ЭБС «Консультант студента ВПО и СПО», доступ предоставлен зарегистрированному пользователю

- университета с любого домашнего компьютера. Доступ предоставлен по ссылке www.studmedlib.ru и www.medcollegelib.ru соответственно.
2. Собственная электронная библиотека университета, в которой имеются полные тексты методических указаний преподавателей с июня 2012 года, осуществляется по ссылке <http://lib.local> и предоставляется авторизованному пользователю с компьютеров локальной сети университета
 3. Клинические рекомендации МЗ РФ. Доступ к рубриктору по ссылке: <https://cr.minzdrav.gov.ru/>

Справочные правовые системы

СПС «Консультант-плюс» - <http://www.consultant.ru/>

СПС «Гарант» - <http://www.garant.ru/>

СПС «Кодекс» - <http://www.kodeks.ru/>

Базы данных и информационно-справочные системы

1. ЭБС «Консультант студента ВПО и СПО», доступ предоставлен зарегистрированному пользователю университета с любого домашнего компьютера. Доступ предоставлен по ссылке www.studmedlib.ru и www.medcollegelib.ru соответственно.
2. Библиографическая и реферативная база данных Scopus. Ссылка на ресурс: www.scopus.com.
3. Национальная электронная библиотека («НЭБ»). Ссылка на ресурс <http://нэб.рф/>.
4. Коллекция книг ЭБС "Юрайт". Доступ предоставлен по ссылке «Юрайт» biblio-online.ru
5. Polpred.com. Обзор СМИ. Доступ на Polpred.com открыт со всех компьютеров библиотеки и внутренней сети. Для работы используйте ссылку <http://polpred.com>. После регистрации с компьютеров университета можно просматривать документы из дома.
6. Собственная электронная библиотека университета, в которой имеются полные тексты методических указаний преподавателей с июня 2012 года, осуществляется по ссылке <http://lib.local> и предоставляется авторизованному пользователю с компьютеров локальной сети университета.

Тема занятия: ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ СИСТЕМНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ. ЧАСТЬ 2 (СИСТЕМНАЯ СКЛЕРОДЕРМИЯ, ИДИОПАТИЧЕСКИЕ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ МИОПАТИИ). ПОНЯТИЕ О ГЛЮКОКОРТИКОИДНОМ ОСТЕОПОРОЗЕ. (Филоненко С.П.)

Цель занятия: научить студентов диагностировать системные заболевания соединительной ткани (СЗСТ): системную склеродермию (ССД), полимиозит-дерматомиозит (ПМ-ДМ), проводить дифференциальный диагноз и на современном уровне осуществлять дифференцированную терапию СЗСТ, диагностировать глюкокортикоидный остеопороз и проводить его профилактику и лечение.

Форма проведения: клиническое практическое занятие.

Время проведения занятия (кол-во астрономических часов):5.

Методическое оснащение: методические разработки для студентов, тесты, истории болезни, кейс-задачи.

Материально-техническое оснащение: столы, стулья, мультимедийная техника, фантомы.

**Организационно-методические указания
для преподавателей**

В результате изучения темы студент должен овладеть следующими компетенциями:

ОПК 4: Способен применять медицинские изделия, предусмотренные порядком оказания медицинской помощи, а также проводить обследования пациента с целью установления диагноза.

ОПК 7: Способен назначать лечение и осуществлять контроль его эффективности и безопасности.

ПК 2: Способен проводить обследование пациента с целью установления диагноза.

ПК 3: Способен к ведению медицинской документации.

ПК 4: Способен организовать деятельность находящегося в распоряжении среднего медицинского персонала.

Расчет учебного времени

- I. Вводная часть - 25 мин.
- II. Клиническая конференция – 30 мин.
- III. Обсуждение материала: контроль теоретической подготовки студентов - 45 мин.

Программированный контроль:

1. ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ МИАЛГИЙ, СУСТАВНОГО СИНДРОМА У БОЛЬНЫХ СИСТЕМНОЙ СКЛЕРОДЕРМИЕЙ С ЭРОЗИВНО-ЯЗВЕННЫМИ ПОРАЖЕНИЯМИ ПИЩЕВОДА, ЖЕЛУДКА, ДВЕНАДАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ ПРЕДПОЧТИТЕЛЬНО НАЗНАЧИТЬ

- А) нимесулид
- Б) пироксикам
- В) ибупрофен
- Г) напроксен

2. ПРЕПАРАТОМ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ДИФFUЗНОЙ ФОРМЫ СИСТЕМНОЙ СКЛЕРОДЕРМИИ С ВЫРАЖЕННЫМИ И ТЯЖЕЛЫМИ СИСТЕМНЫМИ ПРОЯВЛЕНИЯМИ, ВЫСОКОЙ АКТИВНОСТЬЮ ПАТОЛОГИЧЕСКОГО ПРОЦЕССА ЯВЛЯЕТСЯ

- А) преднизолон
- Б) метотрексат
- В) колхицин
- Г) лидаза

3. ОСТЕОЛИЗ НОГТЕВЫХ ФАЛАНГ КИСТЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ СИМПТОМОМ

- А) склеродермии
- Б) саркоидоза
- В) костно-суставного туберкулеза
- Г) ревматоидного артрита

4. СИНДРОМ РЕЙНО ЧАЩЕ ЯВЛЯЕТСЯ ПЕРВЫМ ПРОЯВЛЕНИЕМ

- А) системной склеродермии
- Б) ревматоидного артрита
- В) дерматомиозита
- Г) узелкового полиартериита

5. ДЛЯ СИСТЕМНОЙ СКЛЕРОДЕРМИИ ХАРАКТЕРНО НАЛИЧИЕ

- А) синдрома Рейно
- Б) гелиотропной эритемы
- В) геморрагической сыпи
- Г) уртикарной сыпи

6. НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТНЫМ ДИАГНОЗОМ ПРИ НАЛИЧИИ ПОХОЛОДАНИЯ, БОЛИ И ИЗМЕНЕНИЯ ЦВЕТА ПАЛЬЦЕВ РУК ПРИ ВОЗДЕЙСТВИИ ХОЛОДА В ТЕЧЕНИЕ ДЛИТЕЛЬНОГО ВРЕМЕНИ, ПОЯВЛЕНИЕ ПРИЗНАКОВ АРТРИТА МЕЛКИХ СУСТАВОВ КИСТЕЙ И ЗАПЯСТИЙ, УПЛОТНЕНИЕ КОЖИ ЛИЦА, ЗАТРУДНЕНИЯ ПРИ ГЛОТАНИИ ТВЕРДОЙ ПИЩИ. И ЕДИНИЧНЫХ ВОЛЧАНОЧНЫХ КЛЕТКАХ ЯВЛЯЕТСЯ

- А) системная склеродермия
- Б) опухоль пищевода
- В) системная красная волчанка
- Г) дерматомиозит

7. ИЗ ПОРАЖЕНИЙ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ ПРИ СИСТЕМНОЙ СКЛЕРОДЕРМИИ НАИБОЛЕЕ ТИПИЧНЫМ ЯВЛЯЕТСЯ

- А) крупноочаговый кардиосклероз
- Б) митральный стеноз
- В) аортальная недостаточность
- Г) асептический бородавчатый эндокардит

8. ИЗ ПОРАЖЕНИЙ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА ДЛЯ СИСТЕМНОЙ СКЛЕРОДЕРМИИ НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫМ ЯВЛЯЕТСЯ РАЗВИТИЕ

- А) эзофагита
- Б) язв желудка и 12-перстной кишки
- В) антрального гастрита
- Г) проктосигмоидита

9. НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫМ СИМПТОМОМ МЫШЕЧНОГО ПОРАЖЕНИЯ ПРИ ПОЛИМИОЗИТЕ У МОЛОДОЙ ЖЕНЩИНЫ ЯВЛЯЕТСЯ

- А) затруднение при расчесывании волос
- Б) затруднение при отворачивании бутылочной пробки
- В) асимметрия мышц лица

Г) боль в мышцах

10. К ДОПОЛНИТЕЛЬНЫМ ДИАГНОСТИЧЕСКИМ ПРИЗНАКАМ СКЛЕРОДЕРМИИ ОТНОСЯТСЯ

А) телеангиэктазии

Б) остеопороз

В) узлы Бушара

Г) параорбитальный отёк

11. CREST-СИНДРОМ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ РАЗВИТИЕМ

А) синдрома Рейно

Б) миозита

В) кардита

Г) пиелонефрита

12. ПАТОГНОМИЧНЫМ ПРИЗНАКОМ ПРИ ДЕРМАТОМИОЗИТЕ СЛЕДУЕТ СЧИТАТЬ

А) параорбитальный отек

Б) васкулитную «бабочку»

В) кольцевидную эритему

Г) синдром Рейно

13. ПОРАЖЕНИЕ ПОЧЕК ПРИ СИСТЕМНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКЕ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

А) иммунокомплексным поражением

Б) отсутствием протеинурии

В) нефротический синдром никогда не развивается при СКВ

Г) изменением только мезангиальных клеток

14. CREST СИНДРОМ ЭТО

А) кальциноз, синдром Рейно, нарушение моторики пищевода, склеродактилия, телеангиэктазии

Б) цереброваскулит,

В) эозинофилия, синдром Титце

Г) цитопения, ревматоидные узелки, тромбофилия

15. ФИБРОЗНО-СКЛЕРОТИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ КОЖИ И ВНУТРЕННИХ ОРГАНОВ (ЛЕГКИХ, СЕРДЦА, ПИЩЕВАРИТЕЛЬНОГО ТРАКТА, ПОЧЕК), ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ПОРАЖЕНИЯ МЕЛКИХ СОСУДОВ В ФОРМЕ СИНДРОМА РЕЙНО ЯВЛЯЮТСЯ ПРОЯВЛЕНИЯМИ

А) системной склеродермии

Б) системной красной волчанки

В) диффузного (эозинофильного) фасциита

Г) синдрома Шегрена

16. ТЯЖЕЛЫЙ НЕКРОТИЗИРУЮЩИЙ МИОЗИТ С РАСПАДОМ МЫШЕЧНОЙ ТКАНИ ПАТОГНОМОНИЧЕН ДЛЯ

А) дерматомиозита

Б) смешанного заболевания соединительной ткани

В) синдрома Чарджа-Стросса

Г) диффузного (эозинофильного) фасциита

17. ОРГАНЫ-МИШЕНИ ПРИ СИСТЕМНОЙ СКЛЕРОДЕРМИИ

А) легкие, сердце, пищеварительный тракт, почки, кожа

Б) головной мозг, почки, селезенка, орган зрения, суставы

В) суставы, костный мозг, сердце, слуховой аппарат

Г) только органы дыхательной и пищеварительной системы

18. НАИЛУЧШУЮ ПЕРЕНОСИМОСТЬ С ВЫРАЖЕННЫМ КЛИНИЧЕСКИМ ЭФФЕКТОМ СОЧЕТАЕТ В СЕБЕ

А) метилпреднизолон

Б) преднизолон

В) триамцинолон

Г) гидрокортизон

19. ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ «ПУЛЬС ТЕРАПИИ» ИСПОЛЬЗУЕТСЯ ДОЗА ГЛЮКОКОРТИКОСТЕРОИДОВ (ПРЕДНИЗОЛОН) В _____ МГ

А) 1000

Б) 80-100

В) 500

Г) 5000

20. КЛИНИЧЕСКИМ ПРОЯВЛЕНИЕМ CREST-СИНДРОМА ЯВЛЯЕТСЯ

А) телеангиэктазия

Б) проксимальная миопатия

В) поражение кишечника

Г) поражение почек

21. ПРИЗНАКОМ ДЕРМАТОМИОЗИТА ЯВЛЯЕТСЯ

А) супраорбитальный отек и гиперемия кожи около глаз

Б) «бабочка» на лице

В) остеолиз ногтевых фаланг

Г) деформация суставов

22. ДИАГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ПРИ ДЕРМАТОМИОЗИТЕ ИМЕЕТ

А) высокая активность креатинфосфокиназы

Б) повышение уровня острофазовых белков

В) умеренный лейкоцитоз

Г) наличие гемолитической анемии

23. ПРИ ЕЖЕДНЕВНОМ ИСПОЛЬЗОВАНИИ ГЛЮКОКОРТИКОСТЕРОИДОВ УГНЕТЕНИЕ ФУНКЦИИ НАДПОЧЕЧНИКОВ НАСТУПАЕТ ЧЕРЕЗ

А) 7 – 8 дней

Б) 2 – 3 дня

В) 4 часа

Г) 8 – 12 часов

Ключ к тестам:

№ вопроса	Ответ
1	А
2	А
3	А
4	А
5	А
6	А
7	А
8	А
9	А
10	А
11	А
12	А
13	А
14	А
15	А
16	А
17	А
18	А
19	А
20	А

21	А
22	А
23	А

Вопросы для обсуждения:

1. Клиника, диагностика и лечение ССД.
2. Клиника, диагностика и лечение ПМ-ДМ.
3. Дифференциальная диагностика СБСТ.

IV. Клиническая работа: курация больных - 1 ч. 30 мин.,

V. Разбор клинических случаев, решение ситуационных задач (при невозможности разобрать клинический случай) - 30 мин.

Кейс – задачи:

Задача №1.

Больная М., 43 лет, впервые поступила в ревматологическое отделение с жалобами на боли в мелких суставах кистей, резкое ограничение движений в I, II и III пальцах кистей; побеление пальцев на холоде, сменяющееся их болезненным покраснением в тепле; кальциноз мягких тканей в области кистей и стоп; наличие телеангиэктазий кожи лица и кистей; затруднение открывания полости рта; поперхивание твердой пищей во время еды; одышку при физической нагрузке.

Анамнез: первые проявления заболевания в виде артрита I пальца правой кисти отметила около 5 лет назад. Обратилась к хирургу в поликлинику по месту жительства, было назначено местное лечение. Примерно через 1 месяц вскрылись 2 образования на пальцах с белым отделяемым, а артрит самостоятельно разрешился. Постепенно сформировалась контрактура. Через год артрит рецидивировал с поражением мелких суставов кистей и формированием кальцинатов мягких тканей кистей и стоп, к врачам не обращалась. Еще через 2 года стала беспокоить одышка при умеренной физической нагрузке. Примерно около года назад стала отмечать появление складок вокруг рта с формированием симптома «кисета» с затруднением открывания рта, поперхивание твердой пищей, периодически беспокоила изжога. 3 недели назад по поводу вскрывающихся

кальцинатов и образования язв в области кистей обратилась к дерматологу. Была направлена на консультацию к ревматологу и госпитализирована в ревматологическое отделение для комплексного обследования.

Данные объективного осмотра: общее состояние средней степени тяжести. Телосложение правильное. Кожный патологический процесс носит распространённый характер: отмечается симметричное утолщение и индурация кожи пальцев, распространяющиеся проксимально от пястно-фаланговых суставов; телеангиэктазии кожи лица и кистей; участки гиперпигментации кожи передней грудной стенки, а также пигментация с выраженной индурацией кожи голеней; двусторонняя сгибательная контрактура проксимальных и дистальных межфаланговых суставов II—III пальцев кистей; выраженный кальциноз мягких тканей кистей. Выражение лица с ограниченной мимикой, резкое ограничение открытия рта, пациентка не может достать кончиком языка нёба. Радиальные складки кожи вокруг рта — симптом «кисета». Периферические лимфоузлы не пальпируются. При аускультации дыхание везикулярное. Хрипов нет. ЧДД — 17 в 1 мин. Тоны сердца приглушены, ритмичные. ЧСС — 80 в 1 мин. АД 120/80 мм рт.ст. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Печень не пальпируется.

Клинический анализ крови: гемоглобин 124 г/л, лейкоциты $5,9 \cdot 10^9$ /л; СОЭ — 28 мм/ч;

Общий анализ мочи: удельный вес — 1025; реакция кислая; эпителий плоский — 2—3; лейкоциты — 2—3.

Антинуклеарные антитела — позитивные.

При капилляроскопии: видимость хорошая; фон бледный. Капилляры расположены беспорядочно в виде коротких петель, запятых, извиты, сужены, 7—8 в поле зрения. Заключение: спастическое состояние капилляров.

Рентгенография кистей: определяется выраженный кальциноз мягких тканей в области запястий, пястных костей и фаланг пальцев, отмечается остеолитические изменения концевых фаланг, сгибательная контрактура двух пальцев кистей.

Вопросы:

1. Сформулируйте предварительный диагноз.

2. Проведите дифференциальную диагностику диффузной и лимитированной формы ССД на предложенном клиническом примере.

3. Какое дополнительное обследование необходимо провести.

4. Определите дальнейшую тактику лечения.

Задача №2.

Пациентка И., 49 лет, поступила в клинику с жалобами на боль в плечевых, лучезапястных суставах, отек кистей, «зябкость», онемение, изменение цвета кончиков пальцев кистей и стоп, одышку при физической нагрузке, сухой кашель, затруднение при глотании твердой пищи, сухость во рту.

Из анамнеза известно, что заболела около 15 лет назад: отметила изменение цвета кончиков пальцев кистей. Наблюдалась в поликлинике с диагнозом «синдром Рейно». Периодически отмечала появление длительно незаживающих язвочек на кончиках пальцев кистей, особенно в зимний период года. 10 лет назад перенесла двустороннюю пневмонию, с этого же времени стали беспокоить сухой кашель и одышка при физической нагрузке. Проводилось обследование для исключения туберкулеза: флюорография, диаскин тест, квантифероновый тест – результаты отрицательные. Госпитализирована для дообследования.

При осмотре: состояние удовлетворительное. Конституция нормостеническая, нормального питания. Кожный покров и видимые слизистые оболочки бледной окраски, сухие; отмечается уплотнение кожи пальцев рук. Выраженный синдром Рейно. Красная кайма губ истончена, ротовая апертура уменьшена. На лице и ладонях единичные телеангиоэктазии. Болезненность при пальпации лучезапястных и пястно-фаланговых суставов. Пастозность стоп. В легких дыхание жесткое, выслушиваются рассеянные сухие хрипы. ЧДД 18 в мин. Границы сердца расширены влево на 3 см от левой срединно-ключичной линии. Тоны сердца приглушены, ритм правильный., выслушивается систолический шум на верхушке сердца. АД140/90 мм рт. ст. ЧСС 84 в минуту. Живот при

пальпации мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не увеличены. Дизурических явлений нет. Стул регулярный.

Клинический анализ крови: гемоглобин 130 г/л; эритроциты $4,15 \times 10^{12}$ /л; лейкоциты $8,4 \times 10^9$ /л; палочкоядерные 2%; сегментоядерные 52%; эозинофилы 2%; лимфоциты 42%; моноциты 2%; тромбоциты 232×10^9 /л; СОЭ 18 мм/час.

Биохимический анализ крови: мочевины 7,8 ммоль/л; креатинин 110 мкмоль/л; триглицериды 1,78 ммоль/л; общий холестерин 4,8 ммоль/л; СРБ 10,6 г/л;

Иммунологический анализ крови: ревматоидный фактор 210 Ед/л, АНФ – положительный (крапчатое свечение). АТ к нДНК – отрицательно, АТ к топоизомеразе-1 – отрицательно, антицентромерные антитела – положительно.

На ЭКГ – ритм синусовый, правильный. Нормальное положение ЭОС. ЧСС 68 в мин.

Рентгенография органов грудной клетки: легкие эмфизематозные. Корни мало структурные. Синусы свободные. Базальный пневмосклероз по мелкоячеистому типу.

Raynaud's Phenomenon



Вопросы:

1. Выделите основные синдромы
2. Проведите дифференциальный диагноз и поставьте диагноз
3. Назначьте дополнительные исследования
4. Определите тактику ведения больного

Задача №3.

Пациентка С., 55 лет. В анамнезе в течение 27 лет наблюдается неврологом по поводу миастении генерализованной формы. В клинической картине присутствовали: характерная мышечная слабость, в том числе мимической мускулатуры (поперечная улыбка, не могла удерживать пищу во рту, птоз), диплопия, бульбарные нарушения (дисфагия, дисфония). Диагноз был поставлен на основании клинической картины, данных электромиографического исследования, подтвердившего нарушение синаптической передачи. Получала антихолинэстеразную терапию с положительным эффектом. Последние 9 лет – спонтанная ремиссия (по данным неврологического заключения), медикаментозного лечения не получала.

Год назад после инсоляции впервые появились преходящие артралгии, артриты мелких суставов кистей, эритема над пястно–фаланговыми суставами, непродуктивный кашель, скованность, шелушение кожи ладоней и медиальной поверхности пальцев. Ограничение объема движений не отмечалось, мышечная сила, в том числе мимической мускулатуры – в пределах нормы, рефлексы оставались сохранными. Не наблюдалось также динамического офтальмопареза, патологической мышечной утомляемости.

При поступлении в клинику имеют место: суставной синдром, включающий артриты мелких суставов кистей, плечевых суставов, утреннюю скованность в течение 30 мин., шелушение кожи пальцев и ладоней, повышение температуры до 38°C, непродуктивный кашель и боли в груди при глубоком дыхании. Общее состояние средней степени тяжести. При аускультации легких – крепитация в нижнебазальных отделах легких, над остальными легочными полями ослабленное

везикулярное дыхание. Тоны сердца приглушены, ритм правильный. АД 120/70 мм рт.ст., ЧСС 68 в минуту. Живот мягкий безболезненный. Печень не пальпируется. Периферических отеков нет. Физиологические отправления в норме.

При обследовании: СОЭ 40 мм/ч, С-реактивный белок 101 мг/л, КФК 1093 МЕ, ЛДГ 581 Ед/л, ревматоидный фактор, АЦЦП – отрицательные. Остальные анализы – без особенностей.

Вопросы:

1. Выделите основные синдромы.
2. Проведите дифференциальный диагноз и поставьте диагноз.
3. Назначьте дополнительные исследования.
4. Определите тактику ведения больного.

VI. Заключительная часть (подведение итогов) - 5 мин.

VII. Рекомендуемая литература:

Основная учебная литература:

	Название учебной и учебно-методической литературы, автор, издательство	Год издания
1.	Госпитальная терапия: в 5 ч.: учебное пособие для студентов, обучающихся по специальности 31.05.01. Лечебное дело. / С.П. Филоненко, Е.В. Лыгина, Л.А. Зотова, под. ред. проф. С.С. Якушина; ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России. – Рязань: ОТСиОП, 2018. – Ч. 1: Ревматология – 140 с. / Н.Н. Никулина, Е.В. Филиппов, И.В. Буданова, под. ред. проф. С.С. Якушина; ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России. – Рязань: ОТСиОП, 2018. – Ч.2: Пульмонология. – 212 с. / В.С. Петров, Н.В. Добрынина, И.В. Буданова [и др.], под.ред. проф. С.С. Якушина; ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России. – Рязань: ОТСиОП, 2018. – Ч.3: Гастроэнтерология. – 132 с. / В.С. Петров, Н.В. Добрынина, Л.А. Зотова, под. ред. проф. С.С. Якушина; ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России. – Рязань: ОТСиОП, 2018. – Ч.4: Нефрология. – 112 с. / С.П. Филоненко [и др.]; под.	2018

	ред. проф. С.С. Якушина; ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России. – Рязань: ОТСиОП, 2018. – Ч. 5.1: Кардиология. – 196 с. / Н.Н. Никулина, Е.В. Филиппов, Е.А. Смирнова [и др.]; под. ред. проф. С.С. Якушина; ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России. – Рязань: ОТСиОП, 2018. – Ч. 5.2.: Кардиология. – 196 с.	
2.	Маколкин, В.И. Внутренние болезни : учебник / В.И. Маколкин, С.И. Овчаренко, В.А. Сулимов. – 6-е изд., перераб. и доп. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2-17. – 768 с. – ISBN 978-5-9704-4157-2. – Текст: электронный // ЭБС "Консультант студента": [сайт]. – URL: https://www.studentlibrary.ru/b	2017
3.	Внутренние болезни: учеб. для студентов учреждений высш. проф. образования: в 2 т. / под ред. В.С. Моисеева [и др.]. – 3-е изд., перераб. и доп. – М.: ГЭОТАР-Медиа	2018

Дополнительная литература:

	Название учебной и учебно-методической литературы, автор, издательство	Год издания
1.	Ивашкин, В.Т. Гастроэнтерология. Национальное руководство / под ред. В.Т. Ивашкина, Т.Л. Лапиной. – М.: ГЭОТАР-Медиа. – 464 с. – ISBN 978-5-9704-4406-1. - Текст: электронный // ЭБС "Консультант студента": [сайт]. – URL: https://www.studentlibrary.ru/book/I	2018
2.	Усанова, А. А. Ревматология : учебное пособие / А. А. Усанова [и др.] ; под ред. А. А. Усановой. - Москва: ГЭОТАР-Медиа,. - 408 с. - 408 с. - ISBN 978-5-9704-5303-2. - Текст: электронный // ЭБС "Консультант студента": [сайт]. - URL: https://www.studentlibrary.ru/book	2019
3.	Чучалин, А.Г. Пульмонология / под ред. А.Г. Чучалина. – М.: ГЭОТАР-Медиа. – 768 с. – ISBN 978-5-9704-5323-0. – Текст: электронный // ЭБС "Консультант студента": [сайт]. – URL: https://www.studentlibrary.ru/book/	2020

4.	Филоненко, С.П. Боли в суставах: дифференциальная диагностика / С.П. Филоненко, С.С. Якушин. – М.: ГЭОТАР-Медиа. – URL: http://www.studmedlib.ru/book	2014
5.	Окороков В.Г. Диагностика и лечение желудочковых нарушений ритма сердца: моногр. / В.Г. Окороков, С.В. Селезнев; ГБОУ ВПО РязГМУ. – Рязань: РИО РязГМУ. – 172 с. – Библиогр.: С. 172. – 92-88.	2013
6.	Основы ревматологии: учебное пособие для студентов обуч. по спец. «Лечебное дело» / С.С. Якушин [и др.]; ГБОУ ВПО РязГМУ. – Рязань: РИО РязГМУ. – 130 с.	2015

Перечень ресурсов информационно-телекоммуникационной сети «Интернет», необходимых для освоения дисциплины

1. ЭБС «Консультант студента ВПО и СПО», доступ предоставлен зарегистрированному пользователю университета с любого домашнего компьютера. Доступ предоставлен по ссылке www.studmedlib.ru и www.medcollegelib.ru соответственно.
2. Собственная электронная библиотека университета, в которой имеются полные тексты методических указаний преподавателей с июня 2012 года, осуществляется по ссылке <http://lib.local> и предоставляется авторизованному пользователю с компьютеров локальной сети университета
3. Клинические рекомендации МЗ РФ. Доступ к рубриктору по ссылке: <https://cr.minzdrav.gov.ru/>

Справочные правовые системы

СПС «Консультант-плюс» - <http://www.consultant.ru/>

СПС «Гарант» - <http://www.garant.ru/>

СПС «Кодекс» - <http://www.kodeks.ru/>

Базы данных и информационно-справочные системы

1. ЭБС «Консультант студента ВПО и СПО», доступ предоставлен зарегистрированному пользователю

университета с любого домашнего компьютера. Доступ предоставлен по ссылке www.studmedlib.ru и www.medcollegelib.ru соответственно.

2. Библиографическая и реферативная база данных Scopus. Ссылка на ресурс: www.scopus.com.
3. Национальная электронная библиотека («НЭБ»). Ссылка на ресурс <http://нэб.рф/>.
4. Коллекция книг ЭБС "Юрайт". Доступ предоставлен по ссылке «Юрайт» biblio-online.ru
5. Polpred.com. Обзор СМИ. Доступ на Polpred.com открыт со всех компьютеров библиотеки и внутренней сети. Для работы используйте ссылку <http://polpred.com>. После регистрации с компьютеров университета можно просматривать документы из дома.
6. Собственная электронная библиотека университета, в которой имеются полные тексты методических указаний преподавателей с июня 2012 года, осуществляется по ссылке <http://lib.local> и предоставляется авторизованному пользователю с компьютеров локальной сети университета.

Тема занятия: ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ СИСТЕМНЫХ ВАСКУЛИТОВ (УЗЕЛКОВЫЙ ПОЛИАРТЕРИИТ, МИКРОСКОПИЧЕСКИЙ ПОЛИАРТЕРИИТ, ГРАНУЛЕМАТОЗ С ПОЛИАНГИИТОМ ВЕГЕНЕРА, СИНДРОМ ЧЕРДЖА-СТРОСС, ГЕМОМРАГИЧЕСКИЙ ВАСКУЛИТ, НЕСПЕЦИФИЧЕСКИЙ АОРТОАРТЕРИИТ). (Филоненко С.П.)

Цель занятия: изучить клинику, симптоматиологию, вопросы диагностики (дифференциальной диагностики), принципы индивидуального лечебного подхода к больным системными васкулитами на различных стадиях заболевания.

Форма проведения: клиническое практическое занятие.

Время проведения занятия (кол-во астрономических часов): 5.

Методическое оснащение: методические разработки для студентов, тесты, истории болезни, кейс-задачи.

Материально-техническое оснащение: столы, стулья, мультимедийная техника, фантомы.

Организационно-методические указания для преподавателей

В результате изучения темы студент должен овладеть следующими компетенциями:

ОПК 4: Способен применять медицинские изделия, предусмотренные порядком оказания медицинской помощи, а также проводить обследования пациента с целью установления диагноза.

ОПК 7: Способен назначать лечение и осуществлять контроль его эффективности и безопасности.

ПК 2: Способен проводить обследование пациента с целью установления диагноза.

ПК 3: Способен к ведению медицинской документации.

ПК 4: Способен организовать деятельность находящегося в распоряжении среднего медицинского персонала.

Расчет учебного времени

I. Вводная часть - 25 мин.

- II. Клиническая конференция – 30 мин.
III. Обсуждение материала: контроль теоретической подготовки студентов - 45 мин.

Программированный контроль:

1. КРИТЕРИЕМ ДИАГНОЗА УЗЕЛКОВОГО ПОЛИАРТЕРИИТА ЯВЛЯЕТСЯ

- А) наличие вируса гепатита В
- Б) развитие полиартрита
- В) поражение верхних дыхательных путей
- Г) легочное кровотечение

2. К ДИАГНОСТИЧЕСКИМ КРИТЕРИЯМ ГРАНУЛЕМАТОЗА С ПОЛИАНГИИТОМ ОТНОСЯТ

- А) ринит, фарингит
- Б) полинейропатию
- В) миокардит
- Г) ишемический колит

3. К СИСТЕМНЫМ ВАСКУЛИТАМ, ПОВРЕЖДАЮЩИМ ПРЕИМУЩЕСТВЕННО КРУПНЫЕ СОСУДЫ, ОТНОСЯТ

- А) артериит Такаясу
- Б) узелковый полиартериит
- В) гранулематоз с полиангиитом
- Г) пурпuru Шенлейн-Геноха

4. НА ПРОГНОЗ ПАЦИЕНТОВ С НЕКРОТИЗИРУЮЩИМИ ВАСКУЛИТАМИ ВЛИЯЕТ НАЗНАЧЕНИЕ

- А) цитостатиков
- Б) глюкокортикоидов
- В) нестероидных противовоспалительных препаратов
- Г) вазодилататоров

5. ИЗ ПОРАЖЕНИЙ СЕРДЦА ПРИ УЗЕЛКОВОМ ПЕРИАРТЕРИИТЕ НАИБОЛЕЕ ТИПИЧНЫМ ЯВЛЯЕТСЯ

- А) коронариит
- Б) миокардит
- В) сухой перикардит
- Г) крупноочаговый кардиосклероз

6. СОЧЕТАНИЕ ЯЗВЕННО-НЕКРОТИЧЕСКОГО ПОРАЖЕНИЯ ВЕРХНИХ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ И ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТА ХАРАКТЕРНО ДЛЯ:

- А) гранулематоза Вегенера
- Б) системной красной волчанки
- В) геморрагического васкулита
- Г) амилоидоза

7. СОЧЕТАНИЕ СИНДРОМА ЗЛОКАЧЕСТВЕННОЙ ГИПЕРТОНИИ С ПРОГРЕССИРУЮЩИМ СНИЖЕНИЕМ ФУНКЦИИ ПОЧЕК И АСИММЕТРИЧНЫМ ПОЛИНЕВРИТОМ ХАРАКТЕРНО ДЛЯ

- А) узелкового полиартериита
- Б) системной красной волчанки
- В) амилоидоза с поражением почек
- Г) геморрагического васкулита

8. ЗАБОЛЕВАНИЕ, ВСТРЕЧАЮЩЕЕСЯ ЧАЩЕ У МУЖЧИН И ХАРАКТЕРИЗУЮЩЕЕСЯ ГЕМАТУРИЕЙ В СОЧЕТАНИИ С КОЖНЫМИ ВЫСЫПАНИЯМИ И АБДОМИНАЛГИЯМИ, ЭТО

- А) геморрагический васкулит (болезнь Шенлейн-Геноха)
- Б) гематурический гломерулонефрит (болезнь Берже)
- В) узелковый полиартериит
- Г) системная красная волчанка

9. ГРУБЫЙ СИСТОЛИЧЕСКИЙ ШУМ НАД ПРАВОЙ СОННОЙ АРТЕРИЕЙ, ОТСУТСТВИЕ ПУЛЬСА НА ПРАВОЙ ЛУЧЕВОЙ АРТЕРИИ И АД 180/120 ММ РТ СТ НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ

- А) неспецифического аортоартериита
- Б) системной красной волчанки
- В) фибромускулярной мультисосудистой гиперплазии
- Г) облитерирующего тромбангиита

10. ДЛЯ БОЛЕЗНИ ТАКАЯСУ ХАРАКТЕРНО НАЛИЧИЕ В КЛИНИЧЕСКОЙ КАРТИНЕ

- А) отсутствие пульса на одной из рук
- Б) геморрагической пурпуры
- В) сетчатого ливедо
- Г) кровохарканья

11. ПРЕПАРАТОМ ВЫБОРА ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ГРАНУЛЕМАТОЗА ВЕГЕНЕРА ЯВЛЯЕТСЯ

- А) циклофосфамид
- Б) лефлуномид
- В) пентоксифиллин
- Г) метотрексат

12. СИСТЕМНЫЙ КАПИЛЛЯРИТ С ПРЕИМУЩЕСТВЕННЫМ ПОРАЖЕНИЕМ АЛЬВЕОЛ ЛЕГКИХ И БАЗАЛЬНЫХ МЕМБРАН ГЛОМЕРУЛЯРНОГО АППАРАТА ПОЧЕК ИМЕЕТ МЕСТО ПРИ

- А) синдроме Гудпасчера
- Б) системной красной волчанке
- В) болезни Рейно
- Г) синдроме Шегрена

13. СОСУДЫ КРУПНОГО КАЛИБРА ПОРАЖАЮТСЯ ПРИ

- А) артериите Такаясу
- Б) болезни Бюргера
- В) узелковом периартериите
- Г) геморрагическом васкулите

14. ЭОЗИНОФИЛИЯ ЧАЩЕ СОПУТСТВУЕТ

- А) синдрому Черджа-Строс
- Б) ревматоидному артриту
- В) склеродермии
- Г) подагре

15. КАКИЕ ВАСКУЛИТЫ ВСТРЕЧАЮТСЯ ЧАЩЕ У ЛИЦ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА? А) ВИСОЧНЫЙ АРТЕРИИТ; Б) ГЕМОРРАГИЧЕСКИЙ ВАСКУЛИТ; В) БОЛЕЗНЬ КАВАСАКИ; Г) УЗЕЛКОВЫЙ ПЕРИАРТАРИИТ.

- А) а, в
- Б) б, в
- В) б, г
- Г) а, г

16. ОТМЕТИТЬ НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫЕ ПРОЯВЛЕНИЯ УЗЕЛКОВОГО ПОЛИАРТЕРИИТА: А) ЛИХОРАДКА; Б) ГЕНЕРАЛИЗОВАННЫЕ БОЛИ В СУСТАВАХ; В) БРОНХИАЛЬНАЯ АСТМА; Г) ПОЛИНЕЙРОПАТИЯ.

- А) а, б, г

Б) б, в, г

В) б, г

Г) Все

17. КАКИЕ ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ ВАСКУЛИТОВ ВХОДЯТ В ГРУППУ АРТЕРИИТОВ С ПОРАЖЕНИЕМ СОСУДОВ КРУПНОГО КАЛИБРА? А) ГРАНУЛЕМАТОЗ ВЕГЕНЕРА; Б) СИНДРОМ ЧЕРДЖА-СТРОС; В) БОЛЕЗНЬ ТАКАЯСУ; Г) ВИСОЧНЫЙ АРТЕРИИТ.

А) а, б

Б) в, г

В) б, в, г

Г) г

18. ОТМЕТИТЬ ОСНОВНЫЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ГИГАНТОКЛЕТОЧНОГО АРТЕРИИТА: А) РЕВМАТИЧЕСКАЯ ПОЛИМИАЛГИЯ; Б) СЛЕПОТА; В) ГОЛОВНАЯ БОЛЬ; Г) ЛИХОРАДКА.

А) а

Б) б

В) в, г

Г) а, б, в, г

19. КАКИЕ ЗАКЛЮЧЕНИЯ О ГЕМОРРАГИЧЕСКОМ ВАСКУЛИТЕ ПРАВИЛЬНЫ? А) ЧАЩЕ ВСТРЕЧАЮТСЯ У ДЕТЕЙ, ЧЕМ У ВЗРОСЛЫХ; Б) ХАРАКТЕРНЫМ СИМПТОМОМ ЯВЛЯЕТСЯ ПУРПУРА; В) РАЗВИТИЕ ПУРПУРЫ КОРРЕЛИРУЕТ СО СНИЖЕНИЕМ КОНЦЕНТРАЦИИ ТРОМБОЦИТОВ; Г) ХАРАКТЕРНЫМИ СИМПТОМАМИ ЯВЛЯЮТСЯ БОЛИ В ЖИВОТЕ, ПОРАЖЕНИЕ СУСТАВОВ.

А) а, б

Б) в

В) а, б, г

Г) Все

20. ОТМЕТИТЬ ХАРАКТЕРНЫЕ ПРИЗНАКИ ГРАНУЛЕМАТОЗА ВЕГЕНЕРА: А) ГНОЙНЫЙ СИНУСИТ; Б) ИНФИЛЬТРАТЫ В ЛЕГКИХ; В) ОБНАРУЖЕНИЕ АНТИТЕЛ К НЕЙТРОФИЛАМ; Г) ОБНАРУЖЕНИЕ АНТИНУКЛЕАРНОГО ФАКТОРА.

А) Все

- Б) г
- В) б, в
- Г) а, б, в

21. КАКИЕ ВЫВОДЫ О ГЕМОРРАГИЧЕСКОМ ВАСКУЛИТЕ ВЕРНЫ? А) ЧАСТО РАЗВИВАЕТСЯ АРТРИТ КОЛЕННЫХ СУСТАВОВ; Б) СЫПЬ НА ВЕРХНИХ КОНЕЧНОСТЯХ РАЗВИВАЕТСЯ РЕДКО; В) БОЛИ В ЖИВОТЕ ЯВЛЯЮТСЯ КЛАССИЧЕСКИМ ПРОЯВЛЕНИЕМ ЗАБОЛЕВАНИЯ; Г) РАЗВИТИЕ НЕФРИТА СВЯЗАНО С ОТЛОЖЕНИЕМ IGA-СОДЕРЖАЩИХ ИММУННЫХ КОМПЛЕКСОВ.

- А) а, б, в
- Б) б, в, г
- В) а
- Г) Все

22. ОТМЕТИТЬ ХАРАКТЕРНЫЕ ПРИЗНАКИ СИНДРОМА ЧЕРДЖА-СТРОС: А) ЭОЗИНОФИЛИЯ; Б) БОЛЕЕ ЧАСТОЕ ПОРАЖЕНИЕ ЛЕГКИХ, ЧЕМ ПРИ УЗЕЛКОВОМ ПОЛИАРТЕРИИТЕ; В) ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТ; Г) ВСЕ, ВЫШЕ ПЕРЕЧИСЛЕННОЕ.

- А) а, б
- Б) а
- В) б, в
- Г) г

23. КАКИЕ ВАСКУЛИТЫ ВСТРЕЧАЮТСЯ ПРЕИМУЩЕСТВЕННО У ЛИЦ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА? А) ГЕМОРРАГИЧЕСКИЙ ВАСКУЛИТ; Б) ВИСОЧНЫЙ АРТЕРИИТ; В) БОЛЕЗНЬ ТАКАЯСУ; Г) УЗЕЛКОВЫЙ ПЕРИАРТЕРИИТ.

- А) а, в
- Б) в, г
- В) б, в
- Г) б

24. ПРИ КАКИХ ВАСКУЛИТАХ ПРЕИМУЩЕСТВЕННО ПОРАЖАЮТСЯ СОСУДЫ СРЕДНЕГО КАЛИБРА? А) АРТЕРИИТ ТАКАЯСУ; Б) УЗЕЛКОВЫЙ

ПОЛИАРТЕРИИТ; В) ГРАНУЛЕМАТОЗ ВЕГЕНЕРА; Г) ГИГАНТОКЛЕТОЧНЫЙ АРТЕРИИТ.

А) а, б

Б) б

В) б, в, г

Г) а, г

25. ПРИ КАКИХ ВАСКУЛИТАХ ПОРАЖАЮТСЯ, ПРЕИМУЩЕСТВЕННО СОСУДЫ МЕЛКОГО КАЛИБРА?

А) МИКРОСКОПИЧЕСКИЙ ПОЛИАНГИИТ; Б) АРТЕРИИТ ТАКАЯСУ; В) СИНДРОМ ЧЕРДЖА-СТРОС; Г) ГЕМОМРАГИЧЕСКИЙ ВАСКУЛИТ.

А) а, б

Б) а, в, г

В) б, в

Г) а, г

Ключ к тестам:

№ теста	Ответ
1	А
2	А
3	А
4	А
5	А
6	А
7	А
8	А
9	А
10	А
11	А
12	А
13	А
14	А
15	Б
16	А
17	Б
18	Г
19	В

20	Г
21	Г
22	А
23	Г
24	Б
25	Б

Вопросы для обсуждения:

1. Определение, распространенность, этиология, патогенез СВ.
2. Основные принципы диагностики СВ.
3. Дифференциальная диагностика системных васкулитов.
4. Классификация системных васкулитов.
5. Лечение системных васкулитов.

IV. Клиническая работа: курация больных - 1 ч. 30 мин.,

V. Разбор клинических случаев, решение ситуационных задач (при невозможности разобрать клинический случай) - 30 мин.

Кейс – задачи:

Задача №1.

54-летний мужчина поступил в клинику с жалобами на сильную слабость, одышку в покое, онемение нижних конечностей. Из анамнеза: 6 недель назад у больного внезапно повысилась температура до 38,5 С, озноб, проливные поты по ночам, диффузная миалгия, боли и отек голеностопных суставов. Слабость прогрессировала, больной похудел на 5 кг, появились боли при дыхании в левой половине грудной клетки. При рентгенологическом исследовании, выполненном 3 недели назад, изменений в легких не обнаружено. Объективный статус: пациент производит впечатление тяжелобольного с признаками кахексии, беспокоит одышка в покое. При объективном исследовании: АД – 110/60 мм рт.ст., пульс – 120/мин, ЧДД – 30/мин, температура – 37,0 С, эписклерит правого глаза, гиперпигментация кожи голеней. Выявлен носовой полип и поверхностная язва в области носовой перегородки, признаки атрофии слизистой. При неврологическом исследовании –

периферическая невропатия. Лабораторные исследования: гематокрит – 17%, Нв – 102 г/л, лейкоциты – 12,6, п/я – 6%, с/я – 68%, лимфоциты – 12%, моноциты – 2%, эозинофилы – 12%, СОЭ – 70 мм/ч, тромбоциты – 600 000, креатинин – 0,5 ммоль/л, печеночные ферменты – норма, электрофорез белков сыворотки – диффузная гипергаммаглобулинемия, анализ мочи: плотность – 1025, следы белка, эритроциты – до 100 в поле зрения. При рентгенологическом исследовании легких по сравнению с данными полученными 3 недели назад, выявляются инфильтраты с полостями распада в верхней доле левого легкого.

Вопросы:

I. Предполагаемый диагноз?

1. СКВ
2. сепсис
3. гранулематоз с ангиитом Вегенера
4. узелковый полиартериит
5. синдром Чарга-Стросса
6. туберкулез

II. Какие дополнительные лабораторные исследования необходимо провести для уточнения диагноза? (не более 3-х наиболее важных тестов)

1. концентрация иммуноглобулинов IgG, IgA, IgM, IgE
2. АНФ
3. РФ
4. антитела к нейтрофилам
5. криоглобулины
6. субпопуляции лимфоцитов
7. ЦИК
8. компоненты системы комплемента

III. Какое лечение целесообразно назначить больному?

1. антибактериальная терапия
2. противотуберкулезная терапия
3. циклофосфамид
4. преднизолон
5. НПВП

(не более 2-х самых важных препаратов)

Задача №2.

Мужчина 25 лет, токарь станкозавода, обратился к врачу поликлиники по поводу схваткообразных болей в животе и обильной геморрагической сыпи на конечностях. Появлению этих симптомов предшествовало обострение хронического тонзиллита, по поводу которого принимал амоксилав в течение 6 дней.

Объективно: при осмотре состояние удовлетворительное, на коже верхних и нижних конечностей симметричные папулезно-геморрагические высыпания. При надавливании элементы сыпи не исчезают, температура тела $37,8^{\circ}\text{C}$ сохраняется в течение 3-х дней. Симптомы раздражения брюшины слабоположительные. При глубокой пальпации живот безболезненный, периферические лимфоузлы не увеличены. Со стороны внутренних органов без видимой патологии. Симптомы жгута, щипка не выражены. АЧТВ нормальное. Анализ мочи: микрогематурия.

Анализ крови: эритроциты – $4,5 \cdot 10^{12}/\text{л}$, Нв - 150г/л, цв. показ. - 1,0, тромбоциты – 300 тыс., лейкоциты – $10 \cdot 10^9/\text{л}$, э - 4%, п - 10%, с - 70%, л - 12%, м - 4%, СОЭ - 20 мм/час.

Вопросы:

1. Какой диагноз предполагаете?
2. План лечебных мероприятий.
3. Содержание иммуноглобулинов какого класса повышено при данном заболевании?
4. Назовите калибр поражения сосудов при этом заболевании?
5. Где должен лечиться больной?

Задача №3.

Больной 18 лет обратился к врачу-терапевту участковому с жалобами на боли в животе, рвоту, повышение температуры.

Анамнез: заболел вчера (со слов больного, после сильного переохлаждения), когда у него появились боли в суставах рук и ног, повысилась температура до $38,5^{\circ}\text{C}$. Утром появилась частая рвота, боли в животе схваткообразного характера, вздутие живота.

Объективно: у больного отмечено повышение температуры до 38°C , обложенный сухой язык. Патологии со стороны лёгких и

сердца не выявлено. Отмечается вздутие живота и напряжение передней брюшной стенки, положительный симптом Щеткина-Блюмберга. Пульс – 110 в мин. АД - 110/70 мм рт. ст. На голенях обильные петехиальные высыпания. Выраженная припухлость и болезненность при пальпации голеностопных, коленных и лучезапястных суставов справа и слева.

Общий анализ крови: эритроциты – $4,2 \times 10^{12}/л$, гемоглобин – 136 г/л, тромбоциты – $200 \times 10^9/л$, лейкоциты – $21,0 \times 10^9/л$, эозинофилы – 12%, палочкоядерные – 10%, сегментоядерные – 68%, лимфоциты – 6%, моноциты – 4%, СОЭ - 42 мм/час.

Биохимические исследования крови: креатинин – 290 мкмоль/л, АсАТ – 17 Ед/л; АлАТ – 23 Ед/л, глюкоза – 4,9 ммоль/л.

Общий анализ мочи: удельный вес – 1021; белок – 0,068 г/л; лейкоциты – 6-8 в поле зрения; эритроциты – 20-25 в поле зрения свежие, неизмененные.

Вопросы:

1. Укажите основной синдром в клинической картине.
2. Сформулируйте предположительный диагноз.
3. С какими заболеваниями необходимо провести дифференциальную диагностику в первую очередь?
4. Какие дополнительные исследования необходимы для подтверждения диагноза?
5. Какие группы лекарственных препаратов и немедикаментозные методы лечения являются наиболее важными в терапии данного заболевания?

Задача №4.

Больная Д., 18 лет, поступила в хирургическое отделение многопрофильной больницы с жалобами на схваткообразные боли в животе, тошноту, неоднократную рвоту коричневым содержимым, напоминающим кофейную гущу. В течение последних суток дважды отмечался жидкий черный стул. В течение недели беспокоили боли в коленных и голеностопных суставах. Страдает хроническим тонзиллитом. Перенесла острое респираторное заболевание 10 дней назад.

Осмотрена дежурным хирургом. Состояние средней тяжести. Кожные покровы несколько бледноваты. На коже

передней поверхности голеней, бедер мелкоточечная геморрагическая сыпь, сгущающаяся в области голеностопных суставов, а также мелкие уртикарные и эритематозные элементы. Голеностопные суставы увеличены в объеме, горячие на ощупь, движения в них ограничены из-за боли.



В легких хрипы не выслушиваются. Ритм сердца правильный, тоны звучные, ЧСС 95 в минуту. АД 110/70 мм рт ст. Язык влажный, обложен белым налетом. Живот мягкий, умеренно болезненный при пальпации в эпигастральной области и в проекции луковицы двенадцатиперстной кишки, где определяются слабо положительные перитонеальные симптомы. Поколачивание в поясничной области безболезненно с обеих сторон.

Клинический анализ крови: гемоглобин 128 г/л, гематокрит 40%, тромбоциты 320×10^9 /л, лейкоциты 11.3×10^9 /л, палочкоядерные 6%, сегментоядерные 60%, лимфоциты 26%, моноциты 5%, эозинофилы 3%, СОЭ 38 мм/час.

Экстренно выполнена ЭГДС: на слизистой желудка и луковицы двенадцатиперстной кишки выявлены множественные

эрозии и мелкие кровоизлияния. Признаков продолжающегося кровотечения не выявлено.

Больная проконсультирована терапевтом. Согласовано лечение больной. Через двое суток абдоминальный синдром был полностью купирован и больная переведена в терапевтическое отделение. В день перевода отметила появление макрогематурии.

Анализ мочи: удельный вес 1022, белок 0.1 г/л, глюкоза нет, лейкоциты 2-4 в поле зрения, эритроциты покрывают поле зрения, цилиндров нет.

Биохимический анализ крови: билирубин 14 мкмоль/л, АСТ 12ед/л, АЛТ 21 ед/л., креатинин 65 мкмоль/л, мочевины 21 ммоль/л, общий белок 72 г/л, белковые фракции: альбумины 52%, альфа 1 4.1%, альфа 2 15.9%, бета 14.3%, гамма-глобулины 23.7%, ревматоидный фактор отрицательный, АСЛ-О 300 ед.

Иммуноглобулины крови: IgG 12,3 г/л (7,0 -17,0), IgA 6,9 г/л (0,9 -4,5), IgM г/л 1,1 (0,5 -3,5),

Коагулограмма: Фибриноген 2,5 г/л, протромбиновый индекс 85%, МНО 0,98 ед, АЧТВ 38 сек, тромбиновое время 15.9 сек, антитромбин III 92%, система протеина С >0,7 ед, волчаночный антикоагулянт (LA) -, фибринолитическая активность крови 7,8 мин, протаминсульфатный тест отр, этаноловый тест отр, продукты деградации фибриногена 0,03 г/л

Вопросы:

1. Выделите основные синдромы
2. Проведите дифференциальный диагноз и поставьте диагноз
3. Назначьте дополнительные исследования
4. Определите тактику ведения больного

Задача №5.

Больная Г., 37 лет, поступила в ревматологическое отделение с жалобами на боль в стопах, икроножных мышцах, похудание на 8 кг в течение 7 месяцев, снижение чувствительности в дистальных отделах стоп.

Из анамнеза известно, что в январе после переохлаждения впервые появилось онемение в пальцах стоп, стали постоянно мерзнуть ноги, затем присоединились парестезии, снизилась чувствительность. В мае отметила появление некой «синей

сетки» на коже нижних конечностей. Стали беспокоить жгучие боли в стопах и икроножных мышцах, в том числе в ночное время, что требовало постоянного ежедневного приема НПВС. Онемения, парестезии, болевой синдром нарастали. В июле появились участки цианоза на коже дистальных отделов стоп.

Объективно: состояние средней тяжести. Пониженного питания, на коже нижних конечностей сетчатое ливедо, слева - «провисание» стопы и появление «петушиной» походки, цианоз передней трети стопы, отсутствие чувствительности в дистальных отделах. Парез правой кисти. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Границы сердца не расширены. Ритм правильный, ЧСС 76 в минуту, АД 160/90, шумы не определяются. Живот мягкий, при пальпации безболезненный, печень и селезенка не увеличены.

В анализе крови клиническом: эритроциты $3,9 \times 10^9$ /л, Hb 106г/л, лейкоциты- $10,9 \times 10^9$ /л, эозинофилы-1%, нейтрофилы-64%, лимфоциты-27%, моноциты-8%, тромбоциты- 532×10^9 /л, СОЭ-50мм/час.

В биохимическом анализе крови: общий белок 75г/л, альбумины 48%, альфа-2 глобулины 15%, гамма-глобулины 26%, СРБ 40,97 мг/л, сывороточное железо 3,2мкмоль/л.

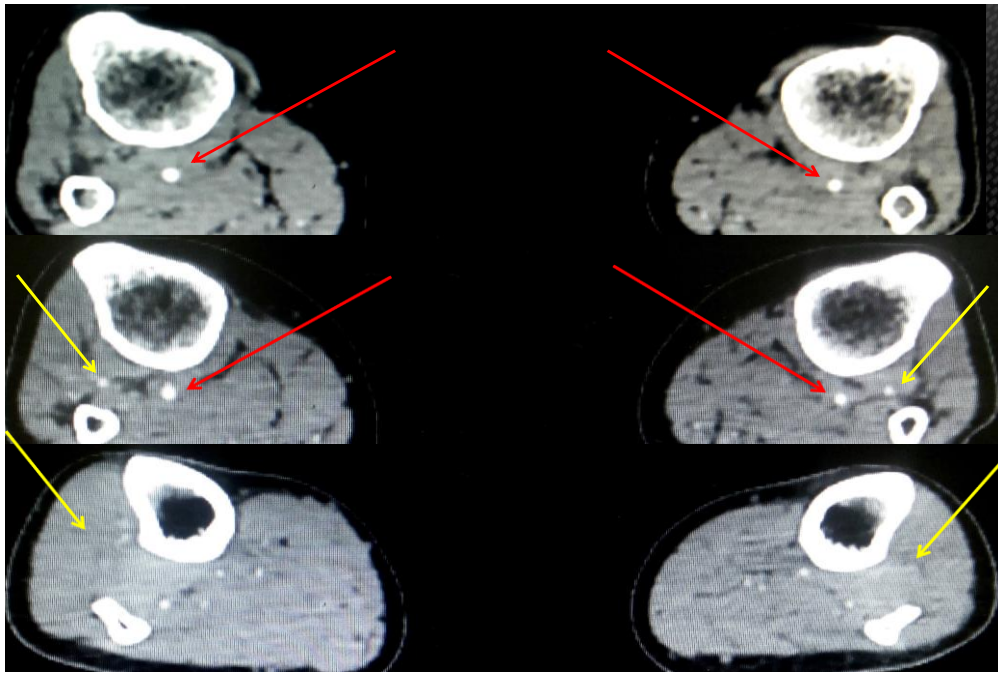
Иммунологические показатели: АТ к фосфолипидам IgG-4,9 (N<10,00 ед/ мл), АТ к фосфолипидам IgM-IgM-3,50 (N<10,00 ед/мл), АТ к кардиолипину IgG-5,40 (N<10,00МЕ/мл), АТ к кардиолипину IgM- не обнаружено, волчаночный антикоагулянт – не обнаружен, АНЦА-0,1 (N<1,0), криоглобулины – отрицательно.

Общий анализ мочи: цвет желтый, реакция кислая, удельный вес – 1016, белок отсутствует, лейкоциты-1-2 в п.зр.

При дуплексном сканировании артерий нижних конечностей выявлена двусторонняя окклюзия передних большеберцовых артерий от уровня дистальной трети с коллатерализацией кровотока.

На МСКТ артерий нижних конечностей окклюзия ПББА с обеих сторон.





Вопросы:

1. Выделите основные синдромы.
2. Проведите дифференциальный диагноз и поставьте диагноз.
3. Назначьте дополнительные исследования.
4. Определите тактику ведения больного.

VI. Заключительная часть (подведение итогов) - 5 мин.

VII. Рекомендуемая литература:

Основная учебная литература:

	Название учебной и учебно-методической литературы, автор, издательство	Год издания
1.	Госпитальная терапия: в 5 ч.: учебное пособие для студентов, обучающихся по специальности 31.05.01. Лечебное дело. / С.П. Филоненко, Е.В. Лыгина, Л.А. Зотова, под. ред. проф. С.С. Якушина; ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России. – Рязань: ОТСиОП, 2018. – Ч. 1: Ревматология – 140 с. / Н.Н. Никулина, Е.В. Филиппов, И.В. Буданова, под. ред. проф. С.С. Якушина; ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России. – Рязань: ОТСиОП, 2018. – Ч.2: Пульмонология. – 212 с. / В.С. Петров, Н.В. Добрынина, И.В. Буданова [и др.], под.ред. проф. С.С. Якушина; ФГБОУ ВО	2018

	РязГМУ Минздрава России. – Рязань: ОТСиОП, 2018. – Ч.3: Гастроэнтерология. – 132 с. / В.С. Петров, Н.В. Добрынина, Л.А. Зотова, под. ред. проф. С.С. Якушина; ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России. – Рязань: ОТСиОП, 2018. – Ч.4: Нефрология. – 112 с. / С.П. Филоненко [и др.]; под. ред. проф. С.С. Якушина; ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России. – Рязань: ОТСиОП, 2018. – Ч. 5.1: Кардиология. – 196 с. / Н.Н. Никулина, Е.В. Филиппов, Е.А. Смирнова [и др.]; под. ред. проф. С.С. Якушина; ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России. – Рязань: ОТСиОП, 2018. – Ч. 5.2.: Кардиология. – 196 с.	
2.	Маколкин, В.И. Внутренние болезни : учебник / В.И. Маколкин, С.И. Овчаренко, В.А. Сулимов. – 6-е изд., перераб. и доп. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2-17. – 768 с. – ISBN 978-5-9704-4157-2. – Текст: электронный // ЭБС "Консультант студента": [сайт]. – URL: https://www.studentlibrary.ru/b	2017
3.	Внутренние болезни: учеб. для студентов учреждений высш. проф. образования: в 2 т. / под ред. В.С. Моисеева [и др.]. – 3-е изд., перераб. и доп. – М.: ГЭОТАР-Медиа	2018

Дополнительная литература:

	Название учебной и учебно-методической литературы, автор, издательство	Год издания
1.	Ивашкин, В.Т. Гастроэнтерология. Национальное руководство / под ред. В.Т. Ивашкина, Т.Л. Лапиной. – М.: ГЭОТАР-Медиа. – 464 с. – ISBN 978-5-9704-4406-1. - Текст: электронный // ЭБС "Консультант студента": [сайт]. – URL: https://www.studentlibrary.ru/book/I	2018
2.	Усанова, А. А. Ревматология : учебное пособие / А. А. Усанова [и др.] ; под ред. А. А. Усановой. - Москва: ГЭОТАР-Медиа,. - 408 с. - ISBN 978-5-9704-5303-2. - Текст: электронный // ЭБС "Консультант студента": [сайт]. - URL:	2019

	https://www.studentlibrary.ru/book	
3.	Чучалин, А.Г. Пульмонология / под ред. А.Г. Чучалина. – М.: ГЭОТАР-Медиа. – 768 с. – ISBN 978-5-9704-5323-0. – Текст: электронный // ЭБС "Консультант студента": [сайт]. – URL: https://www.studentlibrary.ru/book/	2020
4.	Филоненко, С.П. Боли в суставах: дифференциальная диагностика / С.П. Филоненко, С.С. Якушин. – М.: ГЭОТАР-Медиа. – URL: http://www.studmedlib.ru/book	2014
5.	Окороков В.Г. Диагностика и лечение желудочковых нарушений ритма сердца: моногр. / В.Г. Окороков, С.В. Селезнев; ГБОУ ВПО РязГМУ. – Рязань: РИО РязГМУ. – 172 с. – Библиогр.: С. 172. – 92-88.	2013
6.	Основы ревматологии: учебное пособие для студентов обуч. по спец. «Лечебное дело» / С.С. Якушин [и др.]; ГБОУ ВПО РязГМУ. – Рязань: РИО РязГМУ. – 130 с.	2015

Перечень ресурсов информационно-телекоммуникационной сети «Интернет», необходимых для освоения дисциплины

1. ЭБС «Консультант студента ВПО и СПО», доступ предоставлен зарегистрированному пользователю университета с любого домашнего компьютера. Доступ предоставлен по ссылке www.studmedlib.ru и www.medcollegelib.ru соответственно.
2. Собственная электронная библиотека университета, в которой имеются полные тексты методических указаний преподавателей с июня 2012 года, осуществляется по ссылке <http://lib.local> и предоставляется авторизованному пользователю с компьютеров локальной сети университета
3. Клинические рекомендации МЗ РФ. Доступ к рубрике по ссылке: <https://cr.minzdrav.gov.ru/>

Справочные правовые системы

СПС «Консультант-плюс» - <http://www.consultant.ru/>

СПС «Гарант» - <http://www.garant.ru/>
СПС «Кодекс» - <http://www.kodeks.ru/>

Базы данных и информационно-справочные системы

1. ЭБС «Консультант студента ВПО и СПО», доступ предоставлен зарегистрированному пользователю университета с любого домашнего компьютера. Доступ предоставлен по ссылке www.studmedlib.ru и www.medcollegelib.ru соответственно.
2. Библиографическая и реферативная база данных Scopus. Ссылка на ресурс: www.scopus.com.
3. Национальная электронная библиотека («НЭБ»). Ссылка на ресурс <http://нэб.рф/>.
4. Коллекция книг ЭБС "Юрайт". Доступ предоставлен по ссылке [«Юрайт» biblio-online.ru](http://biblio-online.ru)
5. Polpred.com. Обзор СМИ. Доступ на Polpred.com открыт со всех компьютеров библиотеки и внутренней сети. Для работы используйте ссылку <http://polpred.com>. После регистрации с компьютеров университета можно просматривать документы из дома.
6. Собственная электронная библиотека университета, в которой имеются полные тексты методических указаний преподавателей с июня 2012 года, осуществляется по ссылке <http://lib.local> и предоставляется авторизованному пользователю с компьютеров локальной сети университета.

Тема занятия: ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА ПРИ ИНТЕРСТИЦИАЛЬНЫХ ПОРАЖЕНИЯХ ЛЕГКИХ. ПОРАЖЕНИЕ ЛЕГКИХ ПРИ COVID-19. (Косяков А.В.)

Цель занятия: изучить дифференциальную диагностику при интерстициальных поражениях легких. Изучить поражения лёгких при **COVID-19**.

Форма проведения: клиническое практическое занятие.

Время проведения занятия (количество академических часов):5

Методическое оснащение: методические разработки для студентов, тесты, истории болезни, кейс-задачи.

Материально-техническое оснащение: столы, стулья, мультимедийная техника, фантомы.

**Организационно-методические указания
для преподавателей**

В результате изучения темы студент должен овладеть следующими компетенциями:

ОПК 4: Способен применять медицинские изделия, предусмотренные порядком оказания медицинской помощи, а также проводить обследования пациента с целью установления диагноза.

ОПК 7: Способен назначать лечение и осуществлять контроль его эффективности и безопасности.

ПК 2: Способен проводить обследование пациента с целью установления диагноза.

ПК 3: Способен к ведению медицинской документации.

ПК 4: Способен организовать деятельность находящегося в распоряжении среднего медицинского персонала.

Расчет учебного времени

- I. Вводная часть - 30 мин.**
- II. Клиническая конференция – 30 мин.**
- III. Обсуждение материала: контроль теоретической подготовки студентов - 45 мин.**

Программированный контроль:

1. К БАЗИСНОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ИНТЕРСТИЦИАЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ЛЕГКИХ НЕ ОТНОСЯТ

- А. антибактериальные средства
- Б. антифибротические препараты
- В. иммуносупрессоры
- Г. глюкокортикостероиды

2. КАКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ НЕОБХОДИМО ВЫПОЛНИТЬ ДЛЯ ОЦЕНКИ ПРОНИЦАЕМОСТИ КИСЛОРОДА ЧЕРЕЗ АЛЬВЕОЛЯРНУЮ МЕМБРАНУ

- А. диффузионная способность легких
- Б. сцинтиграфия
- В. бодиплетизмография
- Г. капнография

3. НАЗОВИТЕ ВОЗБУДИТЕЛЕЙ, ВЫЗЫВАЮЩИХ ИНТЕРСТИЦИАЛЬНЫЕ ПНЕВМОНИИ

- А. вирусы, микоплазма, риккетсии
- Б. вирусы, стафилококк
- В. пневмококк, стафилококк
- Г. микоплазма, риккетсии

4. В ГРУППУ ИНТЕРСТИЦИАЛЬНЫХ ПНЕВМОНИЙ, СВЯЗАННЫХ С КУРЕНИЕМ ВХОДЯТ

- А. респираторный бронхолит-интерстициальная болезнь легких и десквамативная интерстициальная пневмония
- Б. идиопатический легочный фиброз и идиопатическая неспецифическая интерстициальная пневмония
- В. идиопатический плевропаренхиматозный фиброэластоз и лимфоцитарная интерстициальная пневмония
- Г. острая интерстициальная и криптогенная организирующая пневмонии

5. В ГРУППУ ХРОНИЧЕСКИХ ФИБРОЗИРУЮЩИХ ИНТЕРСТИЦИАЛЬНЫХ ПНЕВМОНИЙ ВХОДЯТ

- А. идиопатический легочный фиброз и идиопатическая неспецифическая интерстициальная пневмония
- Б. идиопатический плевропаренхиматозный фиброэластоз и лимфоцитарная интерстициальная пневмония

В. острая интерстициальная и криптогенная организуемая пневмония

Г. респираторный бронхолит-интерстициальная болезнь легких и десквамативная интерстициальная пневмония

6. В ОСНОВЕ КТ СИМПТОМА МАТОВОГО СТЕКЛА У ПАЦИЕНТА С ИДИОПАТИЧЕСКИМ ЛЕГОЧНЫМ ФИБРОЗОМ ЛЕЖАТ СЛЕДУЮЩИЕ ПАТОМОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ

А. фиброз межальвеолярных перегородок

Б. гиповентиляция

В. пропитывание жидкостью междольковых перегородок

Г. фиброз междольковых перегородок

7. ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ИДИОПАТИЧЕСКИХ ИНТЕРСТИЦИАЛЬНЫХ ПНЕВМОНИЙ

А. решающую роль играет компьютерная томография органов грудной клетки для оценки динамики процесса

Б. обязательно проведение всем пациентам открытой легочной биопсии

В. обязательно проведение всем пациентам малоинвазивной легочной биопсии

Г. решающую роль играет компьютерная томография органов грудной клетки с внутривенным контрастным усилением

8. ДЛЯ КЛИНИЧЕСКОЙ КАРТИНЫ ИДИОПАТИЧЕСКОГО ЛЕГОЧНОГО ФИБРОЗА ТИПИЧНО

А. одышка

Б. кашель с отхождением густой гнойной мокроты

В. острое начало

Г. резкое повышение температуры тела

9. ДЛЯ ФИБРОЗНОГО ВАРИАНТА НЕСПЕЦИФИЧЕСКОЙ ИНТЕРСТИЦИАЛЬНОЙ ПНЕВМОНИИ ХАРАКТЕРНО

А. ретикулярные изменения

Б. вовлечение в процесс верхних долей легких

В. симптом разнородности изменений по времени

Г. увеличение лимфатических узлов средостения

10. К КОМПЬЮТЕРНО-ТОМОГРАФИЧЕСКИМ ПРИЗНАКАМ, ВЫЯВЛЯЕМЫМ У ПАЦИЕНТОВ С

**ИДИОПАТИЧЕСКИМ ЛЕГОЧНЫМ ФИБРОЗОМ,
ОТНОСЯТСЯ**

- А. сотовое легкое
- Б. диффузные зоны матового стекла
- В. субплевральные зоны консолидации
- Г. цилиндрические бронхоэктазы

**11. ТЕЧЕНИЕ ХАРАКТЕРНОЕ ДЛЯ
ИДИОПАТИЧЕСКОГО ЛЕГОЧНОГО ФИБРОЗА**

- А. хроническое
- Б. внезапное
- В. острое
- Г. подострое

**12. ПРИ ИДИОПАТИЧЕСКОМ ЛЕГОЧНОМ ФИБРОЗЕ
БОЛЕЗНЬ ПРЕИМУЩЕСТВЕННО ПОРАЖАЕТ**

- А. мужчин в возрасте старше 50 лет
- Б. женщин в возрасте младше 50 лет
- В. женщин в возрасте старше 50 лет
- Г. мужчин в возрасте младше 50 лет

**13. УТОЛЩЕНИЕ ВНУТРИДОЛЬКОВОГО
ИНТЕРСТИЦИЯ НЕ ВСТРЕЧАЕТСЯ ПРИ**

- А. лимфоме
- Б. асбестозе
- В. отеке легкого
- Г. саркоидозе

**14. НОВУЮ КОРОНАВИРУСНУЮ ИНФЕКЦИЮ
ВЫЗЫВАЮТ КОРОНОВИРУСЫ**

- А. SARS-COV-2
- Б. NL63
- В. HCoV-229 E
- Г. OC43

**15. ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНУЮ ДИАГНОСТИКУ
ТЯЖЕЛЫХ ФОРМ ИНФЕКЦИИ COVID-19 ПРОВОДЯТ СО
СЛЕДУЮЩИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ**

- А. риновирусная инфекция
- Б. РС-инфекция
- В. бактериальные пневмонии
- Г. тяжелое течение гриппа

16. САМЫМ ЧАСТЫМ ОСЛОЖНЕНИЕМ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ ЯВЛЯЕТСЯ

- А. вирусно-бактериальная пневмония
- Б. бактериальная суперинфекция кожи
- В. вирусная пневмония
- Г. менингоэнцефалит

17. ЕДИНЫЙ СТАНДАРТ КЛАССИФИКАЦИИ ВИРУСНЫХ ПНЕВМОНИЙ ПО СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ КТ-3 ПРЕДУСМАТРИВАЕТ

- А. средне-тяжелую пневмонию, поражение 50-75% легких
- Б. умеренную пневмонию, поражение 25-50% легких
- В. тяжелую форму пневмонии, поражение более 75% легких
- Г. крайне тяжелую форму пневмонии, поражение более 95% легких

18. ПРИ ОПРЕДЕЛЕНИИ СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ ВОСПАЛЕНИЯ ЛЕГКИХ ПРИ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ НЕ УЧИТЫВАЕТСЯ

- А. наличие симптома «гладкого стекла» на сканах КТ
- Б. симптом «обратного гало» или «ободка»
- В. ретикулярные изменения
- Г. утолщение междолькового пространства легких или «симптом булыжной мостовой»

19. ПОРАЖЕНИЕ КАКОГО ОТДЕЛА ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ НАИБОЛЕЕ ТИПИЧНЫМ ДЛЯ ОСЛОЖНЕННОГО ТЕЧЕНИЯ COVID-19

- А. легких
- Б. трахеи
- В. носоглотки
- Г. бронхов

20. ИЗМЕНЕНИЯ В ПЕРИФЕРИЧЕСКОЙ КРОВИ ПРИ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ

- А. тромбоцитопения
- Б. эритроцитоз
- В. лимфоцитоз, атипичные мононуклеары
- Г. эозинофилия

Ключ к тестам:

№ вопроса	Ответ
1	A
2	A
3	A
4	A
5	A
6	A
7	A
8	A
9	A
10	A
11	A
12	A
13	A
14	A
15	A
16	A
17	A
18	A
19	A
20	A

Вопросы для обсуждения и объяснения:

1. Классификация интерстициальных болезней легких
2. Дифференциальная диагностика интерстициальных заболеваний лёгких
3. Прогноз при интерстициальных болезнях легких
4. Рентгенологический синдром легочной диссеминации
5. Поражение легких при COVID-19
6. Клинико-рентгенологические особенности интерстициальных заболеваний лёгких
7. Диагностические возможности рентгенологического исследования, КТ, МРТ в пульмонологии

IV. Клиническая работа: курация больных - 1 ч. 30 мин.,

V. Разбор клинических случаев, решение ситуационных задач (при невозможности разобрать клинический случай) - 30 мин.

Кейс – задачи:

Задача №1.

Больной А., 27 лет, вызвал скорую медицинскую помощь по поводу высокой температуры. Заболел остро, два дня назад, температура тела повышалась до 39,1°C, появился сухой кашель. За медицинской помощью не обращался, самостоятельно купировал лихорадку парацетамолом и ибупрофеном, начал принимать АЦЦ. На следующий день симптомы сохранялись. На третий день болезни появилось чувство нехватки воздуха, ощущение сдавленности в грудной клетке, температура тела – 38,9°C. Вызвал СМП, доставлен в приемный покой Инфекционной клинической больницы. Эпид.анамнез: за границу не выезжал. По работе часто посещает Москву. Последний перелет был 6 дней назад. Анамнез жизни: Хронических болезней нет, аллергологический анамнез не отягощен. При осмотре состояние средней тяжести. Беспокоит сухой кашель, ощущение сдавленности в грудной клетке. Температура 38,6°C, пульс- 102 уд/мин, ритмичен, АД 120/80 мм рт.ст., частота дыхания 20/мин. Кожные покровы чистые. Склеры не инъецированы. Периферические лимфатические узлы не увеличены. Зев гиперемирован, выражена зернистость задней стенки глотки. Язык обложен белым налетом. Аускультативно выслушивается жесткое дыхание по всем полям, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритм правильный, тахикардия. Живот мягкий, безболезненный. Стул и мочеиспускание не нарушены. ОАК: Лейк.- $9,6 \cdot 10^9$ /л, Эритроц. – $4,4 \cdot 10^{12}$ /л, Гемог. – 129г/л, тромбоц. – $203 \cdot 10^9$ /л, СОЭ – 15 мм/ч; Б/х анализ крови: общ белок – 74 г/л, глюкоза – 5,5 ммоль/л, АЛТ-67 Е/л, АСТ – 55 Е/л, брб – 8,9 мкмоль/л

Вопросы:

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Какие лабораторно-инструментальные исследования следует назначить для уточнения диагноза?
3. Особенности специфической лабораторной диагностики данного заболевания.
4. Назначьте лечение.

Задача №2.

Больной Т., 63 года, доставлен машиной скорой медицинской помощи в боксовое отделение инфекционной больницы. Жалобы: высокая температура тела (до 40,4⁰С), ломота в теле, першение в горле, сухой кашель, чувство «нехватки воздуха», сильная головная боль, тошнота, однократная рвота. Заболел после командировки в Испанию. Заболевание началось остро с повышения температуры тела (до 39,0⁰С), сильной головной боли, першения в горле, сухого кашля. В течение 2-х дней указанная симптоматика сохранялась. Затем температура повысилась до 40⁰С, у больного появилось чувство «нехватки воздуха», ломота в теле, тошнота, была однократная рвота. Анамнез жизни: Перенесенные заболевания: ОРВИ, ветряная оспа, краснуха, хронические заболевания: сахарный диабет 2 типа, Профессиональных вредностей не имеет, аллергологический анамнез не отягощен. При осмотре пациента на 3-й день болезни: состояние тяжелое, выражена интоксикация, температура - 40,5⁰С, SpO₂ – 94%. Кожные покровы гиперемированы, отмечается инъекция сосудов склер. В зеве – гиперемия слизистой нёба, зернистость задней стенки глотки. Периферические лимфоузлы не увеличены. Тоны сердца приглушены, ритм правильный. Пульс 114 ударов в минуту, ритмичный. АД-100/60 мм рт.ст. Аускультативно в легких выслушиваются сухие хрипы. Язык обложен белым налетом. Живот мягкий, болезнен в околопупочной области. Диурез снижен. Стул разжижен, 1 раз в сутки. ОАК: Эритроциты (RBC) 3,8x10¹²/л, гемоглобин (HGB) 96 г/л, лейкоциты (WBC) 2,7x10⁹ /л, тромбоциты (PLT) - 243 x10⁹ /л, СОЭ- 27 мм/ч, п/я - 3%, э-2%, сегм. - 57%, мон13%, лимф - 25%.

Вопросы:

1. Укажите и обоснуйте предварительный диагноз.
2. Укажите исследования, необходимые для подтверждения диагноза.
3. Назначьте терапию данному пациенту

VI. Заключительная часть (подведение итогов) - 5 мин.

VII. Рекомендуемая литература:

Основная учебная литература:

	Название учебной и учебно-методической литературы, автор, издательство	Год издания
1.	<p>Госпитальная терапия: в 5 ч.: учебное пособие для студентов, обучающихся по специальности 31.05.01. Лечебное дело. / С.П. Филоненко, Е.В. Лыгина, Л.А. Зотова, под. ред. проф. С.С. Якушина; ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России. – Рязань: ОТСиОП, 2018. – Ч. 1: Ревматология – 140 с. / Н.Н. Никулина, Е.В. Филиппов, И.В. Буданова, под. ред. проф. С.С. Якушина; ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России. – Рязань: ОТСиОП, 2018. – Ч.2: Пульмонология. – 212 с. / В.С. Петров, Н.В. Добрынина, И.В. Буданова [и др.], под.ред. проф. С.С. Якушина; ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России. – Рязань: ОТСиОП, 2018. – Ч.3: Гастроэнтерология. – 132 с. / В.С. Петров, Н.В. Добрынина, Л.А. Зотова, под. ред. проф. С.С. Якушина; ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России. – Рязань: ОТСиОП, 2018. – Ч.4: Нефрология. – 112 с. / С.П. Филоненко [и др.]; под. ред. проф. С.С. Якушина; ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России. – Рязань: ОТСиОП, 2018. – Ч. 5.1: Кардиология. – 196 с. / Н.Н. Никулина, Е.В. Филиппов, Е.А. Смирнова [и др.]; под. ред. проф. С.С. Якушина; ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России. – Рязань: ОТСиОП, 2018. – Ч. 5.2.: Кардиология. – 196 с.</p>	2018
2.	<p>Маколкин, В.И. Внутренние болезни : учебник / В.И. Маколкин, С.И. Овчаренко, В.А. Сулимов. – 6-е изд., перераб. и доп. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2-17. – 768 с. – ISBN 978-5-9704-4157-2. – Текст: электронный // ЭБС "Консультант студента": [сайт]. – URL: https://www.studentlibrary.ru/b</p>	2017
3.	<p>Внутренние болезни: учеб. для студентов учреждений высш. проф. образования: в 2 т. / под ред. В.С. Моисеева [и др.]. – 3-е изд., перераб. и доп. – М.: ГЭОТАР-Медиа</p>	2018

Дополнительная литература:

	Название учебной и учебно-методической литературы, автор, издательство	Год издания
1.	Ивашкин, В.Т. Гастроэнтерология. Национальное руководство / под ред. В.Т. Ивашкина, Т.Л. Лапиной. – М.: ГЭОТАР-Медиа. – 464 с. – ISBN 978-5-9704-4406-1. - Текст: электронный // ЭБС "Консультант студента": [сайт]. – URL: https://www.studentlibrary.ru/book/I	2018
2.	Усанова, А. А. Ревматология : учебное пособие / А. А. Усанова [и др.] ; под ред. А. А. Усановой. - Москва: ГЭОТАР-Медиа,. - 408 с. - 408 с. - ISBN 978-5-9704-5303-2. - Текст: электронный // ЭБС "Консультант студента": [сайт]. - URL: https://www.studentlibrary.ru/book	2019
3.	Чучалин, А.Г. Пульмонология / под ред. А.Г. Чучалина. – М.: ГЭОТАР-Медиа. – 768 с. – ISBN 978-5-9704-5323-0. – Текст: электронный // ЭБС "Консультант студента": [сайт]. – URL: https://www.studentlibrary.ru/book/	2020
4.	Филоненко, С.П. Боли в суставах: дифференциальная диагностика / С.П. Филоненко, С.С. Якушин. – М.: ГЭОТАР-Медиа. – URL: http://www.studmedlib.ru/book	2014
5.	Окороков В.Г. Диагностика и лечение желудочковых нарушений ритма сердца: моногр. / В.Г. Окороков, С.В. Селезнев; ГБОУ ВПО РязГМУ. – Рязань: РИО РязГМУ. – 172 с. – Библиогр.: С. 172. – 92-88.	2013
6.	Основы ревматологии: учебное пособие для студентов обуч. по спец. «Лечебное дело» / С.С. Якушин [и др.]; ГБОУ ВПО РязГМУ. – Рязань: РИО РязГМУ. – 130 с.	2015

Перечень ресурсов информационно-телекоммуникационной сети «Интернет», необходимых для освоения дисциплины

1. ЭБС «Консультант студента ВПО и СПО», доступ предоставлен зарегистрированному пользователю

- университета с любого домашнего компьютера. Доступ предоставлен по ссылке www.studmedlib.ru и www.medcollegelib.ru соответственно.
2. Собственная электронная библиотека университета, в которой имеются полные тексты методических указаний преподавателей с июня 2012 года, осуществляется по ссылке <http://lib.local> и предоставляется авторизованному пользователю с компьютеров локальной сети университета
 3. Клинические рекомендации МЗ РФ. Доступ к рубриктору по ссылке: <https://cr.minzdrav.gov.ru/>

Справочные правовые системы

СПС «Консультант-плюс» - <http://www.consultant.ru/>

СПС «Гарант» - <http://www.garant.ru/>

СПС «Кодекс» - <http://www.kodeks.ru/>

Базы данных и информационно-справочные системы

1. ЭБС «Консультант студента ВПО и СПО», доступ предоставлен зарегистрированному пользователю университета с любого домашнего компьютера. Доступ предоставлен по ссылке www.studmedlib.ru и www.medcollegelib.ru соответственно.
2. Библиографическая и реферативная база данных Scopus. Ссылка на ресурс: www.scopus.com.
3. Национальная электронная библиотека («НЭБ»). Ссылка на ресурс <http://нэб.рф/>.
4. Коллекция книг ЭБС "Юрайт". Доступ предоставлен по ссылке «Юрайт» biblio-online.ru
5. Polpred.com. Обзор СМИ. Доступ на Polpred.com открыт со всех компьютеров библиотеки и внутренней сети. Для работы используйте ссылку <http://polpred.com>. После регистрации с компьютеров университета можно просматривать документы из дома.
6. Собственная электронная библиотека университета, в которой имеются полные тексты методических указаний преподавателей с июня 2012 года, осуществляется по ссылке <http://lib.local> и предоставляется авторизованному пользователю с компьютеров локальной сети университета.

Тема занятия: ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА ЗАБОЛЕВАНИЙ ЖЕЛЧНЫХ ПУТЕЙ И ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ (ЖЕЛЧНО-КАМЕННАЯ БОЛЕЗНЬ, ХРОНИЧЕСКИЙ ХОЛЕЦИСТИТ, ДИСКИНЕЗИИ ЖЕЛЧНЫХ ПУТЕЙ, ХРОНИЧЕСКИЙ ПАНКРЕАТИТ, РАК ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ). НЕОТЛОЖНАЯ ТЕРАПИЯ ПРИ ЖЕЛЧНОЙ КОЛИКЕ И ОСТРОМ ПАНКРЕАТИТЕ.
(Добрынина Н.В.)

Цель занятия: изучить клинику, симптоматику, вопросы диагностики (дифференциальной диагностики), принципы лечения (индивидуальные особенности применения фармакотерапии) заболеваний желчных путей и поджелудочной железы.

Форма проведения: клиническое практическое занятие.

Время проведения занятия (количество академических часов):5

Методическое оснащение: методические разработки для студентов, тесты, истории болезни, кейс-задачи.

Материально-техническое оснащение: столы, стулья, мультимедийная техника, фантомы.

Организационно-методические указания для преподавателей

В результате изучения темы студент должен овладеть следующими компетенциями:

ОПК 4: Способен применять медицинские изделия, предусмотренные порядком оказания медицинской помощи, а также проводить обследования пациента с целью установления диагноза.

ОПК 7: Способен назначать лечение и осуществлять контроль его эффективности и безопасности.

ПК 2: Способен проводить обследование пациента с целью установления диагноза.

ПК 3: Способен к ведению медицинской документации.

ПК 4: Способен организовать деятельность находящегося в распоряжении среднего медицинского персонала.

Расчет учебного времени

- I. Вводная часть - 25 мин.
- II. Клиническая конференция – 30 мин.
- III. Обсуждение материала (контроль теоретической подготовки студентов) - 45 мин.

Программированный контроль:

1. КРЕАТОРЕЯ ХАРАКТЕРНА ДЛЯ

- A. хронического панкреатита
- Б. болезни Крона
- В. ишемического колита
- Г. синдрома раздраженной кишки

2. У ЧЕЛОВЕКА В СУТКИ ВЫРАБАТЫВАЕТСЯ ПАНКРЕАТИЧЕСКОГО СОКА

- A. 1,5-2,0 л
- Б. 0,5-1,0 л
- В. 1,0-1,5 л
- Г. До 0,5 л

3. СИНДРОМ ХРОНИЧЕСКОГО ПАНКРЕАТИТА ПРЕИМУЩЕСТВЕННО С ПРИЗНАКАМИ ЭКЗОКРИННОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ЧАСТО РАЗВИВАЕТСЯ ПРИ

- A. муковисцидозе
- Б. первичном амилоидозе
- В. синдроме Марфана
- Г. ни при одном из перечисленных заболеваний

4. НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫМ МЕТОДОМ РАННЕЙ ДИАГНОСТИКИ ДИСКИНЕЗИИ ЖЕЛЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ

- A. биохимическое исследование желчи
- Б. ультразвуковая диагностика
- В. внутривенная холецистография
- Г. лапароскопия

5. ПРИ ПОДОЗРЕНИИ НА ХРОНИЧЕСКИЙ КАЛЬКУЛЕЗНЫЙ ХОЛЕЦИСТИТ С ЦЕЛЬЮ УТОЧНЕНИЯ ДИАГНОЗА НЕОБХОДИМО ПРОВЕСТИ

- A. УЗИ органов брюшной полости
- Б. дуоденальное зондирование
- В. обзорную рентгенографию органов брюшной полости

Г. ЭГДС

6. В ТЕРАПИЮ ХРОНИЧЕСКОГО ПАНКРЕАТИТА С СЕКРЕТОРНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ ВКЛЮЧАЮТСЯ

- А. ферменты (панкреатин)
- Б. кортикостероиды
- В. сосудистые препараты
- Г. ингибиторы АПФ

7. ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ПАНКРЕАТИТЕ С ВНЕШНЕСЕКРЕТОРНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ ХАРАКТЕР СТУЛА

- А. обильный, кашицеобразный, блестящий
- Б. скудный, фрагментированный
- В. водянистый с хлопьями
- Г. жидкий, с примесью алой крови

8. ПРИ ПОВЕРХНОСТНОЙ ПАЛЬПАЦИИ ЖИВОТА У ЛИЦ С ДИСКИНЕЗИЕЙ ЖЕЛЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ ЧАЩЕ ВСЕГО ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ

- А. незначительная болезненность в правом подреберье
- Б. положительный симптом Ортнера
- В. мышечная защита правого подреберья
- Г. френикус-симптом

9. ПРИ ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОГО ПАНКРЕАТИТА ДЛЯ КОРРЕКЦИИ ВНЕШНЕСЕКРЕТОРНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ПОКАЗАНЫ _____ ФЕРМЕНТНЫЕ ПРЕПАРАТЫ

- А. высокодозные микрогранулированные
- Б. высокодозные таблетированные
- В. низкодозные микрогранулированные
- Г. низкодозные таблетированные

10. РАК ЖЕЛЧНОГО ПУЗЫРЯ ВСТРЕЧАЕТСЯ

- А. в равной степени одинаково мужчины и женщины
- Б. чаще у женщин
- В. чаще у мужчин
- Г. у женщин после 40 лет

11. ПОВЫШЕНИЕ КОНЬЮГИРОВАННОГО БИЛИРУБИНА, ЩЕЛОЧНОЙ ФОСФАТАЗЫ, Г-ГЛУТАМИЛТРАНСПЕПТИДАЗЫ, ХОЛЕСТЕРИНА ХАРАКТЕРНО ДЛЯ

- А. цитолитического синдрома
- Б. холестатического синдрома
- В. синдрома печеночно-клеточной недостаточности
- Г. гиперспленизма

12. ДЛИТЕЛЬНОСТЬ ПРЕБЫВАНИЯ НА ДИСПАНСЕРНОМ УЧЕТЕ БОЛЬНОГО ХРОНИЧЕСКИМ ПАНКРЕАТИТОМ

- А. пожизненно
- Б. 2 года
- В. 3 года
- Г. 1 год

13. ДЛЯ КУПИРОВАНИЯ БОЛЕВОГО СИНДРОМА ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ПАНКРЕАТИТЕ НЕ ПРИМЕНЯЮТ

- А. морфин
- Б. атропин
- В. новокаин
- Г. баралгин

14. В КОНСЕРВАТИВНУЮ ТЕРАПИЮ ХРОНИЧЕСКОГО ПАНКРЕАТИТА НЕ ВКЛЮЧАЮТСЯ

- А. анальгетики
- Б. ферментные препараты
- В. кортикостероиды
- Г. сандостатин

15. НАИБОЛЕЕ ДОСТОВЕРНЫМ ПОДТВЕРЖДЕНИЕМ ПАНКРЕАТИТА ЯВЛЯЕТСЯ

- А. высокий уровень амилазы в крови (диастазы в моче)
- Б. боль опоясывающего характера
- В. гипергликемия
- Г. стеаторея

16. ПОКАЗАНИЕ К НАЗНАЧЕНИЮ ТЮБАЖЕЙ

- А. гипомоторная дискинезия желчевыводящих путей
- Б. постхолецистэктомический синдром
- В. гипермоторная дискинезия желчевыводящих путей
- Г. желчнокаменная болезнь

17. ИЗ НИЖЕПЕРЕЧИСЛЕННЫХ СИТУАЦИЙ НАЗНАЧЕНИЕ ПРЕПАРАТОВ ХЕНОДЕЗОКСИХОЛЕВОЙ ИЛИ УРСОДЕЗОКСИХОЛЕВОЙ КИСЛОТ ПОКАЗАНО ПРИ

- А. камнях диаметром более 20 мм
- Б. наличии рентгенопозитивных карбонатных камней
- В. рентгеномалококонтрастных холестериновых камнях
- Г. некалькулёзном холецистите

18. ЖЕЛЧНЫЙ ПУЗЫРЬ СОКРАЩАЕТСЯ ПОД ВЛИЯНИЕМ

- А. холецистокинина
- Б. гастрин
- В. панкреатического сока
- Г. секретин

19. В ЛЕЧЕНИИ ГИПЕРКИНЕТИЧЕСКОЙ ФОРМЫ ДИСКИНЕЗИИ ЖЕЛЧНОГО ПУЗЫРЯ ИСПОЛЬЗУЮТ

- А. спазмолитические средства
- Б. H₂-блокаторы гистамина
- В. сукральфат и его аналоги
- Г. ингибиторы протонной помпы

20. В ЛЕЧЕНИИ ГИПОКИНЕТИЧЕСКОЙ ФОРМЫ ДИСКИНЕЗИИ ЖЕЛЧНОГО ПУЗЫРЯ ИСПОЛЬЗУЮТ

- А. ингибиторы протонной помпы
- Б. антациды
- В. спазмолитики
- Г. холекинептики

21. ЗАМЕСТИТЕЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ ПРИ ВНЕШЕСЕКРЕТОРНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПОКАЗАНА К ПРОВЕДЕНИЮ ПРИ СТЕАТОРЕИ > ___ Г/СУТ

- А. 15
- Б. 7
- В. 5
- Г. 2

22. БИОДОСТУПНОСТЬ ФЕРМЕНТАТИВНЫХ ПРЕПАРАТОВ В МИКРОГРАНУЛАХ СОСТАВЛЯЕТ ___ %

- А. 100
- Б. 75
- В. 50
- Г. 10

23. В СХЕМЕ ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ПАНКРЕАТИТА ОТСУТСТВУЮТ

- А. ингибиторы протоновой помпы
- Б. прокинетика
- В. желчегонные
- Г. ферменты

24. МАКСИМАЛЬНОЕ ЗНАЧЕНИЕ ВНУТРЕННЕГО ДИАМЕТРА ПАНКРЕАТИЧЕСКОГО ПРОТОКА В ОБЛАСТИ ГОЛОВКИ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ У ЗДОРОВЫХ ЛЮДЕЙ СОСТАВЛЯЕТ _____ ММ

- А. 2
- Б. 5
- В. 4
- Г. 3

25. ПРИ ИССЛЕДОВАНИИ ТРАНСАБДОМИНАЛЬНЫМ ДАТЧИКОМ СТЕНКА ЖЕЛЧНОГО ПУЗЫРЯ В НОРМЕ ВЫГЛЯДИТ В ВИДЕ

- А. однослойной изоэхогенной структуры, формирующей контур желчного пузыря
- Б. однослойной криволинейной структуры, состоящей из гипо- и гиперэхогенного слоев
- С. двуслойной линейной структуры, состоящей из гипо- и гиперэхогенного слоев
- Д. двуслойной гипоехогенной структуры, формирующей контур желчного пузыря

26. ПОСЛЕ ПОЯВЛЕНИЯ КЛИНИКИ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА НАИБОЛЬШИЙ УРОВЕНЬ АМИЛАЗЫ КРОВИ МОЖНО ЗАФИКСИРОВАТЬ ЧЕРЕЗ _____ ЧАСОВ

- А. 12 – 18
- Б. 48 – 72
- В. – 24
- Г. 24 – 48

27. ПРЕПАРАТОМ ВЫБОРА ПРИ ЛЕЧЕНИИ БИЛИАРНОГО СЛАДЖА (ПЕРВОЙ СТАДИИ ЖЕЛЧНОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ) ЯВЛЯЕТСЯ

- А. урсодезоксихолевая кислота
- Б. аминометилбензойная кислота
- В. аминодигидрофталазиндион натрия
- Г. протеин сукциниллат железа

28. ДИАГНОСТИЧЕСКИ ЗНАЧИМЫМ ДЛЯ ХРОНИЧЕСКОГО ПАНКРЕАТИТА ЯВЛЯЕТСЯ НАЛИЧИЕ

- А. кальцинатов в головке поджелудочной железы
- Б. повышенной активности эластазы в кале
- В. пониженной активности диастазы мочи
- Г. большого количества жира в кале

29. ДЛЯ ОЦЕНКИ НАРУШЕНИЙ ВНЕШЕСЕКРЕТОРНОЙ ФУНКЦИИ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ОПРЕДЕЛЯЮТ АКТИВНОСТЬ

- А. липазы кала
- Б. эластазы кала
- В. эластазы крови
- Г. липазы крови

30. ОПРЕДЕЛЕНИЕ АКТИВНОСТИ ЭЛАСТАЗЫ КАЛА ПРИ ХРОНИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ СЛУЖИТ ДЛЯ

- А. оценки степени внешнесекреторной недостаточности поджелудочной железы
- Б. дифференциальной диагностики опухолевых заболеваний и хронического панкреатита
- В. оценки степени инкреторной недостаточности поджелудочной железы
- Г. диагностики повреждения островкового аппарата поджелудочной железы

31. К ПРИЗНАКАМ ВНУТРИСЕКРЕТОРНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ПАНКРЕАТИТЕ ОТНОСЯТ

- А. дефицит жирорастворимых витаминов
- Б. снижение массы тела
- В. стеаторею
- Г. гипергликемию

32. ПРЕПАРАТОМ, ИСПОЛЬЗУЕМЫМ ПРИ ЛЮБЫХ ФОРМАХ ХОЛЕСТАЗА, ЯВЛЯЕТСЯ

- А. урсодезоксихолиевая кислота
- Б. мебеверин
- В. креон
- Г. дюфалак

33. ПРИЧИНОЙ ОБРАЗОВАНИЯ КАМНЕЙ В ЖЕЛЧНОМ ПУЗЫРЕ НЕ ЯВЛЯЕТСЯ

- А. анатомические особенности строения желчного пузыря и протоков
- Б. сдавления и перегибы желчных протоков
- В. дискинезии
- Г. инфекция *Helicobacter pylori*

34. ДЛЯ ОБОСТРЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ПАНКРЕАТИТА ХАРАКТЕРНА СЛЕДУЮЩАЯ ТРИАДА КЛИНИЧЕСКИХ СИМПТОМОВ

- А. боль в животе, метеоризм, диарея
- Б. боль в животе, желтуха, высокая температура
- В. боль в животе, прожилки крови в кале, слизь в кале
- Г. боль в животе, рвота «кофейной гущей», мелена

35. К РАННИМ ПРОЯВЛЕНИЯМ ВНЕШЕСЕКРЕТОРНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ОТНОСЯТ

- А. кахексию
- Б. сахарный диабет
- В. полифекалию
- Г. «панкреатическую холеру»

36. ДЛЯ ПОДАВЛЕНИЯ ВНЕШНЕЙ СЕКРЕЦИИ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВЕН

- А. сандостатин
- Б. омепразол
- В. панкреатин
- Г. дротаверин

37. НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫМ ДЛЯ ОЦЕНКИ НАРУШЕНИЙ ЭКЗОКРИННОЙ ФУНКЦИИ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ЯВЛЯЕТСЯ ОПРЕДЕЛЕНИЕ В КАЛЕ

- А. содержания жира
- Б. концентрации мыла
- В. активности эластазы 1
- Г. содержания полисахаридов

38. НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫМ ДЛЯ ОЦЕНКИ НАРУШЕНИЙ ЭНДОКРИННОЙ ФУНКЦИИ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ЯВЛЯЕТСЯ ОПРЕДЕЛЕНИЕ

- А. содержания глюкозы крови
- Б. концентрации глюкозы в кале
- В. содержания гликированного гемоглобина в крови
- Г. концентрации гликированного гемоглобина в кале

39. РЕЦИДИВИРУЮЩАЯ НЕПРОДОЛЖИТЕЛЬНАЯ БОЛЬ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ПАНКРЕАТИТЕ ОТНОСИТСЯ К

- А. типу А
- Б. типу В
- В. типу С
- Г. типу Д

40. ДЛИТЕЛЬНАЯ ПОСТОЯННАЯ БОЛЬ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ПАНКРЕАТИТЕ ОТНОСИТСЯ К

- А. типу А
- Б. типу В
- В. типу С
- Г. типу Д

Ключ к тестам:

№ вопроса	Ответ
1	А
2	А
3	А
4	А
5	А
6	А
7	А
8	А
9	А
10	А
11	Б
12	А
13	А
14	В

15	А
16	А
17	В
18	А
19	А
20	Г
21	А
22	А
23	В
24	А
25	А
26	Б
27	А
28	А
29	Б
30	А
31	Г
32	А
33	Г
34	А
35	В
36	А
37	В
38	В
39	А
40	Б

Вопросы для обсуждения:

1. Назовите наиболее распространенные заболевания желчных путей и поджелудочной железы.
2. Каковы основные дифференциально-диагностические критерии заболеваний желчных путей?
3. Назовите основные дифференциально-диагностические критерии хронического панкреатита.
4. Какие заболевания желчных путей и желудочно-кишечного тракта могут привести к поражению поджелудочной железы?

5. Перечислите клинические варианты хронического панкреатита.
6. Диагностика хронического панкреатита.
7. Диагностика хронического холецистита?
8. Диагностика рака поджелудочной железы.
9. Неотложная терапия при желчной колике.
10. Неотложная терапия при остром панкреатите.

IV. Клиническая работа: курация больных - 1 ч. 30 мин.

V. Разбор клинических случаев, решение ситуационных задач (при невозможности разобрать клинический случай) – 30 мин.

Кейс – задачи:

Задача №1.

Мужчина 46 лет, водитель. Поступил в приемное отделение стационара самостоятельно. Жалобы на резкую боль постоянного характера в эпигастральной области с иррадиацией в спину, в левую половину живота, тошноту, однократно рвоту съеденной пищей, не приносящую облегчения, умеренное вздутие живота, общую слабость, отсутствие аппетита на момент осмотра.

Начало заболевания связывает с тем, что накануне вечером отмечал с друзьями праздник, были погрешности в диете – прием острой и жирной пищи, алкоголя. Подобные боли были около года назад, также возникли после погрешностей в диете, купировались после приема Но-шпы. Часто ранее отмечал ощущение тяжести и вздутия в животе после приема жирной пищи. В настоящее время отмечает тяжесть и ощущение «распирания» в животе, мазеобразный, с жирным блеском, зловонный стул 3 раза в течение последних суток. Диурез не нарушен. Со слов жены – злоупотребляет алкоголем на протяжении последних семи лет.

Объективно: состояние удовлетворительное, сознание ясное. Телосложение нормостеническое, пониженного питания. Кожные покровы верхней половины туловища гиперемированы, чистые. Язык суховат, обложен желтоватым налетом. В легких дыхание жестковатое, хрипов нет. ЧДД – 18 в мин. Тоны сердца приглушены, ритмичные. ЧСС – 92 удара в минуту. АД – 110/70

мм рт. ст. Печень при пальпации плотная, безболезненная, около края реберной дуги. Размер по Курлову - 10×9×8 см. Селезенка не пальпируется. Живот несколько вздут, участвует в акте дыхания, умеренно болезненный при пальпации в эпигастральной области. Симптомы раздражения брюшины - отрицательные.

Лабораторные данные.

Общий анализ крови: лейкоциты - $9,6 \times 10^9$ /л, СОЭ – 16 мм/ч.

Общий анализ мочи: относительная плотность – 1022, белок – 0,033%, анализ кала – стеаторея, креаторея, амилорея.

УЗИ ОБП: печень увеличена, с перипортальными уплотнениями, желчный пузырь 75×35 мм, в просвете конкремент 8 мм в диаметре, с акустической дорожкой. Поджелудочная железа неоднородной структуры за счёт гипо- и гиперэхогенных очагов, немногочисленных кальцификатов, неравномерное расширение главного панкреатического протока, размеры головки увеличены до 5 см. Свободной жидкости в брюшной полости нет.

От ФГДС больной отказался.

Вопросы:

1. Выскажите предполагаемый предварительный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте план дополнительного обследования.
4. Дифференциальный диагноз.
5. План лечения.

Задача №2.

В кабинет врача-терапевта участкового обратился мужчина 55 лет, злоупотребляющий алкоголем, курильщик, с жалобами на боли в глубине живота, распространяющиеся вверх, возникают чаще через 1,5-2 часа после обильной, острой или жирной еды, длящиеся до 3 часов, усиливающиеся в положении лёжа на спине, уменьшающиеся в положении сидя с наклоном вперёд, подтянув ноги к груди. Иногда боли иррадиируют в левую половину грудной клетки. Также отмечает тошноту, отсутствие аппетита, вздутие живота.

После каждого приёма пищи в течение 1 часа возникает кашицеобразный, иногда водянистый стул, содержащий капли жира. Отмечает снижение массы тела.

Вопросы:

1. Сформулируйте наиболее вероятный предварительный диагноз.
2. Перечислите возможные осложнения данного заболевания.
3. Какие методы обследования используются для подтверждения и уточнения диагноза?
4. Каковы основные задачи консервативного ведения/лечения пациентов с данным заболеванием?
5. Перечислите основные медикаментозные и немедикаментозные лечебные мероприятия, показанные для данного больного.

VI. Заключительная часть (подведение итогов) - 5 мин.

VII. Рекомендуемая литература:

Основная учебная литература:

	Название учебной и учебно-методической литературы, автор, издательство	Год издания
1.	Госпитальная терапия: в 5 ч.: учебное пособие для студентов, обучающихся по специальности 31.05.01. Лечебное дело. / С.П. Филоненко, Е.В. Лыгина, Л.А. Зотова, под. ред. проф. С.С. Якушина; ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России. – Рязань: ОТСиОП, 2018. – Ч. 1: Ревматология – 140 с. / Н.Н. Никулина, Е.В. Филиппов, И.В. Буданова, под. ред. проф. С.С. Якушина; ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России. – Рязань: ОТСиОП, 2018. – Ч.2: Пульмонология. – 212 с. / В.С. Петров, Н.В. Добрынина, И.В. Буданова [и др.], под.ред. проф. С.С. Якушина; ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России. – Рязань: ОТСиОП, 2018. – Ч.3: Гастроэнтерология. – 132 с. / В.С. Петров, Н.В. Добрынина, Л.А. Зотова, под. ред. проф. С.С. Якушина; ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России. – Рязань: ОТСиОП, 2018. – Ч.4: Нефрология. – 112 с. / С.П. Филоненко [и др.]; под. ред. проф. С.С. Якушина; ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России. – Рязань: ОТСиОП, 2018. – Ч.	2018

	5.1: Кардиология. – 196 с. / Н.Н. Никулина, Е.В. Филиппов, Е.А. Смирнова [и др.]; под. ред. проф. С.С. Якушина; ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России. – Рязань: ОТСиОП, 2018. – Ч. 5.2.: Кардиология. – 196 с.	
2.	Маколкин, В.И. Внутренние болезни : учебник / В.И. Маколкин, С.И. Овчаренко, В.А. Сулимов. – 6-е изд., перераб. и доп. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2-17. – 768 с. – ISBN 978-5-9704-4157-2. – Текст: электронный // ЭБС "Консультант студента": [сайт]. – URL: https://www.studentlibrary.ru/b	2017
3.	Внутренние болезни: учеб. для студентов учреждений высш. проф. образования: в 2 т. / под ред. В.С. Моисеева [и др.]. – 3-е изд., перераб. и доп. – М.: ГЭОТАР-Медиа	2018

Дополнительная литература:

	Название учебной и учебно-методической литературы, автор, издательство	Год издания
1.	Ивашкин, В.Т. Гастроэнтерология. Национальное руководство / под ред. В.Т. Ивашкина, Т.Л. Лапиной. – М.: ГЭОТАР-Медиа. – 464 с. – ISBN 978-5-9704-4406-1. - Текст: электронный // ЭБС "Консультант студента": [сайт]. – URL: https://www.studentlibrary.ru/book/I	2018
2.	Усанова, А. А. Ревматология : учебное пособие / А. А. Усанова [и др.] ; под ред. А. А. Усановой. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, - 408 с. - 408 с. - ISBN 978-5-9704-5303-2. - Текст: электронный // ЭБС "Консультант студента": [сайт]. - URL: https://www.studentlibrary.ru/book	2019
3.	Чучалин, А.Г. Пульмонология / под ред. А.Г. Чучалина. – М.: ГЭОТАР-Медиа. – 768 с. – ISBN 978-5-9704-5323-0. – Текст: электронный // ЭБС "Консультант студента": [сайт]. – URL: https://www.studentlibrary.ru/book/	2020
4.	Филоненко, С.П. Боли в суставах: дифференциальная диагностика / С.П.	2014

	Филоненко, С.С. Якушин. – М.: ГЭОТАР-Медиа. – URL: http://www.studmedlib.ru/book	
5.	Окороков В.Г. Диагностика и лечение желудочковых нарушений ритма сердца: моногр. / В.Г. Окороков, С.В. Селезнев; ГБОУ ВПО РязГМУ. – Рязань: РИО РязГМУ. – 172 с. – Библиогр.: С. 172. – 92-88.	2013
6.	Основы ревматологии: учебное пособие для студентов обуч. по спец. «Лечебное дело» / С.С. Якушин [и др.]; ГБОУ ВПО РязГМУ. – Рязань: РИО РязГМУ. – 130 с.	2015

Перечень ресурсов информационно-телекоммуникационной сети «Интернет», необходимых для освоения дисциплины

1. ЭБС «Консультант студента ВПО и СПО», доступ предоставлен зарегистрированному пользователю университета с любого домашнего компьютера. Доступ предоставлен по ссылке www.studmedlib.ru и www.medcollegelib.ru соответственно.
2. Собственная электронная библиотека университета, в которой имеются полные тексты методических указаний преподавателей с июня 2012 года, осуществляется по ссылке <http://lib.local> и предоставляется авторизованному пользователю с компьютеров локальной сети университета
3. Клинические рекомендации МЗ РФ. Доступ к рубрике по ссылке: <https://cr.minzdrav.gov.ru/>

Справочные правовые системы

СПС «Консультант-плюс» - <http://www.consultant.ru/>

СПС «Гарант» - <http://www.garant.ru/>

СПС «Кодекс» - <http://www.kodeks.ru/>

Базы данных и информационно-справочные системы

1. ЭБС «Консультант студента ВПО и СПО», доступ предоставлен зарегистрированному пользователю университета с любого домашнего компьютера. Доступ

- предоставлен по ссылке www.studmedlib.ru и www.medcollegelib.ru соответственно.
2. Библиографическая и реферативная база данных Scopus. Ссылка на ресурс: www.scopus.com.
 3. Национальная электронная библиотека («НЭБ»). Ссылка на ресурс <http://нэб.рф/>.
 4. Коллекция книг ЭБС "Юрайт". Доступ предоставлен по ссылке «Юрайт» biblio-online.ru
 5. Polpred.com. Обзор СМИ. Доступ на Polpred.com открыт со всех компьютеров библиотеки и внутренней сети. Для работы используйте ссылку <http://polpred.com>. После регистрации с компьютеров университета можно просматривать документы из дома.
 6. Собственная электронная библиотека университета, в которой имеются полные тексты методических указаний преподавателей с июня 2012 года, осуществляется по ссылке <http://lib.local> и предоставляется авторизованному пользователю с компьютеров локальной сети университета.

Тема занятия: ЛЕЧЕНИЕ ХРОНИЧЕСКИХ ГЕПАТИТОВ И ЦИРРОЗОВ ПЕЧЕНИ. НЕОТЛОЖНАЯ ТЕРАПИЯ ОСТРОЙ ПЕЧЕНОЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ. (Петров В.С.)

Цель занятия: изучить подходы к терапии хронического гепатита и цирроза в зависимости от этиологии; понимать тактику ведения пациента с острой печеночной недостаточностью.

Форма проведения: клиническое практическое занятие.

Время проведения занятия (количество академических часов): 5

Методическое оснащение: методические разработки для студентов, тесты, истории болезни, кейс-задачи.

Материально-техническое оснащение: столы, стулья, мультимедийная техника, фотоматериалы (УЗИ печени, морфология биоптатов), бланки с результатами анализов.

Организационно-методические указания для преподавателей

В результате изучения темы студент должен овладеть следующими компетенциями:

ОПК 4: Способен применять медицинские изделия, предусмотренные порядком оказания медицинской помощи, а также проводить обследования пациента с целью установления диагноза.

ОПК 7: Способен назначать лечение и осуществлять контроль его эффективности и безопасности.

ПК 2: Способен проводить обследование пациента с целью установления диагноза.

ПК 3: Способен к ведению медицинской документации.

ПК 4: Способен организовать деятельность находящегося в распоряжении среднего медицинского персонала.

Расчет учебного времени

I. Вводная часть - 25 мин.

II. Клиническая конференция – 30 мин.

III. Обсуждение материала: контроль теоретической подготовки студентов - 45 мин.

Программированный контроль:

1. ЭФФЕКТИВНОЙ СХЕМОЙ ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ВИРУСНОГО ГЕПАТИТА «С» ЯВЛЯЕТСЯ

- А) пегилированный интерферон и рибавирин
- Б) интерферон и гепатопротекторы
- В) глюкокортикоиды и цитостатики
- Г) интерферон и ламивудин

2. ИНТЕРФЕРОНОМ ПРОЛОНГИРОВАННОГО ДЕЙСТВИЯ ЯВЛЯЕТСЯ

- А) пегилированный интерферон
- Б) реаферон
- В) рибавирин
- Г) интрон

3. ПРИ УГРОЗЕ ПЕЧЁНОЧНОЙ КОМЫ В ДИЕТЕ СЛЕДУЕТ ОГРАНИЧИТЬ

- А) белки
- Б) углеводы
- В) соль
- Г) жидкость

4. ПРИ РАЗВИТИИ ТЯЖЁЛОЙ ПЕЧЁНОЧНОЙ ЭНЦЕФАЛОПАТИИ ПОСТУПЛЕНИЕ БЕЛКА ОГРАНИЧИВАЮТ ДО _____ Г/СУТКИ

- А) 15
- Б) 20
- В) 30-40
- Г) 40-50

5. ДИАГНОЗ ХРОНИЧЕСКОГО ГЕПАТИТА С УСТАНОВЛИВАЕТСЯ НА ОСНОВАНИИ

- А) выявления РНК HCV
- Б) выявления ДНК HCV
- В) повышения уровня ЩФ
- Г) повышения уровня АСТ

6. ПРИ ОПРЕДЕЛЕНИИ СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ ЦИРРОЗА, ПРОГНОСТИЧЕСКИЙ ИНДЕКС CHILD-PUGH, НЕ ВКЛЮЧАЕТ КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНЫЙ ПОКАЗАТЕЛЬ

- А) количества тромбоцитов

- Б) наличия асцита
- В) стадии печеночной энцефалопатии
- Г) протромбинового времени/индекс

7. ПРИ УЛЬТРАЗВУКОВОМ ИССЛЕДОВАНИИ НЕВОЗМОЖНО ОХАРАКТЕРИЗОВАТЬ _____ ИЗУЧАЕМЫХ ОРГАНОВ И СТРУКТУР

- А) микроструктуру (морфологическое строение)
- Б) макроструктуру
- В) топографо-анатомические взаимоотношения
- Г) макроструктуру и топографо-анатомические взаимоотношения

8. В ДИАГНОСТИКЕ ЦИРРОЗА ПЕЧЕНИ РЕШАЮЩИМ ЯВЛЯЕТСЯ

- А) эластометрия
- Б) ультразвуковое исследование
- В) рентгенография
- Г) ирригоскопия

9. ХАРАКТЕРНЫМ ОСЛОЖНЕНИЕМ ЦИРРОЗА ПЕЧЕНИ ЯВЛЯЕТСЯ

- А) печёночная недостаточность
- Б) кровохарканье
- В) нарушение атриовентрикулярной проводимости
- Г) гипертонический криз

10. УВЕЛИЧЕНИЕ СЫВОРОТОЧНОГО АЛЬФА-ФЕТОПРОТЕИНА НАИБОЛЕЕ ВЫРАЖЕНО ПРИ

- А) гепатоцеллюлярном раке
- Б) карциноме толстой кишки
- В) раке поджелудочной железы
- Г) карциноме желчного пузыря

11. НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ПРИ АУТОИММУННОМ ГЕПАТИТЕ ПРИМЕНЯЮТ

- А) преднизолон
- Б) циклоспорин
- В) триамцинолон
- Г) ламивудин

12. ПРИ ОСТРОМ ИНФЕКЦИОННОМ ГЕПАТИТЕ ЭХОГЕННОСТЬ ПАРЕНХИМЫ ПЕЧЕНИ

- А) пониженная
- Б) повышенная

В) средней интенсивности

Г) нормальная

13. ПОБОЧНЫМ ЭФФЕКТОМ, НЕ СВОЙСТВЕННЫМ ИНТЕРФЕРОНУ АЛЬФА, ЯВЛЯЕТСЯ

А) гемолитическая анемия

Б) депрессия

В) тромбоцитопения, нейтропения

Г) нарушение функции щитовидной железы

14. ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПЭГИНТЕРФЕРОНОМ АЛЬФА-2а РЕЖЕ, ЧЕМ ПРИ ИСПОЛЬЗОВАНИИ ИНТЕРФЕРОНА АЛЬФА-2В, ВОЗНИКАЕТ

А) гриппоподобный синдром

Б) нарушение функции щитовидной железы

В) нейтропения

Г) тромбоцитопения

15. МАКСИМАЛЬНОЙ СУТОЧНОЙ ДОЗОЙ ПАРАЦЕТАМОЛА, КОТОРУЮ НЕ РЕКОМЕНДОВАНО ПРЕВЫШАТЬ ИЗ-ЗА ВОЗМОЖНОСТИ РАЗВИТИЯ ЦЕНТРОЛОБУЛЯРНОГО НЕКРОЗА ПЕЧЕНИ, ЯВЛЯЕТСЯ __Г

А) 4,0

Б) 3,0

В) 5,0

Г) 6,0

16. ИЗ-ЗА ВОЗМОЖНОСТИ РАЗВИТИЯ ТОКСИЧЕСКОГО ПОРАЖЕНИЯ ПЕЧЕНИ НЕ РЕКОМЕНДУЕТСЯ ПРИМЕНЯТЬ ПАРАЦЕТАМОЛ НА ФОНЕ

А) приема алкоголя, индукторов цитохромов печени Р-450 (Н1-блокаторов, глюкокортикоидов, фенобарбитала), голодания

Б) физической или эмоциональной нагрузок, хронической болезни почек, хронической обструктивной болезни легких

В) приема ингибиторов абсорбции желчных кислот, омега-3 полиненасыщенных жирных кислот, омепразола

Г) приема миотропных спазмолитиков, м-холиноблокаторов, циметидина, макролидных антибиотиков, триметазидина

17. ДЛЯ ХРОНИЧЕСКОГО ГЕПАТИТА С ХАРАКТЕРНО

А) преобладание АЛТ над АСТ

- Б) преобладание АСТ над АЛТ
- В) изолированное повышение АЛТ
- Г) изолированное повышение АСТ

18. СТАДИЯ ФИБРОЗА ПЕЧЕНИ У БОЛЬНОГО ХРОНИЧЕСКИМ ГЕПАТИТОМ В БЕЗ БИОПСИИ МОЖЕТ БЫТЬ УСТАНОВЛЕНА ПРИ ПОМОЩИ

- А) транзистентной эластометрии
- Б) компьютерной томографии с контрастированием
- В) магнитно-резонансной томографии
- Г) дуплексного ультразвукового сканирования

19. ПОСЛЕ ПОЛНОЙ ИММУНИЗАЦИИ ПРОТИВ ГЕПАТИТА В В КРОВИ ВЫЯВЛЯЕТСЯ НАЛИЧИЕ

- А) анти- HBs и отсутствие анти-HBcor
- Б) анти- HBs и наличие анти-HBcor
- В) анти-HBcor и отсутствие анти- HBs
- Г) HBs антигена и отсутствие анти-HBe

20. ПРИ ГЕПАТОКАРЦИНОМЕ В КРОВИ ПОВЫШАЕТСЯ УРОВЕНЬ

- А) альфафетопротеина
- Б) прокальцитонина
- В) гамма-глобулина
- Г) бетафитостерина

21. ПРИ АУТОИММУННОМ ГЕПАТИТЕ В КРОВИ ПОВЫШЕНО СОДЕРЖАНИЕ

- А) гамма-глобулина и IgG
- Б) бета-глобулина и IgA
- В) альфа2-глобулина и IgM
- Г) альфа1-глобулина и IgE

22. ПРИМЕНЕНИЕ ПРЕПАРАТОВ ИНТЕРФЕРОНА АЛЬФА ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ГЕПАТИТА С ЧАСТО ВЫЗЫВАЕТ

- А) миалгию
- Б) кашель
- В) ишиалгию
- Г) брадипное

23. ПОБОЧНЫМ ЭФФЕКТОМ ПРЕПАРАТОВ УРСОДЕЗОКСИХОЛЕВОЙ КИСЛОТЫ ЯВЛЯЕТСЯ

- А) понос

- Б) головная боль
- В) задержка стула
- Г) сухость во рту

24. ПРЕПАРАТЫ ЛАКТУЛОЗЫ ИСПОЛЬЗУЮТСЯ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ПЕЧЕНОЧНОЙ ЭНЦЕФАЛОПАТИИ НА ОСНОВАНИИ ИХ СПОСОБНОСТИ

- А) подавлять образование аммиака в кишечнике
- Б) подавлять образование аммиака в мышцах
- В) усиливать связывание аммиака в печени
- Г) усиливать выведение аммиака почками

25. ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ТЯЖЕЛОГО АЛКОГОЛЬНОГО ГЕПАТИТА ПРЕДНИЗОЛОН НАЗНАЧАЮТ В ДОЗЕ 40 МГ/СУТ

- А) перорально
- Б) внутривенно
- В) внутримышечно
- Г) в микроклизмах

26. ЭФФЕКТИВНОСТЬ ИММУНИЗАЦИИ ПРОТИВ ВИРУСА ГЕПАТИТА В КОНТРОЛИРУЕТСЯ ОПРЕДЕЛЕНИЕМ В КРОВИ КОЛИЧЕСТВА АНТИТЕЛ К

- А) HBs антигену
- Б) HBs_{cor} антигену
- В) HBe антигену класса IgA
- Г) HBe антигену класса IgG

27. ДЛЯ СИНДРОМА ЦИТОЛИЗА ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ГЕПАТИТЕ ЛЮБОЙ ЭТИОЛОГИИ ХАРАКТЕРНО

- А) повышение уровня трансаминаз
- Б) повышение уровня щелочной фосфатазы
- В) повышение уровня холестерина
- Г) повышение уровня прямого билирубина

28. ПЕЧЕНОЧНО–КЛЕТОЧНАЯ ФУНКЦИЯ ПРИ ЦИРРОЗЕ ПЕЧЕНИ ОЦЕНИВАЕТСЯ ПО ШКАЛЕ

- А) Чайлд–Пью
- Б) Уилсона–Коновалова
- В) Бадда–Киари
- Г) Шерешевского – Тернера

29. ПРИ НАЗНАЧЕНИИ ДИЕТЫ БОЛЬНЫМ ЦИРРОЗОМ ПЕЧЕНИ С СИМПТОМАМИ ПЕЧЕНОЧНОЙ

**НЕДОСТАТОЧНОСТИ ПРЕЖДЕ ВСЕГО СЛЕДУЕТ
ОГРАНИЧИТЬ**

- А) белки
- Б) жиры
- В) углеводы
- Г) жидкость

**30. ПОКАЗАНИЕМ К НАЗНАЧЕНИЮ
ПРОТИВОВИРУСНОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ДОКАЗАННОМ
ХРОНИЧЕСКОМ ВИРУСНОМ ГЕПАТИТЕ В ЯВЛЯЕТСЯ**

- А) все перечисленное
- Б) наличие маркеров репликации HBV
- В) стойко повышенный уровень АЛТ
- Г) отсутствие декомпенсированной портальной гипертензии

**31. РАСШИРЕННЫЕ ВЕНЫ ПЕРЕДНЕЙ БРЮШНОЙ
СТЕНКИ ЯВЛЯЮТСЯ ПРИЗНАКОМ**

- А) портальной гипертензии
- Б) эссенциальной гипертензии
- В) ренальной гипертензии
- Г) синдрома Иценко-Кушинга

**32. ПРЕПАРАТОМ ВЫБОРА В ЛЕЧЕНИИ КОЖНОГО
ЗУДА ПРИ БИЛИАРНОМ ЦИРРОЗЕ ЯВЛЯЕТСЯ**

- А) урсодезоксихолиевая кислота
- Б) рибавирин
- В) дюфалак
- Г) мебеверин

**33. ПРОЛОНГИРОВАННЫМ ИНТЕРФЕРОНОМ
ЯВЛЯЕТСЯ**

- А) пегилированный интерферон
- Б) интерферон α
- В) рибавирин
- Г) адеметионин

**34. ПРИ РАЗВИТИИ ТЯЖЁЛОЙ ПЕЧЁНОЧНОЙ
ЭНЦЕФАЛОПАТИИ ПОСТУПЛЕНИЕ БЕЛКА
ОГРАНИЧИВАЮТ ДО _____ Г/СУТКИ**

- А) 20-30
- Б) 31-40
- В) 41-50
- Г) 51-60

35. НАИБОЛЕЕ РАННИМ И ЧУВСТВИТЕЛЬНЫМ ПОКАЗАТЕЛЕМ СИНДРОМА ЦИТОЛИЗА ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ПЕЧЕНИ ЯВЛЯЕТСЯ

- А) повышение активности аланиновой аминотрансферазы
- Б) повышение уровня щелочной фосфатазы
- В) повышение уровня холестерина
- Г) снижение уровня альбумина

36. ПРИ ВИРУСНЫХ ГЕПАТИТАХ НАБЛЮДАЕТСЯ _____ ЖЕЛТУХА

- А) паренхиматозная
- Б) механическая
- В) гемолитическая
- Г) метаболическая

37. ДИАГНОЗ ОСТРЫЙ ГЕПАТИТ В ПОДТВЕРЖДАЕТ ВЫЯВЛЕНИЕ СЕРОЛОГИЧЕСКИХ МАРКЁРОВ

- А) HBsAg, HBeAg, анти-HBcorIgM
- Б) анти-HBs, анти-HBe, анти-HBcor
- В) анти-HCVIgM
- Г) анти-HDV, анти-HBs

38. МАРКЕРОМ, ХАРАКТЕРНЫМ ДЛЯ ВИРУСНОГО ГЕПАТИТА А, ЯВЛЯЕТСЯ

- А) anti-HAVIgM
- Б) anti-HbcorIgM
- В) HBsAg
- Г) anti-HCVIgM

39. МАРКЕРОМ, ХАРАКТЕРНЫМ ДЛЯ ВИРУСНОГО ГЕПАТИТА В, ЯВЛЯЕТСЯ

- А) HBsAg
- Б) anti-HCV
- В) anti-HAVIgM
- Г) anti-HEVIgM

40. БИОХИМИЧЕСКИМ ТЕСТОМ, ХАРАКТЕРНЫМ ДЛЯ РАННЕЙ ДИАГНОСТИКИ ВИРУСНЫХ ГЕПАТИТОВ, ЯВЛЯЕТСЯ

- А) АЛТ
- Б) протромбиновый индекс
- В) белковые фракции крови
- Г) уровень холестерина

41. ИСХОДОМ ВИРУСНОГО ГЕПАТИТА А ЯВЛЯЕТСЯ

- А) выздоровление
- Б) летальный
- В) острая печеночная недостаточность
- Г) цирроз печени

42. ЦИТОЛИЗ ПЕЧЕНОЧНЫХ КЛЕТОК ПРИ ВИРУСНЫХ ГЕПАТИТАХ ОТРАЖАЕТ СЛЕДУЮЩИЙ БИОХИМИЧЕСКИЙ ТЕСТ

- А) уровень аланинаминотрансферазы и аспарагинаминотрансферазы
- Б) уровень холестерина
- В) уровень общего белка и белковые фракции крови
- Г) тимоловая проба

43. ДЛЯ ПОДТВЕРЖДЕНИЯ ВИРУСНОГО ГЕПАТИТА А НЕОБХОДИМО ОПРЕДЕЛИТЬ

- А) antiHAVIgM
- Б) HBsAg
- В) antiHbcorIgM
- Г) antiHCVIgM

44. ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ВИРУСНОГО ГЕПАТИТА В НЕ ИСПОЛЬЗУЕТСЯ

- А) antiHAVIgM
- Б) HBsAg
- В) antiHbcorIgM

45. БИОХИМИЧЕСКИМ ТЕСТОМ ДЛЯ РАННЕЙ ДИАГНОСТИКИ ВИРУСНЫХ ГЕПАТИТОВ ЯВЛЯЕТСЯ

- А) АЛТ
- Б) белковые фракции крови
- В) протромбиновый индекс
- Г) уровень холестерина) antiHbeIgM

46. БОЛЬНОМУ С КЛИНИКОЙ ОСТРОГО ВИРУСНОГО ГЕПАТИТА ПОКАЗАНА

- А) госпитализация в инфекционное отделение
- Б) госпитализация в терапевтическое отделение
- В) лечение амбулаторно
- Г) лечение в условиях дневного стационара

47. ПРИ ВИРУСНОМ ГЕПАТИТЕ ОТРАЖЕНИЕМ ЦИТОЛИТИЧЕСКОГО СИНДРОМА В БИОХИМИЧЕСКОМ АНАЛИЗЕ КРОВИ ЯВЛЯЕТСЯ

- А) активность аланинаминотрансферазы
- Б) активность щелочной фосфатазы
- В) активность гаммаглутамилтранспептидазы
- Г) содержание билирубина

48. БИОХИМИЧЕСКИМ ПОКАЗАТЕЛЕМ РАННЕЙ СТАДИИ ОСТРОЙ ПЕЧЕНОЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ЯВЛЯЕТСЯ

- А) протромбиновый индекс
- Б) активность АЛТ
- В) уровень общего белка сыворотки крови
- Г) уровень билирубина в крови

49. СИНДРОМОМ, ОТЛИЧАЮЩИМ ЦИРРОЗ ПЕЧЕНИ ОТ ХРОНИЧЕСКОГО ГЕПАТИТА, ЯВЛЯЕТСЯ

- А) портальная гипертензия
- Б) гепатомегалия
- В) внепеченочные знаки
- Г) цитолитический синдром

50. ЦИТОЛИТИЧЕСКИЙ СИНДРОМ ПРИ ХРОНИЧЕСКИХ ГЕПАТИТАХ ЯВЛЯЕТСЯ ОСНОВНЫМ ПОКАЗАТЕЛЕМ

- А) активности патологического процесса
- Б) мезенхимального воспаления
- В) печеночно-клеточной недостаточности
- Г) портальной недостаточности

51. ДЛЯ СИНДРОМА ЦИТОЛИЗА ХАРАКТЕРНО

- А) повышение активности АЛТ, АСТ
- Б) повышение активности ЩФ, ГГТП
- В) снижение уровня общего белка, альбуминов, холестерина, протромбина
- Г) повышение уровня иммуноглобулинов, γ -глобулинов

52. УВЕЛИЧЕНИЕ СЫВОРОТОЧНОГО А-ФЕТОПРОТЕИНА НАИБОЛЕЕ ВЫРАЖЕНО ПРИ

- А) гепатоцеллюлярном раке
- Б) карциноме толстой кишки
- В) раке желудка

Г) раке поджелудочной железы

53. ДЛЯ ПЕЧЕНОЧНО - КЛЕТОЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ХАРАКТЕРНО

А) снижение протромбинового индекса, повышение билирубина, снижение альбумина

Б) снижение протромбинового индекса, снижение билирубина, повышение трансаминаз

В) повышение билирубина, повышение трансаминаз, повышение холестерина

Г) повышение протромбинового индекса, повышение билирубина, повышение трансаминаз

54. КЛИНИЧЕСКИ ЗАПОДОЗРИТЬ ПЕЧЕНОЧНО-КЛЕТОЧНУЮ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ ПОЗВОЛЯЮТ

А) нарастание желтухи, геморрагический синдром

Б) желтуха, слабость

В) геморрагический синдром, похудание

Г) нарастание слабости, желтуха

55. ПРИ ЛЕЧЕНИИ ОСТРОГО АЛКОГОЛЬНОГО ГЕПАТИТА ПОКАЗАНИЕМ К НАЗНАЧЕНИЮ ГЛЮКОКОРТИКОИДОВ ЯВЛЯЕТСЯ

А) тяжелое течение гепатита

Б) анамнестическое указание на употребление наркотиков

В) развитие алкогольного делирия

Г) выраженная слабость

56. ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ СПОНТАННОГО БАКТЕРИАЛЬНОГО АСЦИТА-ПЕРИТОНИТА ОПТИМАЛЬНА КОМБИНАЦИЯ

А) цефалоспоринов и альбумина

Б) цефалоспоринов и диуретиков

В) альбумина и диуретиков

Г) диуретиков и гепатопротекторов

57. ПРИЧИНОЙ ПИЩЕВОДНОГО КРОВОТЕЧЕНИЯ ПРИ ЦИРРОЗЕ ПЕЧЕНИ ЯВЛЯЕТСЯ

А) повышение давления в портальной вене

Б) снижение гемоглобина крови

В) высокая вирусная нагрузка

Г) желтуха

58. СНИЖЕНИЕ АЛЬБУМИНОВ КРОВИ ПРИ ЦИРРОЗЕ ПЕЧЕНИ ЯВЛЯЕТСЯ СЛЕДСТВИЕМ

- А) нарушения синтетической функции гепатоцитов
- Б) нарушения всасывания белков из кишечника
- В) портальной гипертензии
- Г) диспротеинемии

59. ПРИ ЛЕЧЕНИИ АСЦИТА НА ФОНЕ ЦИРРОЗА ПЕЧЕНИ НЕОБХОДИМО

- А) соблюдение диеты с содержанием поваренной соли менее 3 г/сут
- Б) применение диеты с ограничением белка
- В) начинать терапию петлевыми диуретиками в максимальных терапевтических дозах
- Г) доведение суточного диуреза до 2-3 литров

60. ПОСЛЕ ПРОВЕДЕНИЯ КУРСА ВАКЦИНАЦИИ ПРОТИВ ГЕПАТИТА В СЫВОРОТКЕ КРОВИ ВЫЯВЛЯЕТСЯ

- А) anti-HBs
- Б) anti-HBcoreIgM
- В) anti-HBcoreIgG
- Г) anti-HBe

61. ПРИЗНАКОМ ОСТРОЙ ПЕЧЁНОЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ЯВЛЯЕТСЯ

- А) геморрагический синдром
- Б) кожный зуд
- В) уртикарная сыпь
- Г) артралгия

62. «СОСУДИСТЫЕ ЗВЁЗДОЧКИ», «ПАЛЬМАРНАЯ ЭРИТЕМА» ЯВЛЯЮТСЯ ПРИЗНАКАМИ

- А) хронического гепатита
- Б) острой печёночной энцефалопатии
- В) синдрома холестаза
- Г) синдрома Жильбера

63. ПРЕПАРАТОМ, КУПИРУЮЩИМ КОЖНЫЙ ЗУД ПРИ ХОЛЕСТАЗЕ, ЯВЛЯЕТСЯ

- А) холестерамин
- Б) гептрал
- В) эссенциале-форте
- Г) омепразол

Ключ к тестам:

№ вопроса	Ответ	№ вопроса	Ответ	№ вопроса	Ответ
1	A	22	A	43	A
2	A	23	A	44	A
3	A	24	A	45	A
4	A	25	A	46	A
5	A	26	A	47	A
6	A	27	A	48	A
7	A	28	A	49	A
8	A	29	A	50	A
9	A	30	A	51	A
10	A	21	A	52	A
11	A	32	A	53	A
12	A	33	A	54	A
13	A	34	A	55	A
14	A	35	A	56	A
15	B	36	B	57	B
16	A	37	A	58	A
17	A	38	A	59	A
18	A	39	A	60	A
19	A	40	A	61	A
20	A	41	A	62	A
21	A	42	A	63	A

Вопросы для обсуждения:

1. Расскажите диагностические критерии гепатита В
2. Расскажите диагностические критерии гепатита С
3. Какие меры профилактики применяются для предотвращения заражения гепатитом В и С.
4. Группы препаратов, применяемые для лечения гепатита В и С, схемы терапии, побочные эффекты.
5. Диагностические признаки цирроза печени.
6. Лечение острой печеночной недостаточности.

IV. Клиническая работа: курация больных - 1 ч.30 мин.,

V. Разбор клинических случаев, решение ситуационных задач (при невозможности разобрать клинический случай) - 30 мин.

Кейс-задачи:

Задача №1.

Больной А., 18 лет, обратился с жалобами на слабость, плохой аппетит, тошноту, потемнение мочи, тяжесть в правом подреберье. Анамнез. Заболел остро, температура повысилась до 37,4⁰С, тошнота, кашицеобразный стул без примесей. На 2 день снизился аппетит, слабость, рвота, температура тела 37,4⁰С. На 3-й день: носовое кровотечение, потемнение мочи. Эпиданамнез. Живет в квартире. Семья состоит из 4-х человек. Брат болел острым вирусным гепатитом. Пьет водопроводную воду. Парентеральных вмешательств не было. Половой партнер здоров.

Общее состояние удовлетворительное, склеры субиктеричны, кожные покровы обычной окраски. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет; сердце - границы в норме, тоны ясные, шумов нет, ритм правильный, пульс - 78 уд/мин., АД - 120/70 мм рт. ст., язык влажный обложен белым налетом. Живот мягкий, болезненный в правом подреберье. Пальпируется край печени: округлый, чувствительный, мягкий. Селезенка не пальпируется. Моча темная, кал обычной окраски.

Ан.крови общ. от 9.08.2002 г.: Эр. - $4 \cdot 10^{12}$ /л, Нв -140 г/л, цветной показатель - 1,0. Лейкоциты - $4,2 \cdot 10^9$ /л, (э - 1, п- 1, с -48, л-42, м -8%). СОЭ - 4мм /час. Общ. ан. мочи: уд. вес -1012, б - 0, сахар - 0, желчные пигменты - 2, L - 4 в п.зр., билирубин общ. - 62 мкмоль /л, прямой - 40 мкмоль/л, непрямой -22 мкмоль/л, тимоловая проба - 54 ЕД, АСТ - 560 ЕД, АЛТ -928 ЕД, протромбиновый индекс - 0,8; обнаружены а-НАVIgM.

Вопросы:

1. Клинический диагноз.
2. Наиболее вероятный путь заражения.
3. Возможны ли осложнения данного заболевания?
4. Назначьте лечение.
5. Возможные исходы заболевания?
6. План обследования контактных.
7. Перечислите возможные пути профилактики.

Задача №2.

Больной Б., 40 лет, жалобы на отсутствие аппетита, слабость, темную мочу, желтушное окрашивание кожи и слизистых, обесцвеченный кал. Анамнез. Болен в течение 3 недель. В первые 10 дней боли в локтевых, лучезапястных, коленных суставах. На 11 день температура $37,4^{\circ}$, головная боль, снизился аппетит. С 12 дня боли в правом подреберье, тошнота, слабость, снизился аппетит. На 19 день темная моча. Живет в квартире. За 3 месяца до заболевания лечил зубы.

Объективно. Общее состояние средней тяжести, вялый, сознание ясное. Кожные покровы и видимые слизистые оболочки желтушные. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Сердце: тоны глухие, шумов нет, ЧСС – 60 уд. /1 мин.; Пульс 60 вмин; АД – 100/60 мм рт. ст. Язык обложен белым налетом влажный. Живот мягкий, болезненной в правом подреберье; печень выступает из-под края реберной дуги на 2 см; край печени мягкий чувствительный, закруглен. Пальпируется край селезенки. Моча темная, кал ахоличный.

Анализ крови общий: Эр. $4,2 \cdot 10^{12}$ /л, НВ – 140 г/л, цп- 1,0; L – $3,6 \cdot 10^9$ /л, (э-0, п-1, с-57, л-36, м-6) СОЭ – 3 мм/час. Ан. мочи уд.вес 1018, белок – следы, сахар – 0, э-0-1 в п/з, л – 2-3 в п/з, желчные пигменты – 3, билирубин общ. – 210 мкмоль/л, прямой – 182 мкмоль/л, непрямой – 28 мкмоль/л, АСТ – 1340 ЕД, АЛТ – 2920 ЕД, протромбиновый индекс – 0,6. Выявлены HBSAg, а-HBcorAgIgM, а-HBeAg.

Вопросы:

1. Какое заболевание наиболее вероятно?
2. Каков механизм заражения?
3. Сформулируйте полный клинический диагноз.
4. Составьте план лечения с обоснованием терапии.
5. Какие осложнения возможны у данного пациента?
6. Перечислите возможные исходы заболевания.
7. Составьте план обследования контактных лиц.
8. Наметьте пути профилактики данного заболевания.

Задача №3.

Больная Н., 25 лет, поступила в инфекционное отделение с жалобами на слабость, тошноту после каждого приема пищи,

периодические высыпания на коже, головную боль, пониженную работоспособность.

Анамнез заболевания: больна в течение месяца, когда появились повышенная утомляемость, снижение аппетита, тяжесть в правом подреберье после жирной и жареной пищи. Периодически на коже появлялась уртикарная зудящая сыпь в области живота, груди. После употребления алкогольных напитков отмечала темную мочу и расстройства стула: жидкий, водянистый, без примесей слизи и крови. Обратилась в поликлинику, направлена на стационарное лечение и обследование.

Эпиданамнез. Живет в двухкомнатной благоустроенной квартире. Семья из 3 человек: муж и дочь 2 лет. Правила личной гигиены соблюдает. Родственники здоровы. Во время родов 2 года назад проводилось переливание крови, за последние 6 месяцев парентеральных вмешательств не было. За пределы города не выезжала.

Объективные данные. Состояние удовлетворительное. Сознание ясное. Адекватна. Склеры субиктеричны, кожные покровы обычной окраски, в легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Сердце – тоны ясные, шумов нет, ЧСС – 72 /1 мин., пульс – 72 в 1 мин. АД 120/70 мм рт. ст. Язык у корня обложен белым налетом, влажный. Живот мягкий, безболезненный. Печень на вдохе выступает из-под края реберной дуги на 1 см, селезенка не пальпируется. Общ.ан. крови Эр. $3,8 \cdot 10^{12}$, НВ – 136 г/л, цветн. пок. – 0,9; L – $4,0 \cdot 10^9$, (э – 2, п-2, с-43, л-36, м-6) СОЭ – 9 мм/ч. Ан. мочи в норме. Билирубин общ. -32 мкмоль/л, прямой –10 мкмоль/л, непрямой -22 мкмоль/л, АСТ – 320 ЕД, АЛТ – 840 ЕД, протромбиновый индекс – 0,8. Выявлены а-НСV JgM+G.

Вопросы:

1. Какое заболевание наиболее вероятно?
2. Клинический диагноз.
3. Каков наиболее вероятный механизм и срок заражения?
4. Какие дополнительные методы исследования необходимы для подтверждения?
5. Составьте план лечения и дайте обоснование терапии.
6. Перечислите возможные исходы заболевания.

7. Перечислите пути профилактики.
8. Составьте план обследования контактных лиц.

Задача №4.

Больной З., 32 лет, слесарь-сантехник, поступил в стационар с жалобами на резкую общую слабость, постоянную ноющую боль в правом подреберье, желтушное окрашивание кожи и склер, отсутствие аппетита, тошноту, кожный зуд.

Болен около двух лет. Начало заболевания связывает с перенесенным гепатитом, по поводу которого лечился в течение месяца в клинике инфекционных болезней. Болезнь дебютировала внезапным желтушным окрашиванием кожи и склер. До возникновения этих симптомов часто (4-5 раз в неделю) выпивал по 300-500 грамм водки и самогона. После перенесенного гепатита стал соблюдать рекомендованную диету, воздерживался от употребления спиртных напитков. Чувствовал себя удовлетворительно, хотя постоянно ощущал тяжесть в правом подреберье, иногда тошноту. Настоящее ухудшение связывает с нарушением режима питания и употреблением алкоголя ежедневно на протяжении 3-х недель по 500 г водки. Перечисленные выше симптомы постепенно нарастали, что и явилось причиной госпитализации больного.

При осмотре обнаружено - желтушность кожи и склер, сосудистые «звездочки» на лице, шее, груди и спине, «печеночные» ладони. Печень выступает на 4 см из-под реберной дуги, плотной консистенции, поверхность ее гладкая, край заостренный. Селезенка пальпируется на 3 см из-под реберной дуги, плотная, безболезненная.

Дополнительные исследования: билирубин -254 мкмоль/л, связанный-134 мкмоль/л, общий белок - 92 г/л, альбумины- 45%, γ -глобулины - 28%, тимоловая проба - 9,8 ед, трансаминазы: аспарагиновая - 3,0 ммоль/л/час, аланиновая - 4,0 ммоль/л/час.

Вопросы:

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Составьте план обследования.
3. Проведите дифференциальную диагностику.
4. Расскажите этиологию и патогенез данной болезни.
5. Дайте классификацию имеющегося у пациента заболевания.

6. Назначьте и обоснуйте лечение.
7. Определите трудоспособность больного, составьте план амбулаторного ведения (вторичная профилактика, санаторно-курортное лечение).

VI. Заключительная часть (подведение итогов) - 5 мин.

VII. Рекомендуемая литература:

Основная учебная литература:

	Название учебной и учебно-методической литературы, автор, издательство	Год издания
1.	Госпитальная терапия: в 5 ч.: учебное пособие для студентов, обучающихся по специальности 31.05.01. Лечебное дело. / С.П. Филоненко, Е.В. Лыгина, Л.А. Зотова, под. ред. проф. С.С. Якушина; ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России. – Рязань: ОТСиОП, 2018. – Ч. 1: Ревматология – 140 с. / Н.Н. Никулина, Е.В. Филиппов, И.В. Буданова, под. ред. проф. С.С. Якушина; ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России. – Рязань: ОТСиОП, 2018. – Ч.2: Пульмонология. – 212 с. / В.С. Петров, Н.В. Добрынина, И.В. Буданова [и др.], под.ред. проф. С.С. Якушина; ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России. – Рязань: ОТСиОП, 2018. – Ч.3: Гастроэнтерология. – 132 с. / В.С. Петров, Н.В. Добрынина, Л.А. Зотова, под. ред. проф. С.С. Якушина; ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России. – Рязань: ОТСиОП, 2018. – Ч.4: Нефрология. – 112 с. / С.П. Филоненко [и др.]; под. ред. проф. С.С. Якушина; ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России. – Рязань: ОТСиОП, 2018. – Ч. 5.1: Кардиология. – 196 с. / Н.Н. Никулина, Е.В. Филиппов, Е.А. Смирнова [и др.]; под. ред. проф. С.С. Якушина; ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России. – Рязань: ОТСиОП, 2018. – Ч. 5.2.: Кардиология. – 196 с.	2018
2.	Маколкин, В.И. Внутренние болезни : учебник / В.И. Маколкин, С.И. Овчаренко, В.А. Сулимов. – б-е изд., перераб. и доп. – М. : ГЭОТАР-Медиа,	2017

	2-17. – 768 с. – ISBN 978-5-9704-4157-2. – Текст: электронный // ЭБС "Консультант студента": [сайт]. – URL: https://www.studentlibrary.ru/b	
3.	Внутренние болезни: учеб. для студентов учреждений высш. проф. образования: в 2 т. / под ред. В.С. Моисеева [и др.]. – 3-е изд., перераб. и доп. – М.: ГЭОТАР-Медиа	2018

Дополнительная литература:

	Название учебной и учебно-методической литературы, автор, издательство	Год издания
1.	Ивашкин, В.Т. Гастроэнтерология. Национальное руководство / под ред. В.Т. Ивашкина, Т.Л. Лапиной. – М.: ГЭОТАР-Медиа. – 464 с. – ISBN 978-5-9704-4406-1. - Текст: электронный // ЭБС "Консультант студента": [сайт]. – URL: https://www.studentlibrary.ru/book/1	2018
2.	Усанова, А. А. Ревматология : учебное пособие / А. А. Усанова [и др.] ; под ред. А. А. Усановой. - Москва: ГЭОТАР-Медиа,. - 408 с. - 408 с. - ISBN 978-5-9704-5303-2. - Текст: электронный // ЭБС "Консультант студента": [сайт]. - URL: https://www.studentlibrary.ru/book	2019
3.	Чучалин, А.Г. Пульмонология / под ред. А.Г. Чучалина. – М.: ГЭОТАР-Медиа. – 768 с. – ISBN 978-5-9704-5323-0. – Текст: электронный // ЭБС "Консультант студента": [сайт]. – URL: https://www.studentlibrary.ru/book/	2020
4.	Филоненко, С.П. Боли в суставах: дифференциальная диагностика / С.П. Филоненко, С.С. Якушин. – М.: ГЭОТАР-Медиа. – URL: http://www.studmedlib.ru/book	2014
5.	Окороков В.Г. Диагностика и лечение желудочковых нарушений ритма сердца: моногр. / В.Г. Окороков, С.В. Селезнев; ГБОУ ВПО РязГМУ. – Рязань: РИО РязГМУ. – 172 с. – Библиогр.: С. 172. – 92-88.	2013
6.	Основы ревматологии: учебное пособие для	2015

студентов обуч. по спец. «Лечебное дело» / С.С. Якушин [и др.]; ГБОУ ВПО РязГМУ. – Рязань: РИО РязГМУ. – 130 с.	
---	--

Перечень ресурсов информационно-телекоммуникационной сети «Интернет», необходимых для освоения дисциплины

1. ЭБС «Консультант студента ВПО и СПО», доступ предоставлен зарегистрированному пользователю университета с любого домашнего компьютера. Доступ предоставлен по ссылке www.studmedlib.ru и www.medcollegelib.ru соответственно.
2. Собственная электронная библиотека университета, в которой имеются полные тексты методических указаний преподавателей с июня 2012 года, осуществляется по ссылке <http://lib.local> и предоставляется авторизованному пользователю с компьютеров локальной сети университета
3. Клинические рекомендации МЗ РФ. Доступ к рубриктору по ссылке: <https://cr.minzdrav.gov.ru/>
4. Российская гастроэнтерологическая ассоциация: <http://www.gastro.ru/>

Справочные правовые системы

СПС «Консультант-плюс» - <http://www.consultant.ru/>

СПС «Гарант» - <http://www.garant.ru/>

СПС «Кодекс» - <http://www.kodeks.ru/>

Базы данных и информационно-справочные системы

1. ЭБС «Консультант студента ВПО и СПО», доступ предоставлен зарегистрированному пользователю университета с любого домашнего компьютера. Доступ предоставлен по ссылке www.studmedlib.ru и www.medcollegelib.ru соответственно.
2. Библиографическая и реферативная база данных Scopus. Ссылка на ресурс: www.scopus.com.
3. Национальная электронная библиотека («НЭБ»). Ссылка на ресурс <http://нэб.рф/>.

4. Коллекция книг ЭБС "Юрайт". Доступ предоставлен по ссылке «Юрайт» biblio-online.ru
5. Polpred.com. Обзор СМИ. Доступ на Polpred.com открыт со всех компьютеров библиотеки и внутренней сети. Для работы используйте ссылку <http://polpred.com>. После регистрации с компьютеров университета можно просматривать документы из дома.
6. Собственная электронная библиотека университета, в которой имеются полные тексты методических указаний преподавателей с июня 2012 года, осуществляется по ссылке <http://lib.local> и предоставляется авторизованному пользователю с компьютеров локальной сети университета.

Тема занятия: ФИБРИЛЛЯЦИЯ ПРЕДСЕРДИЙ: СОВРЕМЕННЫЕ КЛАССИФИКАЦИИ, ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ: ПРИНЦИПЫ ВЫБОРА СТРАТЕГИИ КОНТРОЛЯ РИТМА И ЧСС. КАРДИОВЕРСИЯ (ЭЛЕКТРИЧЕСКАЯ, МЕДИКАМЕНТОЗНАЯ): ПОКАЗАНИЯ, ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ, ОСЛОЖНЕНИЯ, ПОДГОТОВКА БОЛЬНОГО. ФИБРИЛЛЯЦИЯ ПРЕДСЕРДИЙ: ПРИНЦИПЫ АНТИКОАГУЛЯНТНОЙ ТЕРАПИИ. ШКАЛЫ CHADS2, CHA2DS2-VASC, HAS-BLED. (Переверзева К.Г.)

Цель занятия: изучить клинику, симптоматику, вопросы диагностики (дифференциальной диагностики), принципы лечения (индивидуальные особенности применения фармакотерапии) фибрилляции предсердий.

Форма проведения: клиническое практическое занятие.

Время проведения занятия (количество академических часов): 5

Методическое оснащение: методические разработки для студентов, тесты, истории болезни, кейс-задачи.

Материально-техническое оснащение: столы, стулья, мультимедийная техника, фантомы.

Организационно-методические указания для преподавателей

В результате изучения темы студент должен овладеть следующими компетенциями:

ОПК 4: Способен применять медицинские изделия, предусмотренные порядком оказания медицинской помощи, а также проводить обследования пациента с целью установления диагноза.

ОПК 7: Способен назначать лечение и осуществлять контроль его эффективности и безопасности.

ПК 2: Способен проводить обследование пациента с целью установления диагноза.

ПК 3: Способен к ведению медицинской документации.

ПК 4: Способен организовать деятельность находящегося в распоряжении среднего медицинского персонала.

Расчет учебного времени

- I. Вводная часть - 25 мин.
- II. Клиническая конференция – 30 мин.
- III. Обсуждение материала: контроль теоретической подготовки студентов - 45 мин.

Программированный контроль:

1. ПРИ СОЧЕТАНИИ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНИ ЛЕГКИХ И ПАРОКСИЗМОВ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ ПРОТИВОПОКАЗАНО НАЗНАЧЕНИЕ

- A. пропранолола;
- Б. верапамила;
- В. дигоксина;
- Г. этацизина.

2. В СЛУЧАЕ НЕОТЛОЖНОЙ КАРДИОВЕРСИИ ПО ЖИЗНЕННЫМ ПОКАЗАНИЯМ ПЕРЕД ПРОЦЕДУРОЙ РЕКОМЕНДОВАНО

- A. внутривенное введение нефракционированного гепарина;
- Б. внутримышечное введение низкомолекулярного гепарина;
- В. назначение высоких антагонистов витамина К;
- Г. назначение новых оральных антикоагулянтов.

3. АНТИКОАГУЛЯЦИОННЫЙ ЭФФЕКТ И РИСК ГЕМОРАГИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ УВЕЛИЧИВАЕТСЯ ПРИ СОЧЕТАНИИ АНТИКОАГУЛЯНТОВ С

- A. нестероидными противовоспалительными средствами;
- Б. агонистами II-имидазолиновых рецепторов;
- В. блокаторами CD20-рецепторов В-лимфоцитов;
- Г. частичными агонистами никотиновых рецепторов.

4. К АНТИАРИТМИЧЕСКИМ МЕМБРАНОСТАБИЛИЗИРУЮЩИМ ПРЕПАРАТАМ IA КЛАССА (С УМЕРЕННОЙ БЛОКАДОЙ НАТРИЕВЫХ КАНАЛОВ) ОТНОСЯТ

- A. аллапинин, пропафенон, этацизин;
- Б. метапролол, бетаксол, бисопролол;
- В. амиодарон, соталол, дронедазон;
- Г. хинидин, новокаинамид, дизопирамид.

5. К АНТИАРИТМИЧЕСКИМ МЕМБРАНОСТАБИЛИЗИРУЮЩИМ ПРЕПАРАТАМ IC КЛАССА (С ВЫРАЖЕННОЙ БЛОКАДОЙ НАТРИЕВЫХ КАНАЛОВ) ОТНОСЯТ

- А. аллапинин, пропафенон, этацизин;
- Б. хинидин, новокаинамид, дизопирамид;
- В. метопролол, бетаксоллол, бисопролол;
- Г. амиодарон, соталол, дронедазон.

6. К АНТИАРИТМИЧЕСКИМ ПРЕПАРАТАМ II КЛАССА (БЕТА-АДРЕНОБЛОКАТОРЫ) ОТНОСЯТ

- А. аллапинин, пропафенон, этацизин;
- Б. метопролол, бетаксоллол, бисопролол;
- В. хинидин, новокаинамид, дизопирамид;
- Г. амиодарон, соталол, дронедазон.

7. К АНТИАРИТМИЧЕСКИМ ПРЕПАРАТАМ III КЛАССА (УВЕЛИЧИВАЮТ ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ ПОТЕНЦИАЛА ДЕЙСТВИЯ) ОТНОСЯТ

- А. амиодарон, соталол, дронедазон;
- Б. метопролол, бетаксалол, бисопролол;
- В. аллапинин, пропафенон, этацизин;
- Г. хинидин, новокаинамид, дизопирамид.

8. КОНТРОЛЬ ЭФФЕКТИВНОСТИ И БЕЗОПАСНОСТИ ТЕРАПИИ ВАРФАРИНОМ ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ С ПОМОЩЬЮ

- А. активированного частичного тромбoplastинового времени;
- Б. активированного времени рекальцификации;
- В. международного нормализованного отношения;
- Г. растворимых фибрин-мономерных комплексов.

9. ПОДБОР СУТОЧНОЙ ДОЗЫ ДАБИГАТРАНА ОСУЩЕСТВЛЯЮТ

- А. без контроля показателей коагулограммы;
- Б. под контролем международного нормализованного отношения;
- В. под контролем всех показателей коагулограммы;
- Г. под контролем активированного частичного тромбoplastинового времени.

10. ЧРЕСПИЩЕВОДНУЮ ЭХОКГ СЛЕДУЕТ ПРОВОДИТЬ ДЛЯ ИСКЛЮЧЕНИЯ

**ВНУТРИСЕРДЕЧНОГО ТРОМБОЗА ПРИ
ДЛИТЕЛЬНОСТИ ПАРОКСИЗМА ФИБРИЛЛЯЦИИ
ПРЕДСЕРДИЙ**

- А. более 48 часов;
- Б. более 24 часов;
- В. менее 48 часов;
- Г. менее 24 часов.

**11. АДРЕНАЛИН, АМИОДАРОН И ДЕФИБРИЛЛЯЦИЯ
В СОВОКУПНОСТИ ИСПОЛЬЗУЮТСЯ ПРИ ЛЕЧЕНИИ**

- А. фибрилляции желудочков;
- Б. асистолии;
- В. фибрилляции предсердий;
- Г. трепетания предсердий.

**12. ПРИ НЕВОЗМОЖНОСТИ ВНУТРИВЕННОГО
ВВЕДЕНИЯ ПРЕПАРАТОВ ДЛЯ КУПИРОВАНИЯ
ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ РЕКОМЕНДУЕТСЯ
ОДНОМОМЕНТНО ПРИНЯТЬ**

- А. амлодипин 10 мг;
- Б. пропafenон 300 мг;
- В. бисопролол 2,5 мг;
- Г. бисопролол 2,5 мг и амлодипин 10 мг.

13. СИНДРОМ ФРЕДЕРИКА – ЭТО

- А. сочетание фибрилляции предсердий и АВ-блокады III степени;
- Б. сочетание фибрилляции предсердий и желудочковой экстрасистолии;
- В. сочетание фибрилляции предсердий и наджелудочковой экстрасистолии;
- Г. чередование фибрилляции предсердий и синусового ритма.

**14. В СЛУЧАЕ ПРИНЯТИЯ РЕШЕНИЯ О
ПРОВЕДЕНИИ НЕОТЛОЖНОЙ КАРДИОВЕРСИИ У
БОЛЬНОГО С ДЛИТЕЛЬНОСТЬЮ ТРЕПЕТАНИЯ
ПРЕДСЕРДИЙ МЕНЕЕ 48 ЧАСОВ РЕКОМЕНДОВАНО**

- А. внутривенное введение нефракционированного гепарина;
- Б. отмена антикоагулянтной терапии;
- В. прием антагониста витамина К в высокой дозе;
- Г. применение новых оральных антикоагулянтов.

15. ИМПЛАНТАЦИЯ ЭЛЕКТРОКАРДИОСТИМУЛЯТОРА ПОКАЗАНА ПАЦИЕНТАМ С ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ

- А. в качестве равнозначной альтернативы медикаментозному контролю ритма;
- Б. в случае тахисистолического варианта аритмии;
- В. всем пациентам в возрасте моложе 40 лет, с целью контроля частоты;
- Г. при выполнении катетерной аблации АВ-узла на фоне неэффективности других подходов лечения.

16. НОВЫЕ АНТИКОАГУЛЯНТЫ РЕКОМЕНДОВАНЫ У БОЛЬНЫХ ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ И ТРЕПЕТАНИЕМ ПРЕДСЕРДИЙ

- А. в сочетании с антагонистами витамина К;
- Б. пациентам, которым трудно постоянно контролировать международное нормализованное отношение;
- В. с механическими клапанами сердца;
- Г. с умеренным и тяжелым митральным стенозом.

17. ПРИ ПЛАНОВОЙ ЭЛЕКТРИЧЕСКОЙ КАРДИОВЕРСИИ РЕКОМЕНДУЕТСЯ ИСПОЛЬЗОВАНИЕ СИНХРОНИЗИРОВАННОГО БИФАЗНОГО РАЗРЯДА МОЩНОСТЬЮ

- А. 100-150 джоулей;
- Б. 150-200 джоулей;
- В. 5-10 джоулей;
- Г. 50-75 джоулей.

18. ТЕРАПИЮ АНТАГОНИСТАМИ ВИТАМИНА К У БОЛЬНОГО ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ И ТРЕПЕТАНИЕМ ПРЕДСЕРДИЙ РЕКОМЕНДОВАНО ПРОДОЛЖАТЬ ПОСЛЕ КАРДИОВЕРСИИ В ТЕЧЕНИЕ

- А. 1-2 недели;
- Б. как минимум 3-4 недель;
- В. не более 2-3 недель;
- Г. не более суток.

19. ПОБОЧНЫЕ ЭФФЕКТЫ АМИОДАРОНА: 1. УДЛИНЕНИЕ ИНТЕРВАЛА QT И РАЗВИТИЕ ПОЛИМОРФНОЙ ЖЕЛУДОЧКОВОЙ ТАХИКАРДИИ ТИПА "ПИРУЭТ". 2. ТОКСИЧЕСКОЕ ПОРАЖЕНИЕ

ЛЕГКИХ. 3. НАРУШЕНИЕ ФУНКЦИЙ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ. 4. АТОНИЯ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ. 5. УВЕЛИЧЕНИЕ ЧАСТОТЫ ЖЕЛУДОЧКОВЫХ СОКРАЩЕНИЙ У БОЛЬНЫХ С ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ И СИНДРОМОМ ВОЛЬФА-ПАРКИНСОНА-УАЙТА.

- А. верно 1,4
- Б. верно 1,2,3
- В. верно 1,5
- Г. верно 1,3,5

20. ПРИ НАЛИЧИИ ПРИЗНАКОВ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ И/ИЛИ СНИЖЕНИИ ФРАКЦИИ ВЫБРОСА ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА ДО 40% И МЕНЕЕ, С ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ ЦЕЛЬЮ РЕЦИДИВОВ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ ДОПУСКАЕТСЯ ПРИМЕНЕНИЕ ТОЛЬКО

- А. амиодарона;
- Б. прокаинамида;
- В. пропафенона;
- Г. чреспищеводной стимуляции предсердий.

Ключ к тестам[^]

№ вопроса	Ответ
1	А
2	А
3	А
4	Г
5	А
6	Б
7	А
8	В
9	А
10	А
11	А
12	Б
13	А
14	А
15	Г

16	Б
17	Г
18	Б
19	Б
20	А

Вопросы для обсуждения:

1. Эпидемиология ФП.
2. Этиология ФП.
3. Клиника и диагностика ФП.
4. Кардиоверсия у пациента с ФП менее 48 часов.
5. Кардиоверсия у пациента с ФП более 48 часов.
6. Стратегия контроля ЧСС при ФП
7. Стратегия контроля ритма при ФП
8. Катетерная абляция: показания, противопоказания.
9. Тактика ведения пациента с кровотечением на фоне приема ОАК.
10. Тактика ведения пациента с перенесенным инсультом

IV. Клиническая работа: курация больных - 1 ч. 30 мин.,

V. Разбор клинических случаев, решение ситуационных задач (при невозможности разобрать клинический случай) – 30 мин.

Кейс – задачи:

Задача №1.

Пациент К., 67 лет предъявляет жалобы на одышку, возникающую при незначительной физической нагрузке, которая усилилась в последние дни, отеки нижних конечностей. Из анамнеза известно, что в течение приблизительно 20 лет страдает гипертонической болезнью с максимальными цифрами АД 180/90 мм рт.ст., 5 лет назад перенес нижний инфаркт миокарда, была выполнена коронарография – выявлен стеноз ПКА 90%, стеноз ОВ до 50%, стеноз ПМЖВ до 50%, в связи с чем проводились трансбаллонная ангиопластика и стентирование ПКА стентом с лекарственным покрытием. В течение трех лет у пациента постоянная форма фибрилляции предсердий, были две попытки

восстановления ритма с помощью электроимпульсной терапии, которые оказались безуспешными.

При осмотре: состояние средней тяжести. Рост – 183 см. Вес – 92 кг. Кожные покровы чистые, обычной окраски. В лёгких дыхание везикулярное, единичные мелкопузырчатые хрипы в нижних отделах обоих легких. Тоны сердца приглушены, ритм неправильный, ЧСС – 140 уд. в мин., пульс – 110 уд. в мин. АД – 100/80 мм рт.ст. Живот мягкий, при пальпации безболезненный во всех отделах. Печень на 2,0 см выступает из-под края реберной дуги, край плотный, гладкий, безболезненный. Отеки до средней трети голени, симметричные. Дизурии нет. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный.

Общий анализ крови: эритроц. – $4,28 \cdot 10^{12}/л$, Нб – 123 г/л, гематокрит – 0,38, тромбоц. $223 \cdot 10^9/л$, лейкоциты – $9,0 \cdot 10^9/л$, с/я. – 70,8%, лимф. – 23,1%, моноц. – 6,1%, СОЭ – 6 мм/ч.

Общий анализ мочи: удельный вес 1025, рН менее 5,0, белок – 0, сахар – 0, кетоны – 0, пл. эпителий – ед. в п/з, лейкоциты – ед. в п/з, эритроциты – ед. в п/з, бактерии – нет, микроальбуминурия – нет.

Анализ мочи по Нечипоренко: лейкоциты – $0,42 \cdot 10^6/л$, эритроциты – 0.

Биохимическое исследование крови: амилаза – 34 Е/л, общ. белок – 67,1 г/л, билирубин общий – 17,5 мкмоль/л, АСТ – 42,2 Е/л, АЛТ – 41,0 Е/л, креатинин – 133 мкмоль/л, мочевины – 7,8 ммоль/л, глюкоза – 5,3 ммоль/л, холестерин – 3,62 ммоль/л, ЛПНП – 1,38 ммоль/л, ЛПВП – 1,82 ммоль/л, триглицериды – 0,7 ммоль/л, мочевая кислота – 268 мкмоль/л; кальций – 2,32 ммоль/л, магний – 0,71 ммоль/л.

На ЭКГ: фибрилляция предсердий с ЧСС до 140 уд/мин, признаки гипертрофии ЛЖ, рубцовые изменения в миокарде нижней стенки левого желудочка.

На ЭХО-КГ: аорта уплотнена, не расширена, АО 3,1 см (норма до 3,7 см), левое предсердие увеличено, ЛП 5,1 см (норма до 3,6 см), полость левого желудочка расширена, КДР 6,5 см (норма до 5,5 см), КСР 5,6 см (норма до 3,7 см). Сократимость миокарда левого желудочка значительно снижена, ФВ 29%. Акинезия нижней стенки МЖП, ЗСЛЖ. Участок парадоксального выбухания нижней стенки. ТМЖП утолщена, ЗСЛЖ не

утолщена. Аортальный клапан: створки уплотнены, кальциноз створок, ФК, амплитуда раскрытия уменьшена. Митральный клапан: створки уплотнены, кальциноз основания ЗС, противофаза есть. Правый желудочек не расширен, ПЗР 2,6 см. Кинетика сохранена. МК рег. 3 степени, ТК рег. 2-3 степени. Систолический градиент давления на ТК 29 мм рт. ст. ПП 5,0*4,9 см. Систолический градиент ЛЖ ОА 20 мм рт. ст.

Заключение: Очаговые изменения в миокарде ЛЖ. Рубцовые изменения в миокарде ЛЖ. Снижение сократимости миокарда ЛЖ. Нарушение диастолической функции ЛЖ по рестриктивному типу. Дилатация полости ЛП, ЛЖ, ПП. Атеросклероз аорты. Недостаточность МК, ТК. Легочная гипертензия.

Вопросы:

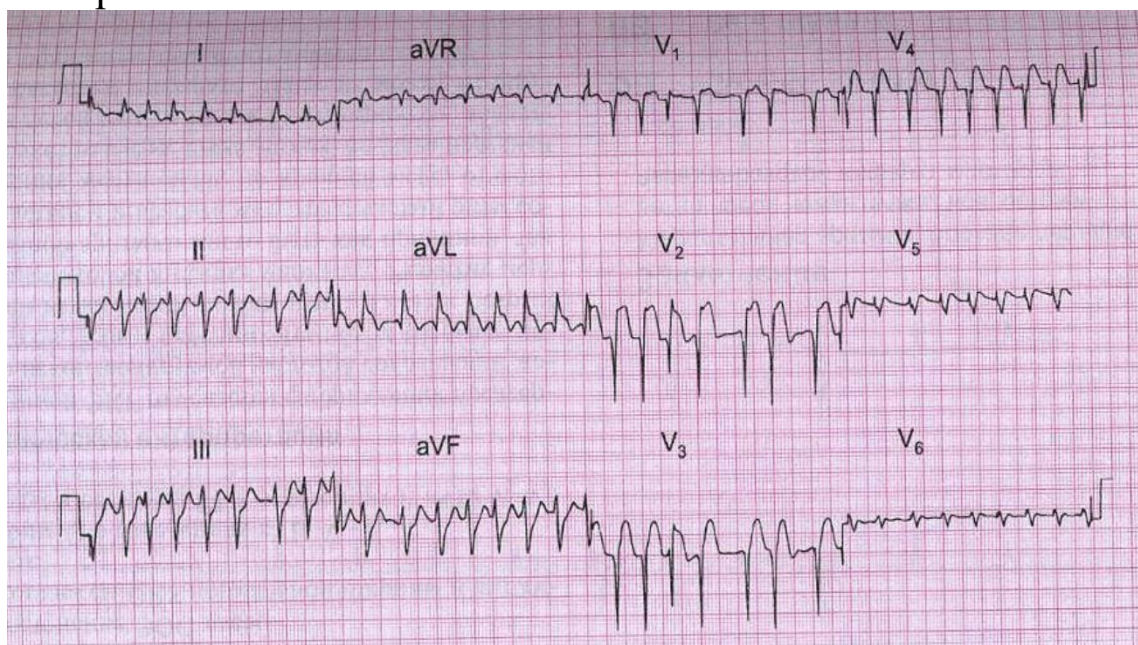
1. Сформулируйте диагноз.
2. Каковы наиболее вероятные причины декомпенсации СН и пути их коррекции?
3. Нуждается ли пациент в назначении пероральных антикоагулянтов? Почему?
4. Предложите возможные варианты терапии.

Задача №2.

При осмотре на дому мужчина 66 лет предъявляет жалобы на интенсивные боли за грудиной, сохраняющиеся в течение 90 минут. В предыдущие 2 недели он несколько раз испытывал сходные по характеру боли в грудной клетке, преимущественно во время физической нагрузки, но они купировались самостоятельно в покое в течение нескольких минут. Сегодня болевой синдром возник на улице во время утренней пробежки в медленном темпе. Боль несколько уменьшилась в покое, но, в отличие от предшествующих эпизодов, полностью не прекратилась. Пациент описывает боль как «сжимающую» и жгучую, ее сопровождают чувство нехватки воздуха и потливость. В настоящее время иррадиации не отмечает, но при ранее возникавших эпизодах боли в груди имелась иррадиация в левую руку. Пациент отрицает наличие хронических заболеваний, но его жена говорит о том, что он не обращался к врачу в течение многих лет, на протяжении которых у пациента

при эпизодическом измерении АД отмечалось его повышение до 160-180/90 мм рт. ст., а иногда и выше, при этом пациент чувствовал себя удовлетворительно.

При физикальном обследовании состояние тяжелое. Рост 186 см, масса тела 112 кг, температура тела 37,1°C. Кожные покровы бледные, лицо покрыто мелкими капельками пота. Дыхание везикулярное, в нижних отделах обоих легких до угла лопаток влажные мелкопузырчатые хрипы. Тоны сердца приглушены, ритм неправильный, ЧСС – более 140 в минуту (невозможно сосчитать), АД – 190/96 мм рт. ст., частота дыхания 20 в минуту. Живот мягкий, безболезненный, печень и селезёнка не пальпируются. Отеков нет, пульсация на артериях стоп удовлетворительная.



Вопросы:

1. Сформулируйте диагноз.
2. Какие стратегические неотложные мероприятия необходимо применить по отношению к пациенту?
3. Нуждается ли пациент в назначении пероральных антикоагулянтов? В какие сроки? Почему?

VI. Заключительная часть (подведение итогов) - 5 мин.

VII. Рекомендуемая литература:

Основная учебная литература:

	Название учебной и учебно-методической литературы, автор, издательство	Год издания
1.	<p>Госпитальная терапия: в 5 ч.: учебное пособие для студентов, обучающихся по специальности 31.05.01. Лечебное дело. / С.П. Филоненко, Е.В. Лыгина, Л.А. Зотова, под. ред. проф. С.С. Якушина; ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России. – Рязань: ОТСиОП, 2018. – Ч. 1: Ревматология – 140 с. / Н.Н. Никулина, Е.В. Филиппов, И.В. Буданова, под. ред. проф. С.С. Якушина; ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России. – Рязань: ОТСиОП, 2018. – Ч.2: Пульмонология. – 212 с. / В.С. Петров, Н.В. Добрынина, И.В. Буданова [и др.], под.ред. проф. С.С. Якушина; ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России. – Рязань: ОТСиОП, 2018. – Ч.3: Гастроэнтерология. – 132 с. / В.С. Петров, Н.В. Добрынина, Л.А. Зотова, под. ред. проф. С.С. Якушина; ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России. – Рязань: ОТСиОП, 2018. – Ч.4: Нефрология. – 112 с. / С.П. Филоненко [и др.]; под. ред. проф. С.С. Якушина; ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России. – Рязань: ОТСиОП, 2018. – Ч. 5.1: Кардиология. – 196 с. / Н.Н. Никулина, Е.В. Филиппов, Е.А. Смирнова [и др.]; под. ред. проф. С.С. Якушина; ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России. – Рязань: ОТСиОП, 2018. – Ч. 5.2.: Кардиология. – 196 с.</p>	2018
2.	<p>Маколкин, В.И. Внутренние болезни : учебник / В.И. Маколкин, С.И. Овчаренко, В.А. Сулимов. – 6-е изд., перераб. и доп. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2-17. – 768 с. – ISBN 978-5-9704-4157-2. – Текст: электронный // ЭБС "Консультант студента": [сайт]. – URL: https://www.studentlibrary.ru/b</p>	2017
3.	<p>Внутренние болезни: учеб. для студентов учреждений высш. проф. образования: в 2 т. / под ред. В.С. Моисеева [и др.]. – 3-е изд., перераб. и доп. – М.: ГЭОТАР-Медиа</p>	2018

Дополнительная литература:

	Название учебной и учебно-методической литературы, автор, издательство	Год издания
1.	Ивашкин, В.Т. Гастроэнтерология. Национальное руководство / под ред. В.Т. Ивашкина, Т.Л. Лапиной. – М.: ГЭОТАР-Медиа. – 464 с. – ISBN 978-5-9704-4406-1. - Текст: электронный // ЭБС "Консультант студента": [сайт]. – URL: https://www.studentlibrary.ru/book/I	2018
2.	Усанова, А. А. Ревматология : учебное пособие / А. А. Усанова [и др.] ; под ред. А. А. Усановой. - Москва: ГЭОТАР-Медиа,. - 408 с. - 408 с. - ISBN 978-5-9704-5303-2. - Текст: электронный // ЭБС "Консультант студента": [сайт]. - URL: https://www.studentlibrary.ru/book	2019
3.	Чучалин, А.Г. Пульмонология / под ред. А.Г. Чучалина. – М.: ГЭОТАР-Медиа. – 768 с. – ISBN 978-5-9704-5323-0. – Текст: электронный // ЭБС "Консультант студента": [сайт]. – URL: https://www.studentlibrary.ru/book/	2020
4.	Филоненко, С.П. Боли в суставах: дифференциальная диагностика / С.П. Филоненко, С.С. Якушин. – М.: ГЭОТАР-Медиа. – URL: http://www.studmedlib.ru/book	2014
5.	Окороков В.Г. Диагностика и лечение желудочковых нарушений ритма сердца: моногр. / В.Г. Окороков, С.В. Селезнев; ГБОУ ВПО РязГМУ. – Рязань: РИО РязГМУ. – 172 с. – Библиогр.: С. 172. – 92-88.	2013
6.	Основы ревматологии: учебное пособие для студентов обуч. по спец. «Лечебное дело» / С.С. Якушин [и др.]; ГБОУ ВПО РязГМУ. – Рязань: РИО РязГМУ. – 130 с.	2015

Перечень ресурсов информационно-телекоммуникационной сети «Интернет», необходимых для освоения дисциплины

1. ЭБС «Консультант студента ВПО и СПО», доступ предоставлен зарегистрированному пользователю университета с любого домашнего компьютера. Доступ предоставлен по ссылке www.studmedlib.ru и www.medcollegelib.ru соответственно.
2. Собственная электронная библиотека университета, в которой имеются полные тексты методических указаний преподавателей с июня 2012 года, осуществляется по ссылке <http://lib.local> и предоставляется авторизованному пользователю с компьютеров локальной сети университета
3. Клинические рекомендации МЗ РФ. Доступ к рубриктору по ссылке: <https://cr.minzdrav.gov.ru/>

Справочные правовые системы

СПС «Консультант-плюс» - <http://www.consultant.ru/>

СПС «Гарант» - <http://www.garant.ru/>

СПС «Кодекс» - <http://www.kodeks.ru/>

Базы данных и информационно-справочные системы

1. ЭБС «Консультант студента ВПО и СПО», доступ предоставлен зарегистрированному пользователю университета с любого домашнего компьютера. Доступ предоставлен по ссылке www.studmedlib.ru и www.medcollegelib.ru соответственно.
2. Библиографическая и реферативная база данных Scopus. Ссылка на ресурс: www.scopus.com.
3. Национальная электронная библиотека («НЭБ»). Ссылка на ресурс <http://нэб.рф/>.
4. Коллекция книг ЭБС "Юрайт". Доступ предоставлен по ссылке «Юрайт» biblio-online.ru
5. Polpred.com. Обзор СМИ. Доступ на Polpred.com открыт со всех компьютеров библиотеки и внутренней сети. Для работы используйте ссылку <http://polpred.com>. После регистрации с компьютеров университета можно просматривать документы из дома.

6. Собственная электронная библиотека университета, в которой имеются полные тексты методических указаний преподавателей с июня 2012 года, осуществляется по ссылке <http://lib.local> и предоставляется авторизованному пользователю с компьютеров локальной сети университета.

Тема занятия: ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ И СОВРЕМЕННАЯ ТЕРАПЕВТИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ НАРУШЕНИЯХ ПРОВЕДЕНИЯ ИМПУЛЬСА ПО СЕРДЦУ. ПОКАЗАНИЯ ДЛЯ ИМПЛАНТАЦИИ ИСКУССТВЕННОГО ВОДИТЕЛЯ РИТМА (ПОСТОЯННОГО И ВРЕМЕННОГО) НАРУШЕНИЯ РИТМА СЕРДЦА, ОБУСЛОВЛЕННЫЕ НАРУШЕНИЕМ ОБРАЗОВАНИЯ ИМПУЛЬСА: КЛАССИФИКАЦИЯ, ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА, ЛЕЧЕНИЕ. СИНДРОМ СЛАБОСТИ СИНУСОВОГО УЗЛА: ДИАГНОСТИКА. ЛЕЧЕНИЕ.
(Добрынина Н.В.)

Цель занятия: изучить принципы диагностики, дифференциальной диагностики наиболее часто встречающихся нарушений ритма.

Форма проведения: клиническое практическое занятие.

Время проведения занятия (количество академических часов): 5

Методическое оснащение: методические разработки для студентов, тесты, истории болезни, кейс-задачи.

Материально-техническое оснащение: столы, стулья, мультимедийная техника, фантомы.

Организационно-методические указания для преподавателей

В результате изучения темы студент должен овладеть следующими компетенциями:

ОПК 4: Способен применять медицинские изделия, предусмотренные порядком оказания медицинской помощи, а также проводить обследования пациента с целью установления диагноза.

ОПК 7: Способен назначать лечение и осуществлять контроль его эффективности и безопасности.

ПК 2: Способен проводить обследование пациента с целью установления диагноза.

ПК 3: Способен к ведению медицинской документации.

ПК 4: Способен организовать деятельность находящегося в распоряжении среднего медицинского персонала.

Расчет учебного времени

- I. Вводная часть - 25 мин.
- II. Клиническая конференция – 30 мин.
- III. Обсуждение материала: контроль теоретической подготовки студентов - 45 мин.

Программированный контроль:

1. ПОКАЗАНИЯМИ К ИМПЛАНТАЦИИ ЭКС ЯВЛЯЮТСЯ:

- А) паузы более 3 секунд при отсутствии ятрогении
- Б) эпизоды АВ блокады 2 степени в ночные часы
- В) признаки синдрома ранней реполяризации желудочков
- Г) признаки синдрома Бругада

2. ЭКВИВАЛЕНТАМИ ПРИСТУПА МОРГАНЬИ – АДАМСА – СТОКСА МОЖЕТ БЫТЬ

- А) внезапно возникающее головокружение
- Б) приступы потери сознания
- В) внезапные сердцебиения
- Г) ощущения остановки сердца

3. ЭКВИВАЛЕНТАМИ ПРИСТУПА МОРГАНЬИ – АДАМСА – СТОКСА МОЖЕТ БЫТЬ

- А) внезапная резкая слабость
- Б) приступы потери сознания
- В) внезапные сердцебиения
- Г) ощущения остановки сердца

4. НАИБОЛЕЕ ВЕРНОЙ ТАКТИКОЙ ПРИ ПЕРЕДНЕМ ТРАНСМУРАЛЬНОМ ИМ, ОСЛОЖНИВШЕМСЯ РАЗВИТИЕМ ПОЛНОЙ АВ-БЛОКАДЫ С ЧАСТОТОЙ ЖЕЛУДОЧКОВОГО РИТМА 24 В МИНУТУ, ЯВЛЯЕТСЯ:

- А) установка эндокардиального электрода и проведение временной ЭКС
- Б) введение адреномиметиков
- В) введение атропина
- Г) введение лазикса

5. ПРИЗНАКОМ АВ-БЛОКАДЫ I СТ. ЯВЛЯЕТСЯ:

- А) увеличение PQ более 200 мс
- Б) постепенное удлинение PQ с последующим выпадением QRS
- В) независимые сокращения предсердий и желудочков
- Г) выпадение QRS без постепенного удлинения PQ

6. ВЫЯВЛЕНИЕ НА ЭКГ УДЛИНЕНИЯ ИНТЕРВАЛА P-Q, РАВНОГО 0,26 С, СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ О НАЛИЧИИ У БОЛЬНОЙ БЛОКАДЫ

- А) атриовентрикулярного проведения 1-й степени
- Б) атриовентрикулярного проведения 2-й степени
- В) атриовентрикулярного проведения 3-й степени
- Г) синоатриального проведения

7. АТРИОВЕНТРИКУЛЯРНАЯ БЛОКАДА 2 СТЕПЕНИ ТИПА МОБИТЦ 1 ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

- А) постепенным удлинением PQ с периодическим выпадением QRS
- Б) редким правильным ритмом
- В) периодическим выпадением P и QRS
- Г) постоянным интервалом PQ с периодическим выпадением QRS

8. ЭКГ- КРИТЕРИЙ БЛОКАДЫ ПЕРЕДНЕЙ ВЕТВИ ЛЕВОЙ НОЖКИ ПУЧКА ГИСА

- А) резкое отклонение электрической оси влево
- Б) деформация комплекса QRS
- В) расширение комплекса QRS $> 0,10''$
- Г) изменение конечной части желудочкового комплекса

9. ПРИСТУПЫ МОРГАНЬИ-АДАМСА-СТОКСА ВСТРЕЧАЮТСЯ ПРИ

- А) атриовентрикулярной блокаде
- Б) фибрилляции желудочков
- В) фибрилляции предсердий
- Г) желудочковой экстрасистолии

10. ПРАВИЛЬНЫЙ РИТМ ЖЕЛУДОЧКОВ С ЧСС 40 В МИН., ПРАВИЛЬНЫЙ РИТМ ПРЕДСЕРДИЙ С ЧСС 88 В МИН. И РИТМ ЖЕЛУДОЧКОВ НЕЗАВИСИМ ОТ РИТМА ПРЕДСЕРДИЙ. НА ЭКГ ЯВЛЯЮТСЯ ПРИЗНАКАМИ

- А) атриовентрикулярной блокады III степени
- Б) атриовентрикулярной блокады I степени
- В) атриовентрикулярной блокады II степени типа Мобитц I
- Г) атриовентрикулярной блокады II степени типа Мобитц II

11. ПОСТОЯННЫЙ ИНТЕРВАЛ PQ ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬЮ 0,26 С, РАВНЫЕ ИНТЕРВАЛЫ RR И ЗУБЕЦ P, ПРЕДШЕСТВУЮЩИЙ

КАЖДОМУ КОМПЛЕКСУ QRS, ЯВЛЯЮТСЯ ПРИЗНАКАМИ

- А) атриовентрикулярной блокады I степени
- Б) остановки синусового узла
- В) атриовентрикулярной блокады II степени типа Мобитц I
- Г) трепетания предсердий правильной формы

12. НА ЭКГ ЗАРЕГИСТРИРОВАНЫ ПАУЗЫ, В КОТОРЫХ ОТСУТСТВУЮТ ВОЛНЫ P И АССОЦИИРОВАННЫЕ С НИМИ КОМПЛЕКСЫ QRST. УДЛИНЕННЫЙ ИНТЕРВАЛ RR РАВЕН УДВОЕННОМУ ОСНОВАНИЮ ИНТЕРВАЛА RR. ОПРЕДЕЛИТЕ ХАРАКТЕР НАРУШЕНИЯ ПРОВОДИМОСТИ.

- А) синоаурикулярная блокада без периодов Самойлова-Венкебаха
- Б) синоаурикулярная блокада с периодами Самойлова-Венкебаха
- В) синдром Вольфа-Паркинсон-Уайта
- Г) АВ блокада типа Мобитц-I

13. ЭЛЕКТРИЧЕСКИЙ ИМПУЛЬС ПОДВЕРГАЕТСЯ ФИЗИОЛОГИЧЕСКОЙ ЗАДЕРЖКЕ В:

- А) АВ-соединении
- Б) межузловых трактах
- В) ножках пучка Гиса
- Г) синусовом узле

14. НА ЭКГ ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ ИНТЕРВАЛА PQ БОЛЬШЕ 0,20 С. ЭТО ХАРАКТЕРНО ДЛЯ

- А) атриовентрикулярной блокады I степени
- Б) полной атриовентрикулярной блокады
- В) атриовентрикулярной блокады II степени
- Г) блокады ножек пучка Гиса

15. НА ЭКГ КОМПЛЕКСЫ QRS НЕ ИЗМЕНЕНЫ, ИНТЕРВАЛЫ P-R ОДИНАКОВЫЕ И СОСТАВЛЯЮТ 0,38 СЕКУНД. ВАШЕ ЗАКЛЮЧЕНИЕ ПО ЭКГ

- А) АВ блокада I степени
- Б) синоаурикулярная блокада с периодами Самойлова-Венкебаха
- В) синоаурикулярная блокада без периодов Самойлова-Венкебаха
- Г) АВ блокада типа Мобитц-I

16. ТИП МОБИТЦ I ОТНОСИТСЯ К АВ- БЛОКАДЕ

- А) II степени
- Б) I степени
- В) III степени
- Г) правильного ответа нет

17. ПРИ АТРИОВЕНТРИКУЛЯРНОЙ БЛОКАДЕ I СТЕПЕНИ

- А) регистрируется замедление предсердно-желудочковой проводимости, что на ЭКГ проявляется постоянным удлинением интервала PQ(R))
- Б) выпадение отдельных желудочковых сокращений не сопровождается постепенным удлинением интервала PQ(R)
- В) наблюдается постепенное, от одного комплекса к другому, замедление проводимости по АВ-узлу вплоть до полной задержки одного электрического импульса
- Г) наблюдаются периоды Самойлова — Венкебаха.

18. ПРИ НАЛИЧИИ УЗЛОВОЙ ПРОКСИМАЛЬНОЙ ФОРМЫ БЛОКАДЫ УВЕЛИЧЕНИЕ ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТИ PQ ПРОИСХОДИТ ГЛАВНЫМ ОБРАЗОМ ЗА СЧЕТ

- А) удлинения сегмента PQ
- Б) удлинения интервала PQ
- В) увеличения зубца Q
- Г) увеличения зубца P

19. ПЕРИОДЫ ПОСТЕПЕННОГО УВЕЛИЧЕНИЯ ИНТЕРВАЛА PQ(R) С ПОСЛЕДУЮЩИМ ВЫПАДЕНИЕМ ЖЕЛУДОЧКОВОГО КОМПЛЕКСА НАЗЫВАЮТСЯ

- А) периодами Самойлова — Венкебаха
- Б) Мобитц III
- В) признаком Соколова-Лайона
- Г) синдром WPW

20. АВ-БЛОКАДА I СТЕПЕНИ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

- А) замедлением предсердножелудочковой проводимости
- Б) постепенным удлинением сегмента PQ
- В) постепенным удлинением интервала PQ
- Г) периодически возникающим прекращением проведения отдельных электрических импульсов

21. ПРИ I ТИПЕ АТРИОВЕНТРИКУЛЯРНОЙ БЛОКАДЫ II СТЕПЕНИ

А) наблюдается постепенное, от одного комплекса к другому, замедление проводимости по АВ- узлу вплоть до полной задержки одного электрического импульса

Б) выпадение отдельных желудочковых сокращений не сопровождается постепенным удлинением интервала PQ(R)

В) характеризуется замедлением предсердно-желудочковой проводимости, что на ЭКГ

проявляется постоянным удлинением интервала PQ(R)

Г) наблюдается асистолия желудочков в течение 10—20 сек

22. СИНДРОМ МОРГАНЬИ-АДАМСА–СТОКСА

А) сопровождается нарушением ритма с резким снижением сократительной способности сердца, потерей сознания, развитием судорожного синдрома

Б) обусловлен повышением минутного объема крови

В) характеризуется пароксизмальным включением проксимального эктопического водителя ритма желудочков

Г) устанавливается только на основании данных ЭКГ

23. НА ЭКГ ИНТЕРВАЛ PR СОСТАВЛЯЕТ 0,10. КОМПЛЕКС QRS РАСШИРЕН ДО 0,12 С. НА НАЧАЛЬНОЙ ЧАСТИ КОМПЛЕКСА QRS ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ ВОЛНА «ДЕЛЬТА». ВАШЕ ЗАКЛЮЧЕНИЕ?

А) синдром Вольфа-Паркинсона-Уайта

Б) синоаурикулярная блокада с периодами Венкебаха

В) АВ блокада типа Мобитц-I

Г) синоаурикулярная блокада без периодов Венкебаха

24. ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ПАРОКСИЗМАЛЬНЫХ НАДЖЕЛУДОЧКОВЫХ ТАХИКАРДИЙ ПРИ СИНДРОМЕ ВОЛЬФА–ПАРКИНСОНА–УАЙТА НАИЛУЧШИМ СРЕДСТВОМ СЧИТАЕТСЯ

А) амиодарон

Б) новокаинамид

В) соталол

Г) анаприлин

Ключ к тестам:

№ вопроса	Ответ
1	А
2	А
3	А
4	А
5	А
6	А
7	А
8	А
9	А
10	А
11	А
12	А
13	А
14	А
15	А
16	А
17	А
18	А
19	А
20	А
21	А
22	А
23	А
24	А

Вопросы для обсуждения:

1. Определение и классификация нарушений проведения импульса по сердцу.
2. ЭКГ-критерии и терапевтическая тактика при выявлении атриовентрикулярной блокады.
3. Классификация атриовентрикулярных блокад.
4. ЭКГ-критерии и терапевтическая тактика при выявлении атриовентрикулярной блокады.
5. Патогенез приступов Морганьи-Адамса-Стокса, клиническая картина, неотложная помощь и дальнейшая терапевтическая тактика.

6. ЭКГ-критерии и терапевтическая тактика при выявлении нарушений проведения импульса в системе пучка Гиса.
7. Патогенез и ЭКГ-критерии синдрома Вольфа-Паркинсона-Уайта (WPW-синдрома).
8. Прогноз при синдроме Вольфа-Паркинсона-Уайта (WPW-синдроме).
9. Лечение синдрома Вольфа-Паркинсона-Уайта (WPW-синдрома).

- IV. Клиническая работа:** курация больных - 1 ч. 30 мин.,
- V. Разбор клинических случаев, решение ситуационных задач** (при невозможности разобрать клинический случай) – 30 мин.

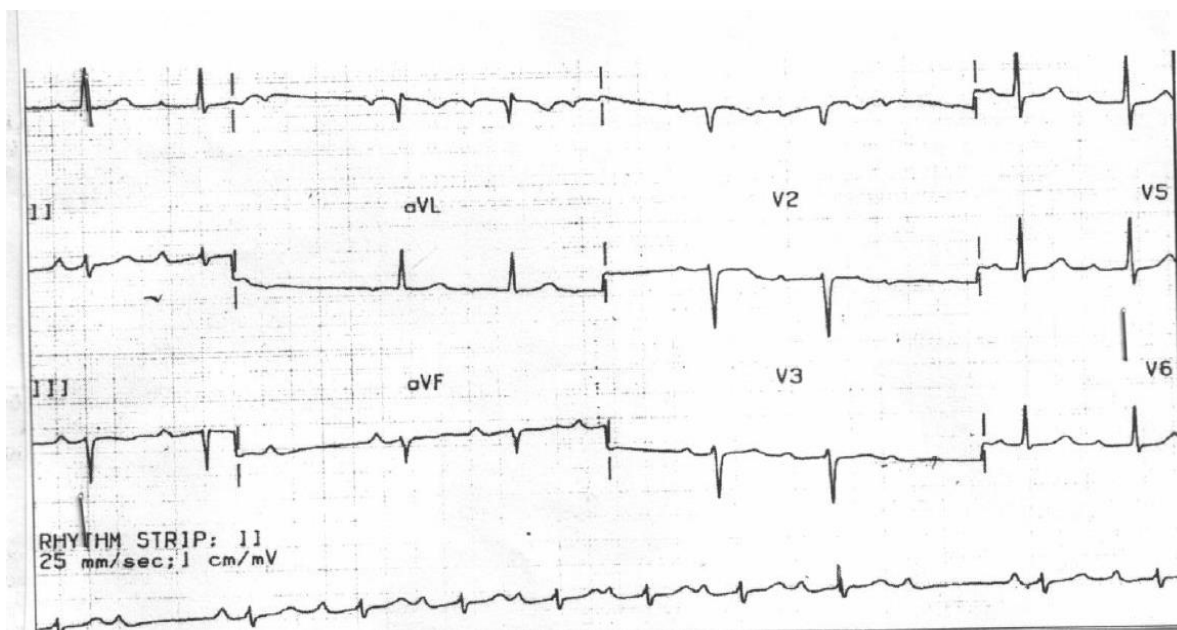
Кейс – задачи:

Задача №1.

Больной 65 лет, пенсионер, поступил в клинику с жалобами на редкий пульс, перебои в работе сердца, ощущение его замирания и остановки, чувство нехватки воздуха при подъеме на 1 лестничный пролет, давящие боли за грудиной при обычной физической нагрузке, купирующиеся приемом Нитроглицерина через 1-2 мин; кратковременные эпизоды потери сознания.

Из анамнеза: четыре года назад перенес инфаркт миокарда. Через год стали появляться ангинозные боли при обычной физической нагрузке. Неделю назад ощутил перебои в работе сердца, инспираторную одышку, отметил кратковременные эпизоды потери сознания, что и явилось причиной госпитализации. Объективно: состояние средней степени тяжести, акроцианоз, отеков нет. В нижних отделах легких небольшое количество незвучных мелкопузырчатых хрипов. Тоны сердца глухие, аритмичные, ЧСС - 42 ударов в минуту, Ps - 42 в мин. АД - 110/65 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень на 2 см ниже реберной дуги, край ее ровный, закругленный, слегка болезненный при пальпации.

Записана ЭКГ



1. Выделите синдромы, определите ведущий.
2. Интерпретируйте _____ представленную электрокардиограмму.
3. Сформулируйте диагноз.
4. Составьте план дополнительных обследований.
5. Назначьте лечение.

Задача №2.

Пациент 54 лет, в течение 2-х последних лет страдает гипертонической болезнью. 2 дня назад госпитализирован по поводу Q-инфаркта миокарда (длительность болевого синдрома на момент госпитализации 2 часа). В течение первых суток госпитализации у пациента развилась полная атриовентрикулярная блокада с потерей сознания.

1. Назовите ЭКГ-критерии полной атриовентрикулярной блокады.
2. Прогноз в отношении данного случая атриовентрикулярной блокады?
3. Врачебная тактика в отношении атриовентрикулярной блокады у данного пациента?
4. Как (по авторам) называется эпизод потери сознания в данном клиническом случае?

VI. Заключительная часть (подведение итогов) - 5 мин.

VII. Рекомендуемая литература:

Основная учебная литература:

	Название учебной и учебно-методической литературы, автор, издательство	Год издания
1.	<p>Госпитальная терапия: в 5 ч.: учебное пособие для студентов, обучающихся по специальности 31.05.01. Лечебное дело. / С.П. Филоненко, Е.В. Лыгина, Л.А. Зотова, под. ред. проф. С.С. Якушина; ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России. – Рязань: ОТСиОП, 2018. – Ч. 1: Ревматология – 140 с. / Н.Н. Никулина, Е.В. Филиппов, И.В. Буданова, под. ред. проф. С.С. Якушина; ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России. – Рязань: ОТСиОП, 2018. – Ч.2: Пульмонология. – 212 с. / В.С. Петров, Н.В. Добрынина, И.В. Буданова [и др.], под.ред. проф. С.С. Якушина; ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России. – Рязань: ОТСиОП, 2018. – Ч.3: Гастроэнтерология. – 132 с. / В.С. Петров, Н.В. Добрынина, Л.А. Зотова, под. ред. проф. С.С. Якушина; ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России. – Рязань: ОТСиОП, 2018. – Ч.4: Нефрология. – 112 с. / С.П. Филоненко [и др.]; под. ред. проф. С.С. Якушина; ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России. – Рязань: ОТСиОП, 2018. – Ч. 5.1: Кардиология. – 196 с. / Н.Н. Никулина, Е.В. Филиппов, Е.А. Смирнова [и др.]; под. ред. проф. С.С. Якушина; ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России. – Рязань: ОТСиОП, 2018. – Ч. 5.2.: Кардиология. – 196 с.</p>	2018
2.	<p>Маколкин, В.И. Внутренние болезни : учебник / В.И. Маколкин, С.И. Овчаренко, В.А. Сулимов. – 6-е изд., перераб. и доп. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2-17. – 768 с. – ISBN 978-5-9704-4157-2. – Текст: электронный // ЭБС "Консультант студента": [сайт]. – URL: https://www.studentlibrary.ru/b</p>	2017
3.	<p>Внутренние болезни: учеб. для студентов учреждений высш. проф. образования: в 2 т. / под ред. В.С. Моисеева [и др.]. – 3-е изд., перераб. и доп. – М.: ГЭОТАР-Медиа</p>	2018

Дополнительная литература:

	Название учебной и учебно-методической литературы, автор, издательство	Год издания
1.	Ивашкин, В.Т. Гастроэнтерология. Национальное руководство / под ред. В.Т. Ивашкина, Т.Л. Лапиной. – М.: ГЭОТАР-Медиа. – 464 с. – ISBN 978-5-9704-4406-1. - Текст: электронный // ЭБС "Консультант студента": [сайт]. – URL: https://www.studentlibrary.ru/book/I	2018
2.	Усанова, А. А. Ревматология : учебное пособие / А. А. Усанова [и др.] ; под ред. А. А. Усановой. - Москва: ГЭОТАР-Медиа,. - 408 с. - 408 с. - ISBN 978-5-9704-5303-2. - Текст: электронный // ЭБС "Консультант студента": [сайт]. - URL: https://www.studentlibrary.ru/book	2019
3.	Чучалин, А.Г. Пульмонология / под ред. А.Г. Чучалина. – М.: ГЭОТАР-Медиа. – 768 с. – ISBN 978-5-9704-5323-0. – Текст: электронный // ЭБС "Консультант студента": [сайт]. – URL: https://www.studentlibrary.ru/book/	2020
4.	Филоненко, С.П. Боли в суставах: дифференциальная диагностика / С.П. Филоненко, С.С. Якушин. – М.: ГЭОТАР-Медиа. – URL: http://www.studmedlib.ru/book	2014
5.	Окороков В.Г. Диагностика и лечение желудочковых нарушений ритма сердца: моногр. / В.Г. Окороков, С.В. Селезнев; ГБОУ ВПО РязГМУ. – Рязань: РИО РязГМУ. – 172 с. – Библиогр.: С. 172. – 92-88.	2013
6.	Основы ревматологии: учебное пособие для студентов обуч. по спец. «Лечебное дело» / С.С. Якушин [и др.]; ГБОУ ВПО РязГМУ. – Рязань: РИО РязГМУ. – 130 с.	2015

Перечень ресурсов информационно-телекоммуникационной сети «Интернет», необходимых для освоения дисциплины

1. ЭБС «Консультант студента ВПО и СПО», доступ предоставлен зарегистрированному пользователю университета с любого домашнего компьютера. Доступ предоставлен по ссылке www.studmedlib.ru и www.medcollegelib.ru соответственно.
2. Собственная электронная библиотека университета, в которой имеются полные тексты методических указаний преподавателей с июня 2012 года, осуществляется по ссылке <http://lib.local> и предоставляется авторизованному пользователю с компьютеров локальной сети университета
3. Клинические рекомендации МЗ РФ. Доступ к рубриктору по ссылке: <https://cr.minzdrav.gov.ru/>

Справочные правовые системы

СПС «Консультант-плюс» - <http://www.consultant.ru/>

СПС «Гарант» - <http://www.garant.ru/>

СПС «Кодекс» - <http://www.kodeks.ru/>

Базы данных и информационно-справочные системы

1. ЭБС «Консультант студента ВПО и СПО», доступ предоставлен зарегистрированному пользователю университета с любого домашнего компьютера. Доступ предоставлен по ссылке www.studmedlib.ru и www.medcollegelib.ru соответственно.
2. Библиографическая и реферативная база данных Scopus. Ссылка на ресурс: www.scopus.com.
3. Национальная электронная библиотека («НЭБ»). Ссылка на ресурс <http://нэб.рф/>.
4. Коллекция книг ЭБС "Юрайт". Доступ предоставлен по ссылке «Юрайт» biblio-online.ru
5. Polpred.com. Обзор СМИ. Доступ на Polpred.com открыт со всех компьютеров библиотеки и внутренней сети. Для работы используйте ссылку <http://polpred.com>. После регистрации с компьютеров университета можно просматривать документы из дома.

6. Собственная электронная библиотека университета, в которой имеются полные тексты методических указаний преподавателей с июня 2012 года, осуществляется по ссылке <http://lib.local> и предоставляется авторизованному пользователю с компьютеров локальной сети университета.

Тема занятия: НАРУШЕНИЯ РИТМА СЕРДЦА, ОБУСЛОВЛЕННЫЕ НАРУШЕНИЕМ ОБРАЗОВАНИЯ ИМПУЛЬСА: КЛАССИФИКАЦИЯ, ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА. ЭКСТРАСИСТОЛИИ И ПАРОКСИЗМАЛЬНЫЕ ТАХИКАРДИИ: ДИАГНОСТИКА, ЛЕЧЕНИЕ. ПОКАЗАНИЯ И ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ К ДЕФИБРИЛЛЯЦИИ. СИНДРОМ СЛАБОСТИ СИНУСОВОГО УЗЛА: ДИАГНОСТИКА, ЛЕЧЕНИЕ. (Селезнёв С.В.)

Цель занятия: изучить классификацию, дифференциальную диагностику нарушений ритма сердца, обусловленных нарушением образования импульса.

Форма проведения: клиническое практическое занятие.

Время проведения занятия (количество академических часов): 5

Методическое оснащение: методические разработки для студентов, тесты, истории болезни, кейс-задачи.

Материально-техническое оснащение: столы, стулья, мультимедийная техника, ЭКГ.

Организационно-методические указания для преподавателей

В результате изучения темы студент должен овладеть следующими компетенциями:

ОПК 4: Способен применять медицинские изделия, предусмотренные порядком оказания медицинской помощи, а также проводить обследования пациента с целью установления диагноза.

ОПК 7: Способен назначать лечение и осуществлять контроль его эффективности и безопасности.

ПК 2: Способен проводить обследование пациента с целью установления диагноза.

ПК 3: Способен к ведению медицинской документации.

ПК 4: Способен организовать деятельность находящегося в распоряжении среднего медицинского персонала.

Расчет учебного времени

- I. Вводная часть - 25 мин.
- II. Клиническая конференция – 30 мин.
- III. Обсуждение материала: контроль теоретической подготовки студентов - 45 мин.

Программированный контроль:

1. ЖЕЛУДОЧКОВУЮ ТАХИКАРДИЮ ТИПА «ПИРУЭТ» СПОСОБЕН СПРОВОЦИРОВАТЬ

- A. верапамил
- B. соталол
- B. атенолол
- Г. дилтиазем

2. К АНТИАРИТМИЧЕСКИМ МЕМБРАНО-СТАБИЛИЗИРУЮЩИМ ПРЕПАРАТАМ IA КЛАССА (С УМЕРЕННОЙ БЛОКАДОЙ НАТРИЕВЫХ КАНАЛОВ) ОТНОСЯТ

- A. хинидин, новокаинамид, дизопирамид
- B. аллапинин, пропафенон, этацизин
- B. метопролол, бетаксоллол, бисопролол
- Г. амиодарон, соталол, дронедазон

3. К АНТИАРИТМИЧЕСКИМ МЕМБРАНО-СТАБИЛИЗИРУЮЩИМ ПРЕПАРАТАМ IC КЛАССА (С ВЫРАЖЕННОЙ БЛОКАДОЙ НАТРИЕВЫХ КАНАЛОВ) ОТНОСЯТ

- A. хинидин, новокаинамид, дизопирамид
- B. метопролол, бетаксоллол, бисопролол
- B. аллапинин, пропафенон, этацизин
- Г. амиодарон, соталол, дронедазон

4. К АНТИАРИТМИЧЕСКИМ ПРЕПАРАТАМ II КЛАССА (БЕТА- АДРЕНОБЛОКАТОРЫ) ОТНОСЯТ:

- A. аллапинин, пропафенон, этацизин
- B. хинидин, новокаинамид, дизопирамид
- B. метопролол, бетаксоллол, бисопролол
- Г. амиодарон, соталол, дронедазон

5. К АНТИАРИТМИЧЕСКИМ ПРЕПАРАТАМ III КЛАССА (УВЕЛИЧИВАЮТ ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ ПОТЕНЦИАЛА ДЕЙСТВИЯ) ОТНОСЯТ

- А. амиодарон, соталол, дронедарон
- Б. метопролол, бетаксалол, бисопролол
- В. аллапинин, пропафенон, этацизин
- Г. хинидин, новокаинамид, дизопирамид

6. ПРИ ВНУТРИВЕННОМ ВВЕДЕНИИ ВЕРАПАМИЛА МОЖЕТ РАЗВИТЬСЯ АСИСТОЛИЯ НА ФОНЕ ПРИЕМА ПАЦИЕНТОМ

- А. пропранолола
- Б. спиронолактона
- В. фенобарбитала
- Г. фебуксостата

7. К АНТИАРИТМИЧЕСКИМ ПРЕПАРАТАМ III КЛАССА ОТНОСИТСЯ

- А. хинидин
- Б. амиодарон
- В. лидокаин
- Г. пропафенон

8. ПРИМЕНЕНИЕ ВАГУСНЫХ ПРОБ МОЖЕТ ПРЕРВАТЬ ПРИСТУП

- А. фибрилляции желудочков
- Б. фибрилляции предсердий
- В. АВ-узловой пароксизмальной тахикардии
- Г. желудочковой пароксизмальной тахикардии

9. ПРЕПАРАТОМ ВЫБОРА ПРИ ЖЕЛУДОЧКОВОЙ ТАХИКАРДИИ ЯВЛЯЕТСЯ

- А. дигоксин
- Б. лидокаин
- В. дизопирамид
- Г. этацизин

10. АНТИАРИТМИЧЕСКИМ ПРЕПАРАТОМ С НАИМЕНЕЕ БЕЗОПАСНЫМ ДЕЙСТВИЕМ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ТАХИАРИТМИЙ, ВЫЗВАННЫХ ДИГИТАЛИСНОЙ ИНТОКСИКАЦИЕЙ, ЯВЛЯЕТСЯ

- А. прокаинамид
- Б. лидокаин
- В. пропранолол
- Г. верапамил

11. КАКОЙ АНТИАРИТМИЧЕСКИЙ ПРЕПАРАТ НЕ РЕКОМЕНДУЕТСЯ НАЗНАЧАТЬ БОЛЬНЫМ, ПЕРЕНЕСШИМ ИНФАРКТ МИОКАРДА

- А. метопролол
- Б. кордарон
- В. этмозин
- Г. соталол

12. КАКОЙ ИЗ АНТИАРИТМИЧЕСКИХ ЛЕКАРСТВЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ ИМЕЕТ МАКСИМАЛЬНЫЙ ПЕРИОД ПОЛУВЫВЕДЕНИЯ

- А. кордарон
- Б. бисопролол
- В. соталол
- Г. верапамил

13. ПРИ ПАРОКСИЗМАЛЬНОЙ ТАХИКАРДИИ РИТМ СЕРДЦА

- А. неправильный
- Б. с ритмичным выпадением сокращений желудочков
- В. редкий ритмичный
- Г. правильный

14. ВАГУСНЫЕ ПРОБЫ ИСПОЛЬЗУЮТСЯ ДЛЯ КУПИРОВАНИЯ

- А. фибрилляции предсердий
- Б. пароксизмальной желудочковой тахикардии
- В. частой желудочковой экстрасистолии
- Г. пароксизмальной суправентрикулярной тахикардии

15. ПРЕПАРАТОМ ВЫБОРА ДЛЯ КУПИРОВАНИЯ НАДЖЕЛУДОЧКОВОЙ ПАРОКСИЗМАЛЬНОЙ ТАХИКАРДИИ ЯВЛЯЕТСЯ

- А. амиодарон
- Б. верапамил
- В. лидокаин
- Г. дилтиазем

16. ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ПАРОКСИЗМАЛЬНЫХ НАДЖЕЛУДОЧКОВЫХ ТАХИКАРДИЙ ПРИ СИНДРОМЕ ВОЛЬФА–ПАРКИНСОНА–ВАЙТА НАИЛУЧШИМ СРЕДСТВОМ СЧИТАЕТСЯ

- А. амиодарон

- Б. новокаиномид
- В. пропифенон
- Г. анаприлин

17. ДЛЯ КУПИРОВАНИЯ ПАРОКСИЗМАЛЬНОЙ ЖЕЛУДОЧКОВОЙ ТАХИКАРДИИ ПОКАЗАН

- А. кордарон
- Б. нифедипин
- В. дигоксин
- Г. амлодипин

18. ДЛЯ КУПИРОВАНИЯ ПАРОКСИЗМАЛЬНОЙ НАДЖЕЛУДОЧКОВОЙ ТАХИКАРДИИ ПОКАЗАН

- А. лидокаин
- Б. периндоприл
- В. верапамил
- Г. нифедипин

19. ПРИ ПРИСТУПЕ ПАРОКСИЗМАЛЬНОЙ ЖЕЛУДОЧКОВОЙ ТАХИКАРДИИ НЕЛЬЗЯ ПРИМЕНЯТЬ

- А. строфантин
- Б. лидокаин
- В. новокаиномид
- Г. кордарон

20. ЭКГ-ПРИЗНАКОМ ДИСФУНКЦИИ СИНУСОВОГО УЗЛА ЯВЛЯЕТСЯ

- А. выраженная синусовая брадикардия
- Б. фибрилляция предсердий
- В. предсердная экстрасистолия
- Г. атриовентрикулярная блокада 1 степени

21. ПРЕДПОЧТИТЕЛЬНЫ ПРИ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНОГО ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СО СЛАБОСТЬЮ СИНУСОВОГО УЗЛА ИЛИ БРАДИСИСТОЛИЧЕСКОЙ ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ

- А. недигидропиридиновые антагонисты кальция
- Б. дигидропиридиновые антагонисты кальция
- В. бета-адреноблокаторы
- Г. сартаны

22. ОСНОВНОЙ ПРИЗНАК СЛАБОСТИ СИНУСОВОГО УЗЛА

- А. полная блокада левой ножки пучка Гиса

- Б. пароксизмальная мерцательная аритмия
- В. частая экстрасистолия
- Г. выраженная синусовая брадикардия

Ключ к тестам

№ вопроса	Ответ
1	Б
2	А
3	В
4	В
5	А
6	А
7	Б
8	В
9	Б
10	Б
11	В
12	А
13	Г
14	Г
15	Б
16	А
17	А
18	В
19	А
20	А
21	Б
22	Г

Вопросы для обсуждения:

1. Что такое аритмия сердца? Опишите классификацию аритмий сердца.
2. Назовите наиболее часто встречающиеся аритмии.
3. Причины синусовой тахикардии, синусовой брадикардии, синусовой аритмии.
4. ЭКГ признаки синдрома слабости синусового узла.
5. Тактика врача при синдроме слабости синусового узла.

6. ЭКГ признаки желудочковой и наджелудочковой экстрасистолии. Тактика врача при выявлении экстрасистолии.
7. Классификация тахикардий.
8. Наджелудочковые тахикардия и тактика врача при данном нарушении ритма.
9. Тахикардии с широкими комплексами QRS и их дифференциальная диагностика.
10. Тактика врача при тахикардии с широким комплексом QRS.
11. Опишите наиболее часто применяемые антиаритмические лекарственные препараты и их механизм действия.
12. Методы электроимпульсной терапии.
13. Подготовка пациента к электроимпульсной терапии.
14. Показания к электроимпульсной терапии.

IV. Клиническая работа: курация больных - 1 ч. 30 мин.

V. Разбор клинических случаев, решение ситуационных задач (при невозможности разобрать клинический случай) - 30 мин.

Кейс – задачи:

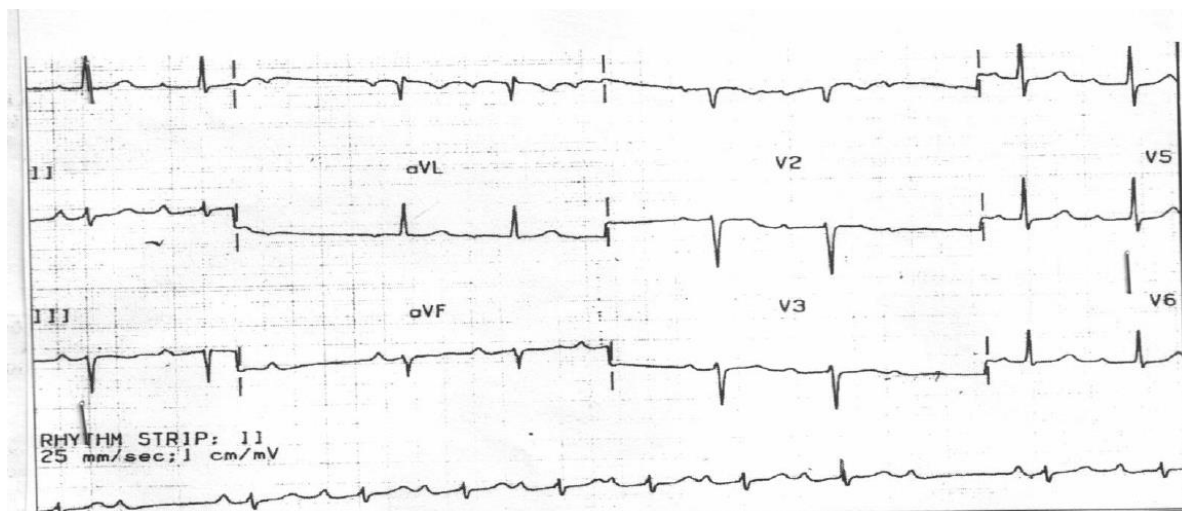
Задача №1.

Больной 65 лет, пенсионер, поступил в клинику с жалобами на редкий пульс, перебои в работе сердца, ощущение его замирания и остановки, чувство нехватки воздуха при подъеме на 1 лестничный пролет, давящие боли за грудиной при обычной физической нагрузке, купирующиеся приемом Нитроглицерина через 1-2 мин; кратковременные эпизоды потери сознания.

Из анамнеза: четыре года назад перенес инфаркт миокарда. Через год стали появляться ангинозные боли при обычной физической нагрузке. Неделю назад ощутил перебои в работе сердца, инспираторную одышку, отметил кратковременные эпизоды потери сознания, что и явилось причиной госпитализации. Объективно: состояние средней степени тяжести, акроцианоз, отеков нет. В нижних отделах легких небольшое количество незвучных мелкопузырчатых хрипов. Тоны сердца глухие, аритмичные, ЧСС - 42 ударов в минуту, Ps -

42 в мин. АД - 110/65 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень на 2 см ниже реберной дуги, край ее ровный, закругленный, слегка болезненный при пальпации.

Записана ЭКГ



Вопросы:

1. Выделите синдромы, определите ведущий.
2. Интерпретируйте представленную электрокардиограмму.
3. Сформулируйте диагноз.
4. Составьте план дополнительных обследований.
5. Назначьте лечение.

Задача №2.

Пациент 54 лет, в течение 2-х последних лет страдает гипертонической болезнью. 2 дня назад госпитализирован по поводу Q-инфаркта миокарда (длительность болевого синдрома на момент госпитализации 2 часа). В течение первых суток госпитализации у пациента развилась полная атриовентрикулярная блокада с потерей сознания.

Вопросы:

1. Назовите ЭКГ-критерии полной атриовентрикулярной блокады.
2. Прогноз в отношении данного случая атриовентрикулярной блокады?
3. Врачебная тактика в отношении атриовентрикулярной блокады у данного пациента?
4. Как (по авторам) называется эпизод потери сознания в данном клиническом случае?

VI. Заключительная часть (подведение итогов) - 5 мин.

VII. Рекомендуемая литература:

Основная учебная литература:

	Название учебной и учебно-методической литературы, автор, издательство	Год издания
1.	Госпитальная терапия: в 5 ч.: учебное пособие для студентов, обучающихся по специальности 31.05.01. Лечебное дело. / С.П. Филоненко, Е.В. Лыгина, Л.А. Зотова, под. ред. проф. С.С. Якушина; ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России. – Рязань: ОТСиОП, 2018. – Ч. 1: Ревматология – 140 с. / Н.Н. Никулина, Е.В. Филиппов, И.В. Буданова, под. ред. проф. С.С. Якушина; ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России. – Рязань: ОТСиОП, 2018. – Ч.2: Пульмонология. – 212 с. / В.С. Петров, Н.В. Добрынина, И.В. Буданова [и др.], под.ред. проф. С.С. Якушина; ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России. – Рязань: ОТСиОП, 2018. – Ч.3: Гастроэнтерология. – 132 с. / В.С. Петров, Н.В. Добрынина, Л.А. Зотова, под. ред. проф. С.С. Якушина; ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России. – Рязань: ОТСиОП, 2018. – Ч.4: Нефрология. – 112 с. / С.П. Филоненко [и др.]; под. ред. проф. С.С. Якушина; ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России. – Рязань: ОТСиОП, 2018. – Ч. 5.1: Кардиология. – 196 с. / Н.Н. Никулина, Е.В. Филиппов, Е.А. Смирнова [и др.]; под. ред. проф. С.С. Якушина; ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России. – Рязань: ОТСиОП, 2018. – Ч. 5.2.: Кардиология. – 196 с.	2018
2.	Маколкин, В.И. Внутренние болезни : учебник / В.И. Маколкин, С.И. Овчаренко, В.А. Сулимов. – 6-е изд., перераб. и доп. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2-17. – 768 с. – ISBN 978-5-9704-4157-2. – Текст: электронный // ЭБС "Консультант студента": [сайт]. – URL: https://www.studentlibrary.ru/b	2017
3.	Внутренние болезни: учеб. для студентов учреждений высш. проф. образования: в 2 т. / под ред. В.С. Моисеева [и др.]. – 3-е изд., перераб. и доп. – М.: ГЭОТАР-Медиа	2018

Дополнительная литература:

	Название учебной и учебно-методической литературы, автор, издательство	Год издания
1.	Ивашкин, В.Т. Гастроэнтерология. Национальное руководство / под ред. В.Т. Ивашкина, Т.Л. Лапиной. – М.: ГЭОТАР-Медиа. – 464 с. – ISBN 978-5-9704-4406-1. - Текст: электронный // ЭБС "Консультант студента": [сайт]. – URL: https://www.studentlibrary.ru/book/I	2018
2.	Усанова, А. А. Ревматология : учебное пособие / А. А. Усанова [и др.] ; под ред. А. А. Усановой. - Москва: ГЭОТАР-Медиа,. - 408 с. - 408 с. - ISBN 978-5-9704-5303-2. - Текст: электронный // ЭБС "Консультант студента": [сайт]. - URL: https://www.studentlibrary.ru/book	2019
3.	Чучалин, А.Г. Пульмонология / под ред. А.Г. Чучалина. – М.: ГЭОТАР-Медиа. – 768 с. – ISBN 978-5-9704-5323-0. – Текст: электронный // ЭБС "Консультант студента": [сайт]. – URL: https://www.studentlibrary.ru/book/	2020
4.	Филоненко, С.П. Боли в суставах: дифференциальная диагностика / С.П. Филоненко, С.С. Якушин. – М.: ГЭОТАР-Медиа. – URL: http://www.studmedlib.ru/book	2014
5.	Окороков В.Г. Диагностика и лечение желудочковых нарушений ритма сердца: моногр. / В.Г. Окороков, С.В. Селезнев; ГБОУ ВПО РязГМУ. – Рязань: РИО РязГМУ. – 172 с. – Библиогр.: С. 172. – 92-88.	2013
6.	Основы ревматологии: учебное пособие для студентов обуч. по спец. «Лечебное дело» / С.С. Якушин [и др.]; ГБОУ ВПО РязГМУ. – Рязань: РИО РязГМУ. – 130 с.	2015

Перечень ресурсов информационно-телекоммуникационной сети «Интернет», необходимых для освоения дисциплины

1. ЭБС «Консультант студента ВПО и СПО», доступ предоставлен зарегистрированному пользователю университета с любого домашнего компьютера. Доступ предоставлен по ссылке www.studmedlib.ru и www.medcollegelib.ru соответственно.
2. Собственная электронная библиотека университета, в которой имеются полные тексты методических указаний преподавателей с июня 2012 года, осуществляется по ссылке <http://lib.local> и предоставляется авторизованному пользователю с компьютеров локальной сети университета
3. Клинические рекомендации МЗ РФ. Доступ к рубриктору по ссылке: <https://cr.minzdrav.gov.ru/>

Справочные правовые системы

СПС «Консультант-плюс» - <http://www.consultant.ru/>

СПС «Гарант» - <http://www.garant.ru/>

СПС «Кодекс» - <http://www.kodeks.ru/>

Базы данных и информационно-справочные системы

1. ЭБС «Консультант студента ВПО и СПО», доступ предоставлен зарегистрированному пользователю университета с любого домашнего компьютера. Доступ предоставлен по ссылке www.studmedlib.ru и www.medcollegelib.ru соответственно.
2. Библиографическая и реферативная база данных Scopus. Ссылка на ресурс: www.scopus.com.
3. Национальная электронная библиотека («НЭБ»). Ссылка на ресурс <http://нэб.рф/>.
4. Коллекция книг ЭБС "Юрайт". Доступ предоставлен по ссылке «Юрайт» biblio-online.ru
5. Polpred.com. Обзор СМИ. Доступ на Polpred.com открыт со всех компьютеров библиотеки и внутренней сети. Для работы используйте ссылку <http://polpred.com>. После регистрации с компьютеров университета можно просматривать документы из дома.

6. Собственная электронная библиотека университета, в которой имеются полные тексты методических указаний преподавателей с июня 2012 года, осуществляется по ссылке <http://lib.local> и предоставляется авторизованному пользователю с компьютеров локальной сети университета.

Тема занятия: ПЕРИКАРДИТЫ. ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА, КЛИНИКА, ОСОБЕННОСТИ ЛЕЧЕНИЯ. ОПУХОЛИ СЕРДЦА. (Буданова И.В.)

Цель занятия: изучить клинику, симптоматику, вопросы диагностики (дифференциальной диагностики), принципы лечения перикардитов, опухолей сердца.

Форма проведения: клиническое практическое занятие.

Время проведения занятия (количество академических часов): 5

Методическое оснащение: методические разработки для студентов, тесты, истории болезни, кейс-задачи.

Материально-техническое оснащение: столы, стулья, мультимедийная техника, фантомы.

**Организационно-методические указания
для преподавателей**

В результате изучения темы студент должен овладеть следующими компетенциями:

ОПК 4: Способен применять медицинские изделия, предусмотренные порядком оказания медицинской помощи, а также проводить обследования пациента с целью установления диагноза.

ОПК 7: Способен назначать лечение и осуществлять контроль его эффективности и безопасности.

ПК 2: Способен проводить обследование пациента с целью установления диагноза.

ПК 3: Способен к ведению медицинской документации.

ПК 4: Способен организовать деятельность находящегося в распоряжении среднего медицинского персонала.

Расчет учебного времени

- I. Вводная часть - 25 мин.**
- II. Клиническая конференция – 30 мин.**
- III. Обсуждение материала: контроль теоретической подготовки студентов - 45 мин.**

Программированный контроль:

1. ПОДЪЕМ СЕГМЕНТА ST НА ЭКГ, ЗАРЕГИСТРИРОВАННОЙ В СОСТОЯНИИ ПОКОЯ, У БОЛЬНЫХ БЕЗ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА МОЖЕТ НАБЛЮДАТЬСЯ ПРИ:

- А. острых перикардитах
- Б. нарушении внутрижелудочкового проведения
- В. тромбоэмболии легочной артерии
- Г. гипертонической болезни

2. ДЛЯ ОСТРОГО ФИБРИНОЗНОГО ПЕРИКАРДИТА НЕ ХАРАКТЕРНО:

- А. боль за грудиной
- Б. брадикардия боль за грудиной
- В. шум трения перикарда
- Г. дисфагия, усиление боли за грудиной при глотании

3. ПРИЧИНОЙ ПАРАДОКСАЛЬНОГО ПУЛЬСА ПРИ ПЕРИКАРДИТЕ ЯВЛЯЕТСЯ:

- А. резкое снижение сердечного выброса на вдохе
- Б. повышение сердечного выброса на выдохе
- В. нарушения ритма
- Г. все перечисленное

4. ЦЕНТРАЛЬНОЕ ВЕНОЗНОЕ ДАВЛЕНИЕ ПРИ НАКОПЛЕНИИ В ПЕРИКАРДЕ ЖИДКОСТИ:

- А. повышается
- Б. снижается
- В. не изменяется
- Г. изменения не закономерны

5. ШУМ ТРЕНИЯ ПЕРИКАРДА ЧАЩЕ МОЖНО ВЫСЛУШАТЬ:

- А. в межлопаточном пространстве
- Б. над всей зоной абсолютной тупости сердца
- В. на небольшом участке в IV межреберье слева
- Г. все ответы правильные

6. НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫМ ПРИ ЭКССУДАТИВНОМ ПЕРИКАРДИТЕ СЛЕДУЕТ СЧИТАТЬ МЕТОД:

- А. аускультации
- Б. рентгенографии

В. электрокардиографии

Г. эхокардиографии

7. НА ЭКГ ПРИ СУХОМ ПЕРИКАРДИТЕ МОЖЕТ БЫТЬ ВСЕ, КРОМЕ:

А. распространенный подъем ST без дискордантных изменений во всех стандартных отведениях

Б. патологический зубец Q

В. депрессия PQ

Г. инверсия зубца T во многих отведениях

8. ДЛЯ БОЛЕВОГО СИНДРОМА ПРИ ОСТРОМ ПЕРИКАРДИТЕ НЕ ХАРАКТЕРНЫ:

А. тупой, давящий характер боли

Б. продолжительность боли более 30 минут

В. локализация болей за грудиной

Г. уменьшение боли после приема нитроглицерина

9. ДЛЯ ЭКССУДАТИВНОГО ПЕРИКАРДИТА НЕ ХАРАКТЕРНЫ:

А. вынужденное положение тела "поза глубокого наклона"

Б. застойные явления в большом круге кровообращения

В. брадикардия

Г. бронхиальное дыхание в связи со сдавлением легких

10. ПРИ РЕНТГЕНОГРАФИИ НА ТУБЕРКУЛЕЗНЫЙ ПЕРИКАРДИТ МОГУТ УКАЗАТЬ:

А. сглаженность контуров сердца

Б. увеличение размеров сосудистого пучка

В. значительное расширение границ сердца

Г. очаги обызвествления в перикарде

11. К ЭХОКАРДИОГРАФИЧЕСКИМ ПРИЗНАКАМ ЭКССУДАТИВНОГО ПЕРИКАРДИТА МОЖНО ОТНЕСТИ:

А. утолщение листков перикарда и однонаправленное движение перикарда и стенок желудочков;

Б. расхождение листков перикарда в систолу и диастолу, превышающее физиологический уровень;

В. наличие спаечного процесса в перикарде и участков адгезии;

Г. наличие зон акинезии в миокард.

12. ПРИ ОБСЛЕДОВАНИИ ПАЦИЕНТА С ПЕРИКАРДИТОМ ПРИ ЭХОКГ В ДИАСТОЛУ ВЫЯВЛЕН ВЫПОТ > 10 -20ММ. ДАЙТЕ ЗАКЛЮЧЕНИЕ:

- А. малый
- Б. умеренный
- В. выраженный
- Г. тампонада

13. В ЖИДКОСТИ, ВЗЯТОЙ ИЗ ПОЛОСТИ ПЕРИКАРДА У БОЛЬНЫХ С ТУБЕРКУЛЕЗНЫМ ПЕРИКАРДИТОМ, ПРЕОБЛАДАЮТ:

- А. эозинофилы
- Б. лейкоциты
- В. лимфоциты
- Г. Эритроциты

14. ПУНКЦИЯ ПЕРИКАРДА ПО МЕТОДИКЕ ЛАРРЕЯ ПРОВОДИТСЯ В ТОЧКЕ, КОТОРАЯ РАСПОЛОЖЕНА:

- А. под мечевидным отростком
- Б. между левой реберной дугой и основанием мечевидного отростка
- В. между правой реберной дугой и основанием мечевидного отростка
- Г. в области верхушки сердца

15. БОЛЬНОМУ С ГНОЙНЫМ ПЕРИКАРДИТОМ НЕОБХОДИМО:

- А. провести диагностический перикардиоцентез
- Б. назначить кортикостероиды в высоких дозах
- В. выполнить мрт сердца
- Г. все перечисленное

16. НАЗОВИТЕ ПОКАЗАНИЯ К ПРОВЕДЕНИЮ ПУНКЦИИ ПЕРИКАРДА:

- А. тампонада сердца
- Б. подозрение на гнойный процесс
- В. подозрение на туберкулезный перикардит
- Г. все перечисленное

17. НАЗОВИТЕ НАИБОЛЕЕ ЧАСТУЮ ПРИЧИНУ КОНСТРИКТИВНОГО ПЕРИКАРДИТА:

- А. травма
- Б. коллагеноз
- В. операция на сердце
- Г. туберкулез

18. К ПРЕДИКТОРАМ ПЛОХОГО ПРОГНОЗА У ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМ ПЕРИКАРДИТОМ НЕ ОТНОСИТЬСЯ:

- А. травма
- Б. острое начало
- В. тампонада сердца
- Г. лихорадка более 38°C

19. КОРТИКОСТЕРОИДЫ ПОКАЗАНЫ:

- А. всем пациентам с острым перикардитом
- Б. всем пациентам с рецидивирующим перикардитом
- В. пациентам с острым перикардитом при неэффективности комбинированной терапии НПВС и колхицином
- Г. пациентам с гнойным перикардитом

20. ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ К ПЕРИКАРДИОЦЕНТЕЗУ:

- А. неконтролируемая коагулопатия
- Б. подозрение на расслоение аорты
- В. небольшое количество или признаки осумкованной жидкости в полости перикарда
- Г. все перечисленное верно

21. КРИТЕРИЯМИ ЭКССУДАТА ПРИ АНАЛИЗЕ ПЕРИКАРДИАЛЬНОГО СОДЕРЖИМОГО ЯВЛЯЮТСЯ ВСЕ, КРОМЕ:

- А. относительная плотность более 1015
- Б. уровень белка более 3 г/л
- В. уровень ЛДГ более 200 мг/дл
- Г. уровень глюкозы более 90 мг/дл

22. ЭТИОЛОГИЧЕСКИМИ ФАКТОРАМИ ОСТРОГО ПЕРИКАРДИТА ЯВЛЯЮТСЯ:

- А. бактериальная инфекция
- Б. простейшие
- В. вирусная инфекция
- Г. все перечисленное верно

23. ДЛЯ ЭКССУДАТИВНОГО ПЕРИКАРДИТА ПРИ ОБЗОРНОЙ РЕНТГЕНОГРАФИИ ОРГАНОВ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ ХАРАКТЕРНО:

- А. увеличение тени сердца
- Б. смещение органов средостения влево
- В. усиление легочного рисунка

Г. очаги инфильтрации легочной ткани

24. РЕКОМЕНДУЕМАЯ СУТОЧНАЯ ДОЗА ИБУПРОФЕНА ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО ПЕРИКАРДИТА СОСТАВЛЯЕТ:

А. 1800 мг

Б. 600 мг

В. 200 мг

Г. ибупрофен не рекомендовано использовать при остром перикардите

25. КАКОЙ ИЗ ПРЕПАРАТОВ НЕ ОТНОСИТСЯ К ТЕРАПИИ ПЕРВОЙ ЛИНИИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ОСТРОГО ПЕРИКАРДИТА:

А. аспирин

Б. ибупрофен

В. колхицин

Г. азатиоприн

26. В ЛЕЧЕНИИ ОСТРОГО ПЕРИКАРДИТА РЕКОМЕНДОВАН ПРЕПАРАТ КАК ПЕРВОЙ ЛИНИИ В СОЧЕТАНИИ С АСПИРИНОМ/НПВС ДЛЯ УЛУЧШЕНИЯ ОТВЕТА НА ТЕРАПИЮ, СНИЖЕНИЯ ЧАСТОТЫ РЕЦИДИВОВ И ПОВЫШЕНИЯ ЧАСТОТЫ РЕМИССИЙ:

А. преднизолон

Б. циклофосфан

В. колхицин

Г. азатиоприн.

27. ХАРАКТЕРНЫМ ПРИЗНАКОМ МЕЗОТЕЛИОМЫ ПЕРИКАРДА ЯВЛЯЕТСЯ:

А. постоянное накопление выпота («неиссякающий экссудат»)

Б. депрессия сегмента ST на ЭКГ

В. повышение титра антистрептолизина-О

Г. повышение уровня креатинина

28. СИНДРОМ ДРЕССЛЕРА ВКЛЮЧАЕТ В СЕБЯ ВСЕ, КРОМЕ:

А. перикардит

Б. пневмонит

В. плеврит

Г. бронхит

29. ПРИ СДАВЛИВАЮЩЕМ (КОНСТРИКТИВНОМ) ПЕРИКАРДИТЕ:

А. происходит снижение венозного давления и повышение артериального

Б. отмечается снижение артериального давления и повышение венозного

В. артериальное и венозное давление существенно не меняются

Г. происходит снижение венозного и артериального давления

30. РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИМИ ПРИЗНАКАМИ СДАВЛИВАЮЩЕГО (КОНСТРИКТИВНОГО ПЕРИКАРДИТА) ЯВЛЯЮТСЯ: 1. ОТСУТСТВИЕ УВЕЛИЧЕНИЯ СЕРДЦА И СНИЖЕНИЕ ПУЛЬСАЦИИ СЕРДЕЧНОЙ ТЕНИ; 2. СГЛАЖЕННОСТЬ ИЛИ ОТСУТСТВИЕ ДИФФЕРЕНЦИАЦИИ ДУГ СЕРДЦА; 3. ОБЫЗВЕШТВЛЕНИЕ ПЕРИКАРДА; 4. ОТСУТСТВИЕ СМЕЩЕНИЯ ВЕРХУШЕЧНОГО ТОЛЧКА ПРИ ПЕРЕМЕНЕНЕ ПОЛОЖЕНИЯ ТЕЛА:

А. правильны ответы 1, 2 и 3

Б. правильны ответы 1 и 3

В. правильны ответы 2 и 4

Г. правильны ответы 1, 2, 3 и 4

31. ДЛЯ КОНСТРИКТИВНОГО ПЕРИКАРДИТА ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ЭХОКАРДИОГРАФИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ ХАРАКТЕРНО:

А. уменьшение объемов желудочков, дилатация предсердий;

Б. утолщение листков перикарда и спаечный процесс в перикарде

В. парадоксальное движение межжелудочковой и межпредсердной перегородки

Г. все выше перечисленное

32. К ТИПИЧНЫМ КЛИНИЧЕСКИМ ПРИЗНАКАМ ТАМПОНАДЫ СЕРДЦА ОТНОСИТСЯ ВСЕ, КРОМЕ:

А. подъем системного венозного давления

Б. артериальная гипертензия

В. парадоксальный пульс

Г. диспноэ или тахипноэ

33. ПРИ ЭПИСТЕНОКАРДИЧЕСКОМ ПЕРИКАРДИТЕ У БОЛЬНЫХ ИНФАРКТМ МИОКАРДА ПОКАЗАНЫ:

А. антигистаминные препараты

Б. нестероидные противовоспалительные препараты

В. глюкокортикоиды

Г. антибиотики

34. ДОБРОКАЧЕСТВЕННАЯ ОПУХОЛЬ СЕРДЦА МИКСОМА НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ВСТРЕЧАЕТСЯ В:

А. левом предсердии

Б. правом предсердии

В. левом желудочке

Г. правом желудочке

35. САМЫМ ЧАСТЫМ ТИПОМ ПЕРВИЧНОЙ ОПУХОЛИ СЕРДЦА ЯВЛЯЕТСЯ

А. миксома

Б. саркома

В. рабдомиома

Г. хромафинома

36. НАИБОЛЬШУЮ СКЛОННОСТЬ К МЕТАСТАЗИРОВАНИЮ В СЕРДЦЕ ИМЕЕТ:

А. меланома

Б. карцинома

В. лимфома

Г. саркома

Ключ к тестам:

№ вопроса	Ответ
1	А
2	Б
3	А
4	А
5	В
6	Г
7	Б
8	Г
9	В
10	Г
11	Б
12	Б
13	В
14	Б

15	А
16	Г
17	Г
18	Б
19	В
20	В
21	Б
22	Г
23	А
24	А
25	Г
26	В
27	А
28	Г
29	Б
30	Г
31	Г
32	Б
33	Б
34	А
35	А
36	А

Вопросы для обсуждения:

1. Назовите этиологические факторы острого перикардита.
2. Назовите клинические признаки острого перикардита.
3. Классификация перикардитов.
4. Какие лабораторные методы исследования используются при подозрении на острый перикардит?
5. Какие инструментальные методы исследования используются при подозрении на острый перикардит?
6. Назовите диагностические критерии острого перикардита.
7. Назовите возможные осложнения острого перикардита.
8. Тампонада сердца: клиника, диагностика, лечение.
9. Констриктивный перикардит: особенности клиники, диагностики, лечения.

10. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальную диагностику при остром перикардите?
11. Алгоритм введения пациента с острым перикардитом.
12. Какие группы лекарственных препаратов используются для лечения острого и рецидивирующего перикардита?
13. Назовите противопоказания и побочные эффекты для основных групп препаратов, используемых для лечения перикардита.
14. Опухоли сердца. Виды. Клиника, диагностика. Показания к оперативному лечению.

IV. Клиническая работа: курация больных - 1 ч. 30 мин.,

V. Разбор клинических случаев, решение ситуационных задач (при невозможности разобрать клинический случай) – 30 мин

Кейс – задачи:

Задача №1.

Больной Н., 25 лет, обратился к участковому терапевту с жалобами на боли давящего характера в области сердца, продолжающиеся в течение 2 суток, усиливающиеся при дыхании и лежа в постели на спине, повышение температуры тела до 38 °С, озноб, потливость, слабость.

Около 2 недель назад до появления вышеописанных жалоб после переохлаждения появился кашель, насморк, к врачу не обращался, работал.

Состояние больного средней тяжести. Кожные покровы и видимые слизистые обычной окраски, зев чистый, гиперемии нет, миндалины не увеличены. Периферические лимфоузлы не увеличены. Дыхание через нос свободное. ЧДД 20 в минуту. При перкуссии легких - ясный легочный звук. При аускультации - дыхание везикулярное, хрипов нет.

Область сердца не изменена. Правая граница сердца - у правого края грудины, левая - на 1,5 см кнутри от среднеключичной линии, верхняя - третье межреберье. Тоны сердца ясные, в четвертом межреберье слева по парастернальной

линии прослушивается на ограниченном участке «скребущий» шум, усиливающийся на вдохе и при надавливании стетоскопом. ЧСС 128 в минуту, ритм правильный. АД - 90/60 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Печень не увеличена, селезенка не пальпируется. Отеков нет.

Вопросы:

1. Сформулируйте и обоснуйте предварительный диагноз.
2. Составьте план обследования больного.
3. Какие результаты, подтверждающие диагноз, вы ожидаете получить?
4. Назначьте медикаментозную терапию данному пациенту.
5. Каковы побочные эффекты назначенных препаратов?

Задача №2.

Больной 42 лет жалуется на выраженную слабость, головокружение, одышку при малейшей физической нагрузке. Около 2 недель назад 3 дня находился на больничном листе с диагнозом «острая респираторная вирусная инфекция». 5 дней назад вновь повысилась температура до субфебрильных цифр, потом появились постоянные боли за грудиной средней интенсивности, облегчающиеся в вертикальном положении и после приема анальгина. Последние 2 дня боли не беспокоят, но появилось ощущение тяжести в правом подреберье, пастозность стоп и голеней. Сегодня утром самостоятельно принял 2 таблетки фуросемида, выделил около 1,5 литров мочи. Состояние резко ухудшилось, одышка усилилась, при попытке встать кратковременная потеря сознания. Вызвана бригада скорой медицинской помощи.

При осмотре состояние средней тяжести. В сознании. Лежит низко. Голенит пастозны. В легких везикулярное дыхание, хрипов нет. Частота дыхательных движений - 22 в минуту, шейные вены набухшие. Верхушечный толчок не определяется. Тоны сердца глухие, частота сердечных сокращений - 128 в минуту. Ритм правильный, АД - 110/70 мм рт. ст., при обычных цифрах - 130/80 мм рт. ст. На вдохе величина систолического давления снижается на 15 мм рт. ст. Печень + 4 см из-под края реберной дуги,

чувствительна при пальпации. На ЭКГ синусовая тахикардия. Амплитуда желудочкового комплекса во всех отведениях снижена, зубец Т во всех отведениях сглажен.

Вопросы:

1. Поставьте наиболее вероятный диагноз.
2. Какие методы исследования необходимы в данном случае?
3. Какое лечение следует назначить данному больному?
4. С какими заболеваниями следует провести дифференциальный диагноз?
5. Какие симптомы являются обязательными для данного заболевания?

VI. Заключительная часть (подведение итогов) - 5 мин.

VII. Рекомендуемая литература:

Основная учебная литература:

	Название учебной и учебно-методической литературы, автор, издательство	Год издания
1.	Госпитальная терапия: в 5 ч.: учебное пособие для студентов, обучающихся по специальности 31.05.01. Лечебное дело. / С.П. Филоненко, Е.В. Лыгина, Л.А. Зотова, под. ред. проф. С.С. Якушина; ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России. – Рязань: ОТСиОП, 2018. – Ч. 1: Ревматология – 140 с. / Н.Н. Никулина, Е.В. Филиппов, И.В. Буданова, под. ред. проф. С.С. Якушина; ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России. – Рязань: ОТСиОП, 2018. – Ч.2: Пульмонология. – 212 с. / В.С. Петров, Н.В. Добрынина, И.В. Буданова [и др.], под.ред. проф. С.С. Якушина; ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России. – Рязань: ОТСиОП, 2018. – Ч.3: Гастроэнтерология. – 132 с. / В.С. Петров, Н.В. Добрынина, Л.А. Зотова, под. ред. проф. С.С. Якушина; ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России. – Рязань: ОТСиОП, 2018. – Ч.4: Нефрология. – 112 с. / С.П. Филоненко [и др.]; под. ред. проф. С.С. Якушина; ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России. – Рязань: ОТСиОП, 2018. – Ч.	2018

	5.1: Кардиология. – 196 с. / Н.Н. Никулина, Е.В. Филиппов, Е.А. Смирнова [и др.]; под. ред. проф. С.С. Якушина; ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России. – Рязань: ОТСиОП, 2018. – Ч. 5.2.: Кардиология. – 196 с.	
2.	Маколкин, В.И. Внутренние болезни : учебник / В.И. Маколкин, С.И. Овчаренко, В.А. Сулимов. – 6-е изд., перераб. и доп. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2-17. – 768 с. – ISBN 978-5-9704-4157-2. – Текст: электронный // ЭБС "Консультант студента": [сайт]. – URL: https://www.studentlibrary.ru/b	2017
3.	Внутренние болезни: учеб. для студентов учреждений высш. проф. образования: в 2 т. / под ред. В.С. Моисеева [и др.]. – 3-е изд., перераб. и доп. – М.: ГЭОТАР-Медиа	2018

Дополнительная литература:

	Название учебной и учебно-методической литературы, автор, издательство	Год издания
1.	Ивашкин, В.Т. Гастроэнтерология. Национальное руководство / под ред. В.Т. Ивашкина, Т.Л. Лапиной. – М.: ГЭОТАР-Медиа. – 464 с. – ISBN 978-5-9704-4406-1. - Текст: электронный // ЭБС "Консультант студента": [сайт]. – URL: https://www.studentlibrary.ru/book/I	2018
2.	Усанова, А. А. Ревматология : учебное пособие / А. А. Усанова [и др.] ; под ред. А. А. Усановой. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, - 408 с. - 408 с. - ISBN 978-5-9704-5303-2. - Текст: электронный // ЭБС "Консультант студента": [сайт]. - URL: https://www.studentlibrary.ru/book	2019
3.	Чучалин, А.Г. Пульмонология / под ред. А.Г. Чучалина. – М.: ГЭОТАР-Медиа. – 768 с. – ISBN 978-5-9704-5323-0. – Текст: электронный // ЭБС "Консультант студента": [сайт]. – URL: https://www.studentlibrary.ru/book/	2020
4.	Филоненко, С.П. Боли в суставах: дифференциальная диагностика / С.П.	2014

	Филоненко, С.С. Якушин. – М.: ГЭОТАР-Медиа. – URL: http://www.studmedlib.ru/book	
5.	Окороков В.Г. Диагностика и лечение желудочковых нарушений ритма сердца: моногр. / В.Г. Окороков, С.В. Селезнев; ГБОУ ВПО РязГМУ. – Рязань: РИО РязГМУ. – 172 с. – Библиогр.: С. 172. – 92-88.	2013
6.	Основы ревматологии: учебное пособие для студентов обуч. по спец. «Лечебное дело» / С.С. Якушин [и др.]; ГБОУ ВПО РязГМУ. – Рязань: РИО РязГМУ. – 130 с.	2015

Перечень ресурсов информационно-телекоммуникационной сети «Интернет», необходимых для освоения дисциплины

1. ЭБС «Консультант студента ВПО и СПО», доступ предоставлен зарегистрированному пользователю университета с любого домашнего компьютера. Доступ предоставлен по ссылке и www.medcollegelib.ru соответственно.
2. Собственная электронная библиотека университета, в которой имеются полные тексты методических указаний преподавателей с июня 2012 года, осуществляется по ссылке <http://lib.local> и предоставляется авторизованному пользователю с компьютеров локальной сети университета
3. Клинические рекомендации МЗ РФ. Доступ к рубрике по ссылке: <https://cr.minzdrav.gov.ru/>

Справочные правовые системы

СПС «Консультант-плюс» - <http://www.consultant.ru/>

СПС «Гарант» - <http://www.garant.ru/>

СПС «Кодекс» - <http://www.kodeks.ru/>

Базы данных и информационно-справочные системы

1. ЭБС «Консультант студента ВПО и СПО», доступ предоставлен зарегистрированному пользователю университета с любого домашнего компьютера. Доступ

- предоставлен по ссылке www.studmedlib.ru и www.medcollegelib.ru соответственно.
2. Библиографическая и реферативная база данных Scopus. Ссылка на ресурс: www.scopus.com.
 3. Национальная электронная библиотека («НЭБ»). Ссылка на ресурс <http://нэб.рф/>.
 4. Коллекция книг ЭБС "Юрайт". Доступ предоставлен по ссылке [«Юрайт» biblio-online.ru](http://biblio-online.ru)
 5. Polpred.com. Обзор СМИ. Доступ на Polpred.com открыт со всех компьютеров библиотеки и внутренней сети. Для работы используйте ссылку <http://polpred.com>. После регистрации с компьютеров университета можно просматривать документы из дома.
 6. Собственная электронная библиотека университета, в которой имеются полные тексты методических указаний преподавателей с июня 2012 года, осуществляется по ссылке <http://lib.local> и предоставляется авторизованному пользователю с компьютеров локальной сети университета.

Тема занятия: ЗАБОЛЕВАНИЯ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ У БЕРЕМЕННЫХ. КЛИМАКТЕРИЧЕСКИЙ СИНДРОМ В ПРАКТИКЕ ВРАЧА-ТЕРАПЕВТА. ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ, ИБС. КЛИМАКТЕРИЧЕСКИЙ КАРДИОНЕВРОЗ.
(Селезнёв С.В.)

Цель занятия: изучить особенности течения заболеваний сердечно-сосудистой системы у беременных, клинические проявления климактерического синдрома, климактерического кардионевроза.

Форма проведения: клиническое практическое занятие.

Время проведения занятия (количество академических часов): 5

Методическое оснащение: методические разработки для студентов, тесты, истории болезни, кейс-задачи.

Материально-техническое оснащение: столы, стулья, мультимедийная техника.

Организационно-методические указания для преподавателей

В результате изучения темы студент должен овладеть следующими компетенциями:

ОПК 4: Способен применять медицинские изделия, предусмотренные порядком оказания медицинской помощи, а также проводить обследования пациента с целью установления диагноза

ОПК 7: Способен назначать лечение и осуществлять контроль его эффективности и безопасности

ПК 2: Способен проводить обследование пациента с целью установления диагноза

ПК 3: Способен к ведению медицинской документации

ПК 4: Способен организовать деятельность находящегося в распоряжении среднего медицинского персонала.

Расчет учебного времени

- I. Вводная часть - 25 мин.**
- II. Клиническая конференция – 30 мин.**
- III. Обсуждение материала:**

2) контроль теоретической подготовки студентов - 35 мин

Программированный контроль:

1. ТОЛЬКО В СЛУЧАЕ УГРОЗЫ ЖИЗНИ БЕРЕМЕННОЙ МОЖНО ПРИМЕНЯТЬ АНТИБАКТЕРИАЛЬНЫЙ ПРЕПАРАТ КАТЕГОРИИ D ПО КЛАССИФИКАЦИИ FDA

- А. азитромицин
- Б. амикацин
- В. амоксициллин
- Г. цефтриаксон

2. ИЗ-ЗА ТЕРАТОГЕННОГО ДЕЙСТВИЯ НА ПРОТЯЖЕНИИ ВСЕЙ БЕРЕМЕННОСТИ НЕ РЕКОМЕНДОВАНО НАЗНАЧАТЬ

- А. варфарин
- Б. метилдопу
- В. ранитидин
- Г. фенолфталеин

3. ПРЕПАРАТОМ ПЕРВОГО ВЫБОРА ПРИ АГ ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ ЯВЛЯЕТСЯ

- А. нифедипин
- Б. метилдопа
- В. периндоприл
- Г. небиволол

4. БЕРЕМЕННЫМ ЖЕНЩИНАМ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ ПРОТИВОПОКАЗАНО НАЗНАЧЕНИЕ

- А. допегита
- Б. лабетолола
- В. нифедипина
- Г. капотена

5. ПРЕПАРАТАМИ ВЫБОРА ПРИ ЛЕЧЕНИИ АГ У БЕРЕМЕННЫХ ЯВЛЯЮТСЯ

- А. тиазидные диуретики
- Б. α -агонисты центрального действия
- В. ингибиторы АПФ
- Г. блокаторы рецепторов ангиотензина II

6. В ЛЕЧЕНИИ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ У БЕРЕМЕННЫХ АБСОЛЮТНО ПРОТИВОПОКАЗАНЫ

- А. метилдопа

- Б. блокаторы кальциевых каналов
- В. ингибиторы АПФ
- Г. бета-адреноблокаторы

7. ДЛЯ ОЦЕНКИ СТЕПЕНИ ГИПЕРТРОФИЧЕСКОЙ КАРДИОМИОПАТИИ У БЕРЕМЕННОЙ ЖЕНЩИНЫ НЕОБХОДИМО ПРОВЕДЕНИЕ

- А. ЭКГ с физической нагрузкой
- Б. эхокардиографии
- В. радионуклидного сканирования сердца
- Г. рентгенографии органов грудной клетки

8. КРИТЕРИЕМ ДИАГНОСТИКИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ ЯВЛЯЕТСЯ УРОВЕНЬ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ В _____ММ РТ.СТ.

- А. 140/90
- Б. 130/80
- В. 120/80
- Г. 135/85

9. ЛЕКАРСТВЕННЫМ СРЕДСТВОМ ДЛЯ ПЛАНОВОЙ ТЕРАПИИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У БЕРЕМЕННЫХ ЯВЛЯЕТСЯ

- А. спиронолоктон
- Б. нифедипин
- В. метилдопа
- Г. клонидин

10. ПРИ ЛЕЧЕНИИ АГ У БЕРЕМЕННЫХ ПРОТИВОПОКАЗАНЫ

- А. метилдопа
- Б. иАПФ и сартаны
- В. бета-адреноблокаторы
- Г. антагонисты кальция

11. ЛЕЧЕНИЕ ЭКСТРАГЕНИТАЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН ПРОВОДИТСЯ В

- А. акушерском стационаре
- Б. стационаре по профилю заболевания
- В. перинатальном центре
- Г. гинекологическом отделении многопрофильной больницы

12. БЕРЕМЕННОЙ, СТРАДАЮЩЕЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ, МОЖНО НАЗНАЧИТЬ

- А. эналаприл
- Б. каптоприл
- В. лозартан
- Г. допегит

13. АНТИКОАГУЛЯНТЫ ИЗ КАКОЙ ГРУППЫ МОГУТ ПРИМЕНЯТЬСЯ У БЕРЕМЕННЫХ?

- А. прямые оральные антикоагулянты
- Б. непрямые оральные антикоагулянты
- В. гепарины
- Г. пентасахариды

14. СОСТОЯНИЕ, ИНДУЦИРОВАННОЕ БЕРЕМЕННОСТЬЮ И ПРОЯВЛЯЮЩЕЕСЯ ПОВЫШЕНИЕМ АД > 140/90 ММ РТ.СТ. ВО ВТОРОЙ ЕЕ ПОЛОВИНЕ (С 20 НЕДЕЛИ), НАЗЫВАЕТСЯ

- А. гестационной АГ
- Б. гипертонической болезнью
- В. симптоматической АГ

15. СПЕЦИФИЧНЫЙ ДЛЯ БЕРЕМЕННОСТИ СИНДРОМ, РАЗВИВАЮЩИЙСЯ ПОСЛЕ 20-Й НЕДЕЛИ БЕРЕМЕННОСТИ, ХАРАКТЕРИЗУЮЩИЙСЯ ПОВЫШЕНИЕМ АД И ПРОТЕИНУРИЕЙ > 0,3 Г/СУТ. (ИЛИ > 6 МГ/ДЛ), НАЗЫВАЕТСЯ

- А. эклампсией
- Б. преэклампсией
- Г. гестационной АГ

16. КРИТЕРИЕМ НАЧАЛА АНТИГИПЕРТЕНЗИВНОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ГЕСТАЦИОННОЙ АГ ЯВЛЯЕТСЯ УРОВЕНЬ АД...

- А. $\geq 150/95$
- Б. $\geq 130/80$
- В. $\geq 140/90$

17. ДЛЯ КУПИРОВАНИЯ ГИПЕРТОНического КРИЗА У БЕРЕМЕННЫХ ВОЗМОЖНО ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ПРЕПАРАТОВ, КРОМЕ

- А. нитроглицерин
- Б. нифедипин

В. метилдопа

Г. эналаприлат

18. БЕРЕМЕННОСТЬ ПРОТИВОПОКАЗАНА ПРИ СЛЕДУЮЩИХ СОСТОЯНИЯХ, КРОМЕ

А. Все случаи легочной артериальной гипертензии

Б. Выраженная дисфункция системного желудочка (ФВ менее 30%, ФК СН III-IV)

В. Предшествующая перипартальная кардиомиопатия с резидуальным поражением левого желудочка

Г. Редкие предсердные или желудочковые экстрасистолы

19. КАКОВА ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ ПАЦИЕНТА ПРИ ТРОМБОЗЕ ПРОТЕЗА АОРТАЛЬНОГО КЛАПАНА С ОБТУРАЦИЕЙ АОРТАЛЬНОГО КЛАПАНА?

А. назначить нитроглицерин

Б. провести тромболитис

В. назначить прямые оральные антикоагулянты

20. БЕРЕМЕННОСТЬ ПРИ ПРОЛАПСЕ МИТРАЛЬНОГО КЛАПАНА В ПОДАВЛЯЮЩЕМ БОЛЬШИНСТВЕ СЛУЧАЕВ ПРОТЕКАЕТ

А. благоприятно

Б. неблагоприятно

Ключ к тестам:

№ вопроса	Ответ
1	Б
2	А
3	Б
4	Г
5	Б
6	В
7	Б
8	А
9	В
10	В
11	Б
12	Г
13	В
14	А

15	Б
16	В
17	Г
18	Г
19	Б
20	Б

3) обсуждение с обязательным объяснением материала - 35мин.

Вопросы для обсуждения:

1. Кратко опишите изменения в организме беременной женщины.
2. Причины повышения АД при беременности.
3. Чем опасна артериальная гипертония при беременности?
4. Формы артериальной гипертонии при беременности.
5. Лечение гестационной артериальной гипертонии и преэклампсии.
6. Лечение гипертонической болезни при беременности.
7. Классификация лекарственных препаратов по безопасности для плода.
8. Принципы модифицированной классификации ВОЗ материнского риска.
9. Тактика врача у беременных при дефекте межжелудочковой и межпредсердной перегородок у беременных.
10. Тактика врача у беременных при открытом артериальном протоке и коарктации аорты.
11. Тактика врача у беременных при аномалии Эбштейна и стенозе легочной артерии.
12. Тактика врача у беременных при транспозиции магистральных сосудов и операции Фонтена.
13. Тактика врача у беременных при пороках группы Фалло.
14. Тактика врача у беременных при синдроме Эйзенменгера.
15. Тактика врача у беременных при митральных пороках сердца.

16. Тактика врача у беременных при синдромах Марфана, Элерса-Данлоса и пролапсе митрального клапана.
17. Тактика врача у беременных при гипертрофической кардиомиопатии.
18. Перипартальная кардиомиопатия.
19. Тактика врача у беременных при нарушениях ритма сердца.
20. Тактика врача у беременных при нарушениях проводимости сердца.

IV. Клиническая работа: курация больных - 1 ч 30 мин,

V. Разбор клинических случаев, решение ситуационных задач (при невозможности разобрать клинический случай) - 30 мин.

Кейс-задачи.

Задача №1.

Повторнобеременная 36 лет, находится под наблюдением женской консультации по поводу беременности 9-10 недель и гипертонической болезни 1 стадии. Женщина хочет иметь ребенка. Первая беременность окончена медицинским абортom по желанию.

Вопросы:

1. 1. Диагноз?
2. 2. Противопоказано ли вынашивание беременности
3. План ведения?

Задача №2.

Беременная 25 лет, настоящая беременность I, желанная, срок 20 недель, на учете в женской консультации не состоит.

Поступила в клинику 10 дней назад с жалобами на одышку в покое, усиливающуюся при движении, приступы удушья по ночам, перебои в работе сердца.

Из анамнеза известно, что в 15-летнем возрасте перенесла суставную атаку ревматизма. В течение последующих лет состояние оставалось удовлетворительным. Работала бухгалтером.

В течение последнего месяца отмечает нарастание одышки, приступы удушья по ночам, за неделю до госпитализации присоединились перебои в работе сердца.

После обращения за медицинской помощью была сразу же госпитализирована. Несмотря на проводимую терапию клиническое улучшение не наступает.

Объективно: Состояние тяжелое. Положение ортопное.

Кожные покровы бледные, цианоз губ. Периферических отеков нет. Частота дыхания 25 в минуту. В задненижних отделах легких выслушиваются не звонкие, влажные хрипы. Границы сердца расширены вверх. Ритм неправильный, фибрилляция предсердий с числом сердечных сокращений 110 в 1 минуту, пульс 86 в минуту.

Над верхушкой сердца выслушивается тон открытия митрального клапана, диастолический шум. Акцент II тона над легочной артерией. АД 110/75 мм рт ст. Печень выступает из-под края реберной дуги на 3 см. Селезенка не пальпируется.

Данные дополнительных методов исследования: ЭКГ: фибрилляция предсердий с частотой сокращения желудочков около 100 в минуту. Рентгенография грудной клетки: Легочной рисунок усилен с обеих сторон, корни легких расширены. ЭхоКГ: Левое предсердие расширено до 50 мм. Площадь митрального отверстия 1,7 см², однонаправленное движение створок митрального клапана вперед. Регургитаций не выявлено. Давление в легочной артерии около 30 мм рт ст. Данные лабораторных исследований в пределах нормы.

Вопросы:

1. О какой экстрагенитальной патологии следует думать?
2. Клинический диагноз.
3. Тактика ведения беременной с учетом экстрагенитальной патологии.
4. Метод родоразрешения.
5. Прогноз.

Задача №3.

Больная 20 лет, доставлена в клинику в крайне тяжелом состоянии с жалобами на одышку в покое и физическом напряжении, слабость, учащенное сердцебиение. Беременность

16-17 недель. Из анамнеза известно, что состояла на учете у терапевта по поводу врожденного порока сердца по типу тетрады Фалло.

Обратилась впервые в женскую консультацию по месту жительства при сроке беременности 6-7 недель, где была предложена срочная госпитализация, от которой больная отказалась, затем - от врачей скрывалась. Объективно: Состояние крайне тяжелое, положение вынужденное - полусидячее, выраженный цианоз. Пульс 130 уд в минуту, аритмичный. АД 90/40 мм рт ст. Границы сердца расширены, выслушивается грубый систолический шум. В легких - рассеянные влажные и свистящие хрипы. Матка увеличена до 16-17 недель беременности, в нормальном тоне. Воды не отходили.

Вопросы:

1. Сформулируйте предварительный диагноз и обоснуйте его.
2. Укажите 4 постоянных признака, которые характеризуют тетраду Фалло.
3. Назовите показания для прерывания беременности при врожденных пороках сердца.
4. Составьте план родоразрешения данной беременной.
5. Прогноз для матери.

VI. Заключительная часть (подведение итогов) - 5 мин.

VII. Рекомендуемая литература:

Основная учебная литература:

	Название учебной и учебно-методической литературы, автор, издательство	Год издания
1.	Госпитальная терапия: в 5 ч.: учебное пособие для студентов, обучающихся по специальности 31.05.01. Лечебное дело. / С.П. Филоненко, Е.В. Лыгина, Л.А. Зотова, под. ред. проф. С.С. Якушина; ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России. – Рязань: ОТСиОП, 2018. – Ч. 1: Ревматология – 140 с. / Н.Н. Никулина, Е.В. Филиппов, И.В. Буданова, под. ред. проф. С.С. Якушина; ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России. – Рязань: ОТСиОП, 2018. – Ч.2: Пульмонология. –	2018

	212 с. / В.С. Петров, Н.В. Добрынина, И.В. Буданова [и др.], под.ред. проф. С.С. Якушина; ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России. – Рязань: ОТСиОП, 2018. – Ч.3: Гастроэнтерология. – 132 с. / В.С. Петров, Н.В. Добрынина, Л.А. Зотова, под. ред. проф. С.С. Якушина; ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России. – Рязань: ОТСиОП, 2018. – Ч.4: Нефрология. – 112 с. / С.П. Филоненко [и др.]; под. ред. проф. С.С. Якушина; ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России. – Рязань: ОТСиОП, 2018. – Ч. 5.1: Кардиология. – 196 с. / Н.Н. Никулина, Е.В. Филиппов, Е.А. Смирнова [и др.]; под. ред. проф. С.С. Якушина; ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России. – Рязань: ОТСиОП, 2018. – Ч. 5.2.: Кардиология. – 196 с.	
2.	Маколкин, В.И. Внутренние болезни : учебник / В.И. Маколкин, С.И. Овчаренко, В.А. Сулимов. – 6-е изд., перераб. и доп. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2-17. – 768 с. – ISBN 978-5-9704-4157-2. – Текст: электронный // ЭБС "Консультант студента": [сайт]. – URL: https://www.studentlibrary.ru/b	2017
3.	Внутренние болезни: учеб. для студентов учреждений высш. проф. образования: в 2 т. / под ред. В.С. Моисеева [и др.]. – 3-е изд., перераб. и доп. – М.: ГЭОТАР-Медиа	2018

Дополнительная литература:

	Название учебной и учебно-методической литературы, автор, издательство	Год издания
1.	Ивашкин, В.Т. Гастроэнтерология. Национальное руководство / под ред. В.Т. Ивашкина, Т.Л. Лапиной. – М.: ГЭОТАР-Медиа. – 464 с. – ISBN 978-5-9704-4406-1. - Текст: электронный // ЭБС "Консультант студента": [сайт]. – URL: https://www.studentlibrary.ru/book/1	2018

Перечень ресурсов информационно-телекоммуникационной сети «Интернет», необходимых для освоения дисциплины

1. ЭБС «Консультант студента ВПО и СПО», доступ предоставлен зарегистрированному пользователю университета с любого домашнего компьютера. Доступ предоставлен по ссылке www.studmedlib.ru и www.medcollegelib.ru соответственно.
2. Собственная электронная библиотека университета, в которой имеются полные тексты методических указаний преподавателей с июня 2012 года, осуществляется по ссылке <http://lib.local> и предоставляется авторизованному пользователю с компьютеров локальной сети университета
3. Клинические рекомендации МЗ РФ. Доступ к рубрикатору по ссылке: <https://cr.minzdrav.gov.ru/>
4. Российская гастроэнтерологическая ассоциация: <http://www.gastro.ru/>

Справочные правовые системы

СПС «Консультант-плюс» - <http://www.consultant.ru/>

СПС «Гарант» - <http://www.garant.ru/>

СПС «Кодекс» - <http://www.kodeks.ru/>

Базы данных и информационно-справочные системы

1. ЭБС «Консультант студента ВПО и СПО», доступ предоставлен зарегистрированному пользователю университета с любого домашнего компьютера. Доступ предоставлен по ссылке www.studmedlib.ru и www.medcollegelib.ru соответственно.
2. Библиографическая и реферативная база данных Scopus. Ссылка на ресурс: www.scopus.com.
3. Национальная электронная библиотека («НЭБ»). Ссылка на ресурс <http://нэб.рф/>.
4. Коллекция книг ЭБС "Юрайт". Доступ предоставлен по ссылке «Юрайт» biblio-online.ru
5. Polpred.com. Обзор СМИ. Доступ на Polpred.com открыт со всех компьютеров библиотеки и внутренней сети. Для работы используйте ссылку <http://polpred.com>. После

регистрации с компьютеров университета можно просматривать документы из дома.

6. Собственная электронная библиотека университета, в которой имеются полные тексты методических указаний преподавателей с июня 2012 года, осуществляется по ссылке <http://lib.local> и предоставляется авторизованному пользователю с компьютеров локальной сети университета.

Тема занятия: КЛАПАННАЯ БОЛЕЗНЬ СЕРДЦА: ДИАГНОСТИКА, ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА, ЛЕЧЕНИЕ. (Филоненко С.П.)

Цель занятия: изучить особенности диагностики и дифференциальной диагностики и лечения пороков сердца, тактику ведения больных в зависимости от индивидуальных особенностей пациентов.

Форма проведения: клиническое практическое занятие.

Время проведения занятия (количество астрономических часов): 5

Методическое оснащение: методические разработки для студентов, тесты, истории болезни, кейс-задачи, фонограммы пороков сердца.

Материально-техническое оснащение: столы, стулья, мультимедийная техника, фантомы.

Организационно-методические указания для преподавателей

В результате изучения темы студент должен овладеть следующими компетенциями:

ОПК 4: Способен применять медицинские изделия, предусмотренные порядком оказания медицинской помощи, а также проводить обследования пациента с целью установления диагноза.

ОПК 7: Способен назначать лечение и осуществлять контроль его эффективности и безопасности.

ПК 2: Способен проводить обследование пациента с целью установления диагноза.

ПК 3: Способен к ведению медицинской документации.

ПК 4: Способен организовать деятельность находящегося в распоряжении среднего медицинского персонала.

Расчет учебного времени

- I. Вводная часть - 25 мин.**
- II. Клиническая конференция – 30 мин.**
- III. Обсуждение материала: контроль теоретической подготовки студентов - 45 мин.**

Программированный контроль:

1. ПРИ КАКОМ ПОРОКЕ НАИБОЛЕЕ ВЫСОКИЙ РИСК ВОЗНИКНОВЕНИЯ ИНФЕКЦИОННОГО ЭНДОКАРДИТА

- А. дефекте межжелудочковой перегородки
- Б. митральном стенозе
- В. пролапсе митрального клапана
- Г. дефекте межпредсердной перегородки

2. КЛАПАННЫЙ ПОРОК ХАРАКТЕРНЫМ АУСКУЛЬТАТИВНЫМ ПРИЗНАКОМ, КОТОРОГО ЯВЛЯЕТСЯ ДИАСТОЛИЧЕСКИЙ ШУМ С ЭПИЦЕНТРОМ ВО II МЕЖРЕБЕРЬЕ СПРАВА ОТ ГРУДИНЫ

- А. аортальная недостаточность
- Б. митральная недостаточность
- В. аортальный стеноз
- Г. митральный стеноз

3. КЛАПАННЫЙ ПОРОК ХАРАКТЕРНЫМ СИМПТОМОМ, КОТОРОГО ЯВЛЯЮТСЯ ОБМОРОКИ ПРИ ФИЗИЧЕСКОЙ НАГРУЗКЕ

- А. аортальный стеноз
- Б. митральный стеноз
- В. аортальная недостаточность
- Г. митральная недостаточность

4. ПРИ ТЯЖЕЛОЙ АОРТАЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ПЕРИФЕРИЧЕСКИЙ ПУЛЬС ИМЕЕТ СЛЕДУЮЩИЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ

- А. быстрый высокий
- Б. медленный малый
- В. неодинаков на обеих руках
- Г. нормальных качеств

5. КЛИНИЧЕСКИМ ПРИЗНАКОМ, ХАРАКТЕРНЫМ ДЛЯ НЕДОСТАТОЧНОСТИ АОРТАЛЬНОГО КЛАПАНА, ЯВЛЯЕТСЯ

- А. «пляска каротид»
- Б. ундуляция шейных вен
- В. систолический шум во II межреберье слева
- Г. диастолический шум во II межреберье слева

6. СОЧЕТАНИЕ НА ЭКГ ПРИЗНАКОВ ГИПЕРТРОФИИ ЛЕВОГО ПРЕДСЕРДИЯ И ПРАВОГО ЖЕЛУДОЧКА МОЖЕТ СВИДЕТЕЛЬСТВОВАТЬ О

- А. митральном стенозе
- Б. дефекте межпредсердной перегородки
- В. стенозе легочной артерии
- Г. аортальной недостаточности

7. У БОЛЬНЫХ С НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ АОРТАЛЬНОГО КЛАПАНА

- А. систолическое АД повышается, а диастолическое АД снижается
- Б. систолическое АД снижается, а диастолическое АД повышается
- В. систолическое АД не изменяется, а диастолическое АД повышается
- Г. систолическое и диастолическое АД не изменяются

8. УСИЛЕННАЯ ПУЛЬСАЦИЯ СОННЫХ АРТЕРИЙ ХАРАКТЕРНА ДЛЯ

- А. аортальной недостаточности
- Б. аортального стеноза
- В. трикуспидальной недостаточности
- Г. митральной недостаточности

9. ПРИ ФИЗИКАЛЬНОМ ОСМОТРЕ ПАЦИЕНТА С МИТРАЛЬНЫМ СТЕНОЗОМ МОЖНО ВЫЯВИТЬ

- А. громкий I тон
- Б. пульсирующую печень
- В. ослабление I тона
- Г. уменьшение пульсового давления

10. ХАРАКТЕРНЫМ АУСКУЛЬТАТИВНЫМ СИМПТОМОМ НЕДОСТАТОЧНОСТИ МИТРАЛЬНОГО КЛАПАНА ЯВЛЯЕТСЯ

- А. систолический шум на верхушке
- Б. хлопающий I тон
- В. мезодиастолический шум
- Г. систолический шум у основания сердца

11. К ТИПИЧНЫМ ЖАЛОБАМ БОЛЬНЫХ С АОРТАЛЬНЫМ СТЕНОЗОМ ОТНОСЯТ

- А. синкопальные состояния

- Б. тяжесть в правом подреберье
- В. опоясывающие боли в животе
- Г. боли за грудиной постоянного характера

12. УСИЛЕНИЕ ВЕРХУШЕЧНОГО ТОЛЧКА МОЖНО НАБЛЮДАТЬ ПРИ

- А. стенозе устья аорты
- Б. эмфиземе легких
- В. ожирении
- Г. аневризме аорты

13. К ВРОЖДЕННЫМ ПОРОКАМ СЕРДЦА ОТНОСИТСЯ

- А. тетрада Фалло
- Б. открытое овальное окно
- В. аневризма межпредсердной перегородки
- Г. евстахиев клапан

14. ТОЧКА БОТКИНА-ЭРБА, РАСПОЛАГАЮЩАЯСЯ В IV МЕЖРЕБЕРЬЕ СЛЕВА ОТ ГРУДИНЫ, СЛУЖИТ ДЛЯ ДОПОЛНИТЕЛЬНОГО ВЫСЛУШИВАНИЯ _____ КЛАПАНА

- А. аортального
- Б. митрального
- В. трикуспидального клапана
- Г. легочной артерии

15. ПРОЛАПС МИТРАЛЬНОГО КЛАПАНА СЛЕДУЕТ РАСЦЕНИВАТЬ, КАК ПОРОК МИТРАЛЬНОГО КЛАПАНА В СЛУЧАЕ

- А. отрыва хордальных сухожилий
- Б. дисфункции папиллярных мышц
- В. миксоматозной дегенерации одной из створок
- Г. дилатации атриовентрикулярного кольца

16. ПРЕИМУЩЕСТВЕННО ВРОЖДЕННЫЙ ХАРАКТЕР ИМЕЕТ СТЕНОЗ

- А. легочной артерии
- Б. аорты
- В. левого А-V отверстия
- Г. правого А-V отверстия

17. УСИЛЕНИЕ 1 ТОНА НА ВЕРХУШКЕ СЕРДЦА ОТМЕЧАЕТСЯ ПРИ

- А. митральном стенозе

- Б. митральной недостаточности
- В. хроническом легочном сердце
- Г. тромбоэмболии легочной артерии

18. НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫМ ИЗМЕНЕНИЕМ ДЛЯ МИТРАЛЬНОЙ КОНФИГУРАЦИИ СЕРДЦА, ВЫЯВЛЯЕМЫМ ПРИ ПЕРКУССИИ СЕРДЦА, ЯВЛЯЕТСЯ

- А. смещение вверх верхней границы и сглаживание «талии» сердца
- Б. смещение вправо правой границы
- В. треугольная форма сердца
- Г. смещение левой границы влево

19. ФЕНОМЕН «ПЛЯСКА КАРОТИД» ВЫЯВЛЯЕТСЯ ПРИ

- А. недостаточности аортального клапана
- Б. стенозе митрального клапана
- В. тетраде Фалло
- Г. болезни Аддисона

20. АУСКУЛЬТАТИВНАЯ КАРТИНА ПРИ МИТРАЛЬНОМ СТЕНОЗЕ СЕРДЦА ВКЛЮЧАЕТ

- А. усиление первого тона и диастолический шум
- Б. ослабление первого тона и систолический шум
- В. неизменные тоны и «мягкий, дующий» систолический шум
- Г. ослабление второго тона и диастолический шум

21. ШУМ ПРИ МИТРАЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

- А. проводится в левую подмышечную область
- Б. проводится на сонные артерии
- В. не проводится никуда
- Г. проводится в яремную ямку

22. У БОЛЬНЫХ С ТЯЖЕЛЫМ АОРТАЛЬНЫМ СТЕНОЗОМ ХАРАКТЕРНЫМ ИЗМЕНЕНИЕМ, ВЫЯВЛЯЕМЫМ ПРИ ЭХОКАРДИОГРАФИИ, ЯВЛЯЕТСЯ

- А. высокий градиент давления левый желудочек/аорта
- Б. увеличение ударного объема
- В. аортальная регургитация
- Г. зона акинезии в области межжелудочковой перегородки

23. «МИТРАЛИЗАЦИЕЙ» АОРТАЛЬНОГО ПОРОКА НАЗЫВАЮТ

- А. компенсаторную гиперфункцию левого предсердия при снижении сократительной функции левого желудочка
- Б. сочетание аортального и митрального стенозов
- В. присоединение митрального стеноза к уже существующему аортальному пороку вследствие повторной ревматической лихорадки
- Г. сочетание стеноза устья аорты и пролапса митрального клапана

24. БОЛЬНОМУ С АОРТАЛЬНЫМ СТЕНОЗОМ, ГИПЕРТРОФИЕЙ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА И ПАРОКСИЗМАМИ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ ПРИСТУПОВ АРИТМИИ ЦЕЛЕСООБРАЗНО ИСПОЛЬЗОВАТЬ

- А. амиодарон
- Б. хинидин
- В. дигоксин
- Г. лаппаконитина гидробромид (аллапинин)

25. ДЛИТЕЛЬНАЯ КОМПЕНСАЦИЯ ПОРОКА СЕРДЦА ПРИ СТЕНОЗЕ УСТЬЯ АОРТЫ ДОСТИГАЕТСЯ ЗА СЧЕТ ГИПЕРФУНКЦИИ

- А. левого желудочка
- Б. правого желудочка
- В. левого предсердия
- Г. правого предсердия

26. К ГИПЕРТРОФИИ И ДИЛАТАЦИИ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА ПРИ НЕДОСТАТОЧНОСТИ АОРТАЛЬНОГО КЛАПАНА ПРИВОДИТ

- А. перегрузка левого желудочка объемом
- Б. снижение коронарного кровотока
- В. перегрузка левого желудочка давлением
- Г. уменьшение сердечного выброса

27. У МАЛЬЧИКА 5 ЛЕТ С АГ И ЖАЛОБАМИ НА БОЛИ В ГОЛЕНЯХ ПРИ ХОДЬБЕ В ПЕРВУЮ ОЧЕРЕДЬ СЛЕДУЕТ ИСКЛЮЧИТЬ

- А. коарктацию аорты
- Б. синдром Такаясу
- В. гломерулонефрит
- Г. облитерирующий эндартериит

**28. СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫМ ПРОЯВЛЕНИЕМ
СИНДРОМА МАРФАНА ЯВЛЯЕТСЯ**

- А. аневризма аорты
- Б. васкулит
- В. миокардиальный фиброз
- Г. нарушение ритма и проводимости сердца

**29. КЛАССИЧЕСКАЯ ТРИАДА СИМПТОМОВ,
ХАРАКТЕРНЫХ ДЛЯ ВЫРАЖЕННОГО АОРТАЛЬНОГО
СТЕНОЗА, ВКЛЮЧАЕТ**

- А. одышку, обмороки, стенокардию
- Б. тремор, отеки, одышку
- В. стенокардию, постуральная гипотензию, отеки
- Г. одышку, артериальная гипертонию, обмороки
- Д. правом желудочке

**30. САМЫМ ЧАСТЫМ ТИПОМ ПЕРВИЧНОЙ ОПУХОЛИ
СЕРДЦА ЯВЛЯЕТСЯ**

- Д. миксома
- Е. саркома
- Ж. рабдомиома
- З. хромафинома

31. К ВРОЖДЕННЫМ ПОРОКАМ СЕРДЦА ОТНОСИТСЯ

- А. открытый артериальный проток
- Б. открытое овальное окно
- В. аневризма межпредсердной перегородки
- Г. сеть Хиари

**32. У ОСНОВАНИЯ МЕЧЕВИДНОГО ОТРОСТКА, А
ТАКЖЕ СЛЕВА И СПРАВА ОТ НЕГО, ЛУЧШЕ
ВЫСЛУШИВАЮТСЯ ЗВУКОВЫЕ ЯВЛЕНИЯ,
ВОЗНИКАЮЩИЕ НА _____ КЛАПАНА**

- А. трехстворчатом
- Б. легочной артерии
- В. аортальном
- Г. митральном

**33. СИСТОЛИЧЕСКИЙ ШУМ У ЛЕВОГО КРАЯ
ГРУДИНЫ НА ВЫДОХЕ ЯВЛЯЕТСЯ ПРИЗНАКОМ**

- А. стеноза клапана легочной артерии
- Б. недостаточности митрального клапана
- В. стеноза аортального клапана

Г. недостаточности трехстворчатого клапана

34. ПОКАЧИВАНИЕ ГОЛОВЫ В ТАКТ СЕРДЦЕБИЕНИЮ (СИМПТОМ МЮССЕ) ТИПИЧНО ДЛЯ

А. недостаточности аортального клапана

Б. стеноза устья аорты

В. недостаточности митрального клапана

Г. митрального стеноза

35. НОРМАЛЬНЫЙ АОРТАЛЬНЫЙ КЛАПАН ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ НАЛИЧИЕМ _____ СТВОРОК

А. трех

Б. двух

В. четырех

Г. от трех до пяти

36. НОРМАЛЬНАЯ ПЛОЩАДЬ МИТРАЛЬНОГО ОТВЕРСТИЯ СОСТАВЛЯЕТ _____ КВ.СМ

А. 4-6

Б. 2-4

В. 6-8

37. НА ВЕРХУШКУ СЕРДЦА ЛУЧШЕ ВСЕГО ПРОВОДЯТСЯ ЗВУКОВЫЕ ЯВЛЕНИЯ, СВЯЗАННЫЕ С ДЕЯТЕЛЬНОСТЬЮ _____ КЛАПАНА

А. митрального

Б. аортального

В. легочной артерии

Г. трикуспидального

Ключ к тестам

№ теста	Ответ
1	А
2	А
3	А
4	А
5	А
6	А
7	А
8	А
9	А
10	А

11	A
12	A
13	A
14	A
15	A
16	A
17	A
18	A
19	A
20	A
21	A
22	A
23	A
24	A
25	A
26	A
27	A
28	A
29	A
30	A
31	A
32	A
33	A
34	A
35	A
36	A
37	A

Вопросы для обсуждения и объяснения:

1. Этиология, механизмы нарушения внутрисердечной гемодинамики, клиника, диагностика и лечение стеноза устья аорты.
2. Этиология, механизмы нарушения внутрисердечной гемодинамики, клиника, диагностика и лечение недостаточности аортального клапана.
3. Этиология, механизмы нарушения внутрисердечной гемодинамики, клиника, диагностика и лечение стеноза левого атриовентрикулярного отверстия.

4. Этиология, механизмы нарушения внутрисердечной гемодинамики, клиника, диагностика и лечение недостаточности митрального клапана.
5. Этиология, механизмы нарушения внутрисердечной гемодинамики, клиника, диагностика и лечение трикуспидальных пороков сердца.
6. Клиника, диагностика, лечение сочетанного митрального, сочетанного аортального и комбинированных пороков сердца.
7. Врожденные пороки сердца у взрослых. Виды. Показания к оперативному лечению.
8. Основные принципы хирургического лечения пороков сердца.

IV. Клиническая работа: курация больных - 1 ч. 30 мин.,

V. Разбор клинических случаев, решение ситуационных задач (при невозможности разобрать клинический случай) - 30 мин.

Кейс-задачи:

Задача №1.

Больной З., 32 лет, рабочий.

Жалобы на небольшую одышку при физической нагрузке, сердцебиения, перебои в работе сердца.

Заболел 15 лет назад, когда после ангины появились боли и припухлость в коленных, голеностопных суставах летучего характера, прошедшие через 2 недели. Во время призыва в армию обнаружены шумы в сердце. В армии не служил. До настоящего времени чувствовал себя удовлетворительно. Месяц назад, через 2 недели после ангины, появилась субфебрильная температура без ознобов и вышеуказанные жалобы.

При осмотре румянец щек. В легких жесткое дыхание, хрипов нет, ЧДД-26 в 1 мин, I тон на верхушке сердца хлопающий, "ритм перепела", мезодиастолический и грубый систолический шум на верхушке сердца, пульс 86 в мин., АД – 110/70 мм рт. ст. Печень выступает из-под края реберной дуги на 2 см, отеков нет. На ЭКГ – расширение и двугорбость з. Р в I и II отведении.

При лабораторном обследовании: СОЭ – 26 мм/час, СРБ++, АСЛ "0" –I:750.

Вопросы:

1. Сформулируйте диагноз.
2. В каком дополнительном обследовании нуждается больной?
3. Ваша лечебная тактика.

Задача №2.

Больной 22 лет, студент. Жалобы на небольшую одышку при физической нагрузке, сердцебиение, перебои в работе сердца. Заболел 10 лет назад, когда после ангины появились боли и припухлость в коленных суставах летучего характера, прошедшие через 1 недели. Обнаружены шумы в сердце. До настоящего времени чувствовал себя удовлетворительно. Месяц назад, после значительной физической нагрузки, появились вышеуказанные жалобы.

Объективно: при осмотре румянец щек. В легких жесткое везикулярное дыхание, хрипов нет, ЧДД 26 в мин, I тон на верхушке сердца хлопающий, "ритм перепела", мезодиастолический и грубый систолический шум на верхушке сердца, пульс - 86 уд. в мин., АД - 110/70 мм рт. ст. Печень не увеличена. Отеков нет.

На ЭКГ: расширение и двугорбость зубца Р в первом и втором отведениях.

Вопросы:

1. Сформулируйте диагноз.
2. Какие дополнительные исследования следует провести?
3. Составьте план лечения.

Задача №3.

Мужчина 67 лет, обратился в приемное отделение больницы с жалобами на сердцебиение, одышку, боли в области сердца при незначительной физической нагрузке (ходьба на расстояние до 100 м), головокружение, быструю утомляемость.

Из анамнеза известно, что около 15 лет страдает артериальной гипертензией, с максимальным повышением АД до

200/100 мм рт ст, адаптирован к АД 140/80 мм рт ст. 7 лет назад впервые было выявлено повышение уровня холестерина до 8.7 ммоль/л, рекомендованную терапию не принимал не в полном объеме. Острый инфаркт миокарда, инсульта в анамнезе отрицает. Ухудшение состояния отмечает в течение года, когда появились вышеописанные жалобы, а также обмороки при быстрой смене положения тела.

Вредные привычки: курит более 30 лет по 1 пачке сигарет в день. Употребление алкоголя отрицает.

Наследственность: мать – артериальная гипертензия, отец – ИБС.

Объективно: состояние средней тяжести. В сознании, контактен. Ориентирован всесторонне правильно. Гиперстенического телосложения. Температура тела 36.3°C. Кожные покровы бледные. Акроцианоз. Видимые слизистые обычной окраски и влажности. Умеренные отеки голеней и стоп. Щитовидная железа пальпаторно не увеличена. Периферические лимфатические узлы не пальпируются. ЧД 20 в мин. В легких дыхание жесткое, ослаблено в нижних отделах, хрипов нет. При перкуссии определяется расширение границ сердца влево и вниз. Пальпаторно ощущается смещение верхушечного толчка, систолическое дрожание в яремной ямке. ЧСС 96 в мин. Аускультативно: тоны сердца ритмичные, приглушенные, приглушение II тона на аорте, грубый систолический шум над аортой и над митральным клапаном. АД 140/90 мм рт ст на обеих руках. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Печень + 1 см от края реберной дуги. Селезенка не пальпируется. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Физиологические отправления в норме.

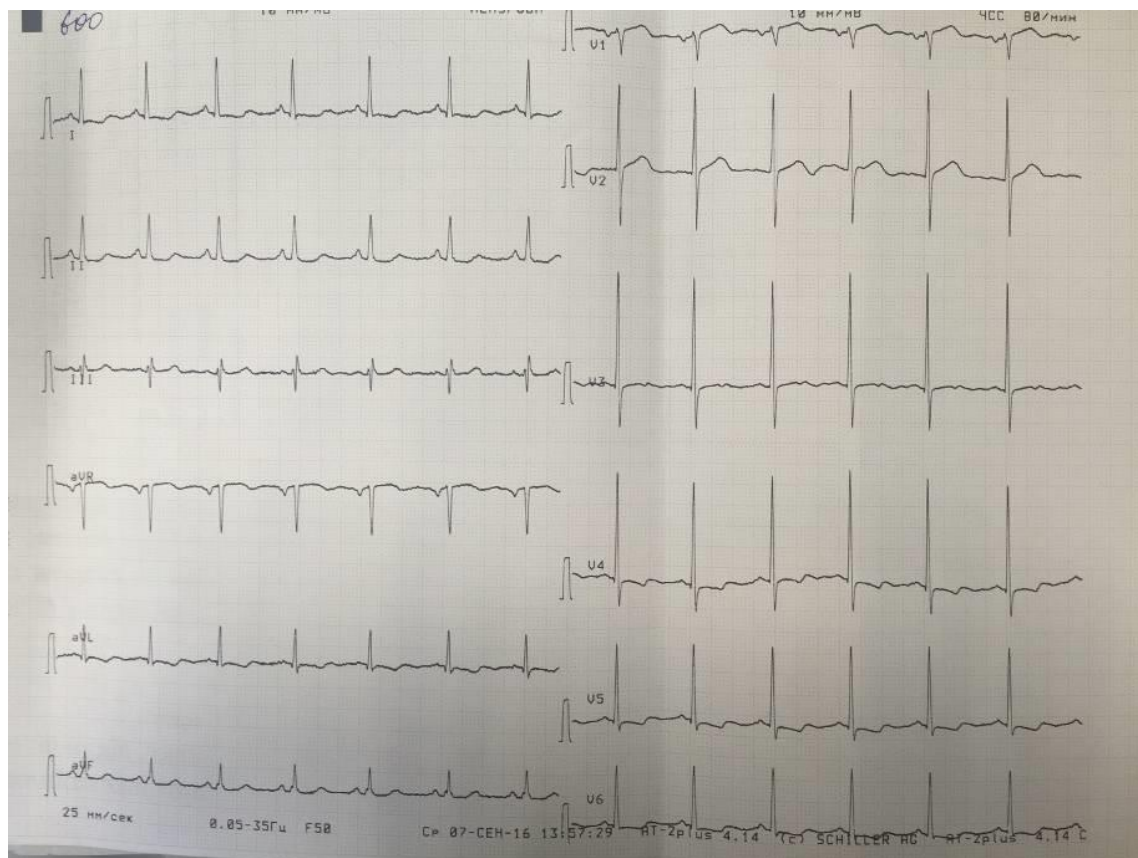
Клинический анализ крови: гемоглобин 148 г/л, гематокрит 0.46, эритроциты 4.4×10^{12} /л, лейкоциты 7.1×10^9 /л, нейтрофилы 60.1%, эозинофилы 2.7%, базофилы 0.6%, моноциты 6.3%, лимфоциты 28.4%, тромбоциты 305×10^9 /л, СОЭ по Вестергрену 8 мм/час.

Биохимический анализ крови: общий белок 78.6 г/л, мочевины 6.6 ммоль/л, креатинин 100.0 мкмоль/л, мочевая кислота 246 мкмоль/л, билирубин общий 9.0 мкмоль/л, АЛТ 30 ед/л, АСТ 26 ед/л, калий 4,1 ммоль/л, КФК 110 Ед/л, глюкоза 5.8

ммоль/л, холестерин 7.82 ммоль/л, триглицериды 3.72 ммоль/л, ЛПНП 4.0 ммоль/л, ЛПВП 0.5 ммоль/л.

Анализ мочи: без патологии.

ЭКГ:



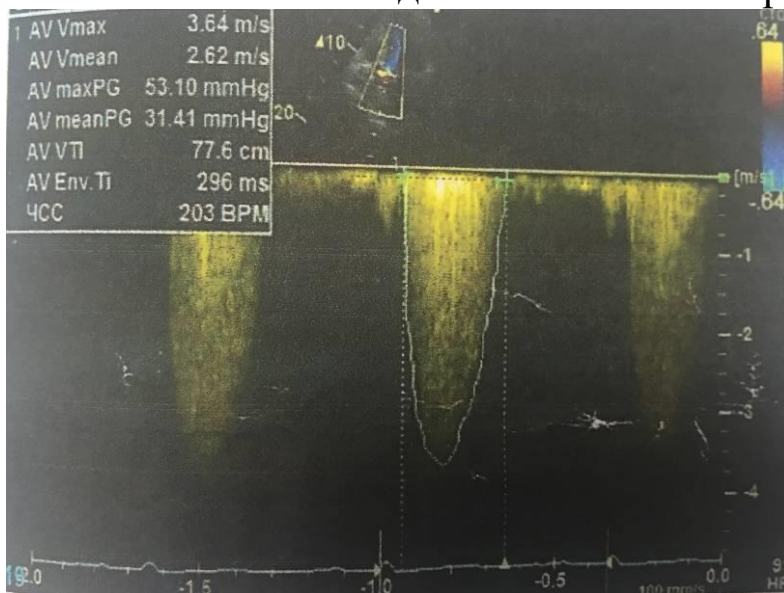
ЭГДС: без патологии.

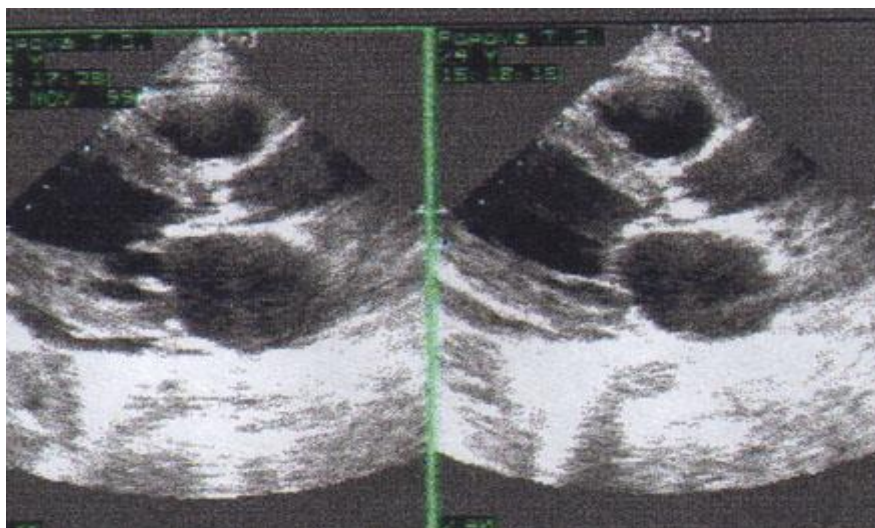
УЗДГ БЦА: эхокардиографические признаки атеросклероза общих сонных артерий.

Рентгенография органов грудной клетки: выявляется расширение тени левого желудочка в виде удлинения дуги левого контура сердца.



ЭХОКГ: Аорта, аортальный клапан (АК) кальцинированы. Амплитуда раскрытия створок АК снижена, площадь АК 0.73см² (Н 2,5—3,5 см²). Градиент систолического давления на АК 53 мм рт ст. Аортальная регургитация 2 степени. Небольшое расширение левого предсердия. Умеренная симметричная гипертрофия миокарда левого желудочка (ЛЖ). Масса миокарда ЛЖ 340 г. Систолическая функция ЛЖ снижена. Фракция выброса 50%. Признаки небольшой легочной гипертензии. Небольшое количество жидкости в полости перикарда.





Вопросы:

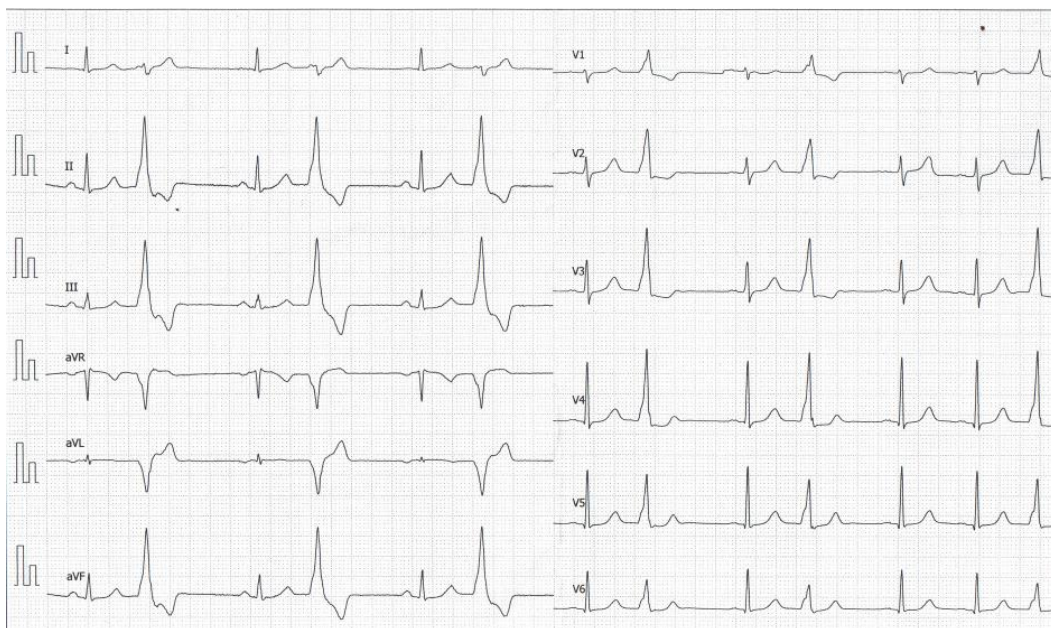
1. Выделите основные синдромы
2. Проведите дифференциальный диагноз.
3. Назначьте дополнительные исследования
4. Определите тактику ведения больного

Задача №4.

Больная О., 15 лет, жалуется на ноющие и колющие боли в области верхушки сердца, не связанные с физической нагрузкой, длительностью от нескольких секунд до получаса, проходящие самостоятельно или после приема валокордина, перебои в работе сердца, плохой сон, приступы немотивированной тревоги, онемение кончиков пальцев, склонность к учащенному сердцебиению, частые подвывихи в голеностопном суставе, снижение зрения.

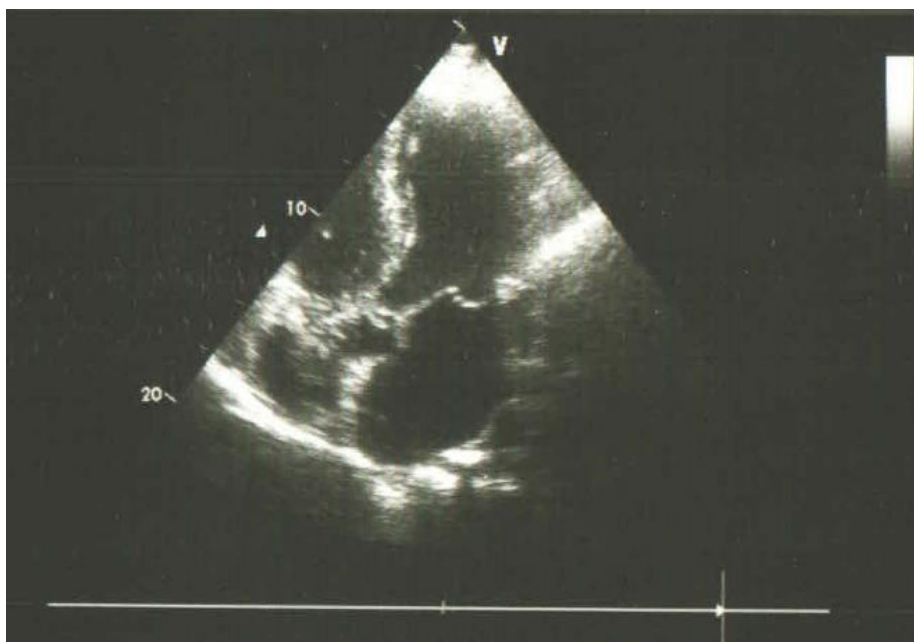
Объективно: состояние удовлетворительное. Астенического телосложения. Кожные покровы чистые. Признаков недостаточности кровообращения нет. ЧДД 18 в минуту. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧСС 76 в минуту, АД 95/60 мм рт. ст. Тоны сердца ясные, ритм неправильный. Аускультативно дополнительный тон в систолу, после которого выслушивается короткий систолический шум. По остальным системам и органам без особенностей.

ЭКГ:



При рентгенографии органов грудной клетки патологических изменений не выявлено.

ЭХОКГ:



Консультация окулиста: подвывих хрусталика.

Вопросы:

1. Выделите основные синдромы
2. Проведите дифференциальный диагноз.
3. Назначьте дополнительные исследования
4. Определите тактику ведения больного

Задача №5.

Больной Л. 16 лет предъявляет жалобы на головные боли, носовые кровотечения, боли в ногах после длительной ходьбы.

При осмотре отмечается гиперстеническая конституция больного, развитый плечевой пояс, гиперемия лица. Пульс на лучевой артерии напряжен, ритмичный с частотой 64 в минуту, симметрично с обеих сторон. Левая граница сердца на 2 см кнаружи от левой срединно-ключичной линии. Тоны сердца звучные, ясные, на всех точках аускультации выслушивается грубый систолический шум, проводящийся на сосуды шеи и в межлопаточное пространство, акцент II тона на аорте. АД на плечевой артерии - 170/110 мм рт. ст., на бедренной артерии - 150/80 мм рт. ст. с обеих сторон.

Вопросы:

1. Выделите и обоснуйте ведущий синдром.
2. Установите предварительный диагноз.
3. Наметьте план обследования пациента на первом этапе.
4. Определите круг дифференциального диагноза.
5. Определите тактику лечения.

VI. Заключительная часть (подведение итогов) - 5 мин.

VII. Рекомендуемая литература:

Основная учебная литература:

	Название учебной и учебно-методической литературы, автор, издательство	Год издания
1.	Госпитальная терапия: в 5 ч.: учебное пособие для студентов, обучающихся по специальности 31.05.01. Лечебное дело. / С.П. Филоненко, Е.В. Лыгина, Л.А. Зотова, под. ред. проф. С.С. Якушина; ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России. – Рязань: ОТСиОП, 2018. – Ч. 1: Ревматология – 140 с. / Н.Н. Никулина, Е.В. Филиппов, И.В. Буданова, под. ред. проф. С.С. Якушина; ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России. – Рязань: ОТСиОП, 2018. – Ч.2: Пульмонология. – 212 с. / В.С. Петров, Н.В. Добрынина, И.В. Буданова [и др.], под.ред. проф. С.С. Якушина; ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России. – Рязань: ОТСиОП, 2018. – Ч.3: Гастроэнтерология. – 132 с. / В.С. Петров, Н.В. Добрынина, Л.А. Зотова, под. ред. проф. С.С. Якушина; ФГБОУ ВО РязГМУ	2018

	Минздрава России. – Рязань: ОТСиОП, 2018. – Ч.4: Нефрология. – 112 с. / С.П. Филоненко [и др.]; под ред. проф. С.С. Якушина; ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России. – Рязань: ОТСиОП, 2018. – Ч. 5.1: Кардиология. – 196 с. / Н.Н. Никулина, Е.В. Филиппов, Е.А. Смирнова [и др.]; под ред. проф. С.С. Якушина; ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России. – Рязань: ОТСиОП, 2018. – Ч. 5.2.: Кардиология. – 196 с.	
2.	Маколкин, В.И. Внутренние болезни : учебник / В.И. Маколкин, С.И. Овчаренко, В.А. Сулимов. – 6-е изд., перераб. и доп. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2-17. – 768 с. – ISBN 978-5-9704-4157-2. – Текст: электронный // ЭБС "Консультант студента": [сайт]. – URL: https://www.studentlibrary.ru/b	2017
3.	Внутренние болезни: учеб. для студентов учреждений высш. проф. образования: в 2 т. / под ред. В.С. Моисеева [и др.]. – 3-е изд., перераб. и доп. – М.: ГЭОТАР-Медиа	2018

Дополнительная литература:

	Название учебной и учебно-методической литературы, автор, издательство	Год издания
1.	Ивашкин, В.Т. Гастроэнтерология. Национальное руководство / под ред. В.Т. Ивашкина, Т.Л. Лапиной. – М.: ГЭОТАР-Медиа. – 464 с. – ISBN 978-5-9704-4406-1. - Текст: электронный // ЭБС "Консультант студента": [сайт]. – URL: https://www.studentlibrary.ru/book/I	2018
2.	Усанова, А. А. Ревматология : учебное пособие / А. А. Усанова [и др.] ; под ред. А. А. Усановой. - Москва: ГЭОТАР-Медиа,. - 408 с. - 408 с. - ISBN 978-5-9704-5303-2. - Текст: электронный // ЭБС "Консультант студента": [сайт]. - URL: https://www.studentlibrary.ru/book	2019
3.	Чучалин, А.Г. Пульмонология / под ред. А.Г. Чучалина. – М.: ГЭОТАР-Медиа. – 768 с. – ISBN 978-5-9704-5323-0. – Текст: электронный // ЭБС	2020

	"Консультант студента": [сайт]. – URL: https://www.studentlibrary.ru/book/	
4.	Филоненко, С.П. Боли в суставах: дифференциальная диагностика / С.П. Филоненко, С.С. Якушин. – М.: ГЭОТАР-Медиа. – URL: http://www.studmedlib.ru/book	2014
5.	Окороков В.Г. Диагностика и лечение желудочковых нарушений ритма сердца: моногр. / В.Г. Окороков, С.В. Селезнев; ГБОУ ВПО РязГМУ. – Рязань: РИО РязГМУ. – 172 с. – Библиогр.: С. 172. – 92-88.	2013
6.	Основы ревматологии: учебное пособие для студентов обуч. по спец. «Лечебное дело» / С.С. Якушин [и др.]; ГБОУ ВПО РязГМУ. – Рязань: РИО РязГМУ. – 130 с.	2015

Перечень ресурсов информационно-телекоммуникационной сети «Интернет», необходимых для освоения дисциплины

1. ЭБС «Консультант студента ВПО и СПО», доступ предоставлен зарегистрированному пользователю университета с любого домашнего компьютера. Доступ предоставлен по ссылке www.studmedlib.ru и www.medcollegelib.ru соответственно.
2. Собственная электронная библиотека университета, в которой имеются полные тексты методических указаний преподавателей с июня 2012 года, осуществляется по ссылке <http://lib.local> и предоставляется авторизованному пользователю с компьютеров локальной сети университета
3. Клинические рекомендации МЗ РФ. Доступ к рубриктору по ссылке: <https://cr.minzdrav.gov.ru/>

Справочные правовые системы

СПС «Консультант-плюс» - <http://www.consultant.ru/>
 СПС «Гарант» - <http://www.garant.ru/>
 СПС «Кодекс» - <http://www.kodeks.ru/>

Базы данных и информационно-справочные системы

1. ЭБС «Консультант студента ВПО и СПО», доступ предоставлен зарегистрированному пользователю университета с любого домашнего компьютера. Доступ предоставлен по ссылке www.studmedlib.ru и www.medcollegelib.ru соответственно.
2. Библиографическая и реферативная база данных Scopus. Ссылка на ресурс: www.scopus.com.
3. Национальная электронная библиотека («НЭБ»). Ссылка на ресурс <http://нэб.рф/>.
4. Коллекция книг ЭБС "Юрайт". Доступ предоставлен по ссылке «Юрайт» biblio-online.ru
5. Polpred.com. Обзор СМИ. Доступ на Polpred.com открыт со всех компьютеров библиотеки и внутренней сети. Для работы используйте ссылку <http://polpred.com>. После регистрации с компьютеров университета можно просматривать документы из дома.
6. Собственная электронная библиотека университета, в которой имеются полные тексты методических указаний преподавателей с июня 2012 года, осуществляется по ссылке <http://lib.local> и предоставляется авторизованному пользователю с компьютеров локальной сети университета.