

Федеральное государственное бюджетное образовательное  
учреждение высшего образования  
**«Рязанский государственный медицинский университет  
имени академика И.П.Павлова»**  
Министерства здравоохранения Российской Федерации  
(ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России)

**Кафедра госпитальной терапии**

**С.П. Филоненко, Е.В. Лыгина, Л.А. Зотова**

**Методические указания для студентов  
по дисциплине «Госпитальная терапия»**

**Ревматология**

Уровень высшего образования – специалитет  
Специальность – 31.05.01 Лечебное дело

Рязань, 2018

**УДК 616-002.77(075.83)**

**ББК 55.5**

**Ф 551**

Под редакцией профессора С.С. Якушина

***Рецензенты:***

В.Н. Абросимов, д.м.н., проф., зав. кафедрой терапии ФДПО с курсом семейной медицины ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России;

М.А. Бутов, д.м.н., проф., зав. кафедрой пропедевтики внутренних болезней ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России;

А.А. Низов, д.м.н., проф., зав. кафедрой внутренних болезней и поликлинической терапии ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России;

В.А. Фомина, к.м.н., зав. 8 кардиологическим отделением ГБУ РО РОККД

***Авторы:***

С.П. Филоненко, к.м.н., доцент; Е.В. Лыгина, к.м.н., ассистент; Л.А. Зотова, к.м.н., ассистент

**Ф 551 Филоненко С.П.** Методические указания для студентов по дисциплине: «Госпитальная терапия» / С.П. Филоненко, Е.В. Лыгина, Л.А. Зотова; под ред. профессора С.С. Якушина; ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России. – Рязань: ОТС и ОП, 2018.- 65с.

В настоящих методических указаниях для студентов представлены отдельные темы по «госпитальной терапии», не входящие в темы практических занятий и лекций, в которые включены вопросы для самоконтроля, программированный контроль, кейс–задачи и рекомендуемая литература.

**УДК 616-002.77(075.83)**

**ББК 55.5**

© ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России, 2018  
© Филоненко С.П., Лыгина Е.В., Зотова Л.А., 2018

## Содержание

|  |    |
|--|----|
| Ранняя диагностика, дифференциальная диагностика и лечение ревматоидного артрита. Базисная терапия заболевания, терапия НПВП (нестероидные противовоспалительные препараты), ГКС (глюкокортикоиды).<br><i>Лыгина Е.В.</i> .....  | 4  |
| Диагностика, дифференциальная диагностика и лечение спондилоартропатий (анкилозирующий спондилит, реактивные артриты, псориазический артрит). БНЧС (боли в нижней части спины).<br><i>Зотова Л.А.</i> .....  | 14 |
| Дифференциальная диагностика и лечение системных заболеваний соединительной ткани (системная красная волчанка, системная склеродермия, идиопатические воспалительные миопатии, болезнь и синдром Шегрена). Понятие о глюкокортикоидном остеопорозе.<br><i>Филоненко С.П.</i> ..... | 21 |
| Дифференциальная диагностика и лечение системных васкулитов (узелковый полиартериит, микроскопический полиартериит, гранулематоз с полиангиитом Вегенера, синдром Чарджа-Стросса, геморрагический васкулит, неспецифический аортоартериит).<br><i>Филоненко С.П.</i> .....         | 37 |
| Диагностика, дифференциальная диагностика и лечение микрокристаллических артропатий (подагра, пирофосфатная артропатия). Диагностика, дифференциальная диагностика и лечение остеоартрита.<br><i>Филоненко С.П.</i> .....  | 52 |

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

**Цель занятия:** научить студентов правильно диагностировать ревматоидный артрит (РА), особенно в дебюте болезни, и на современном уровне осуществлять дифференцированную терапию РА и его осложнений.

**Форма проведения:** клиническое практическое занятие.

**Время проведения занятия** (количество астрономических часов):6

**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:

**ПК-6:**

способность к определению у пациента основных патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем X пересмотра.

**ПК-8:**

способность к определению тактики ведения пациентов с различными нозологическими формами.

**Расчет учебного времени**

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

### **III. Обсуждение материала:**

- 1) контроль теоретической подготовки студентов - 35 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 ОБЕЗБОЛИВАЮЩЕЙ АКТИВНОСТЬЮ ОБЛАДАЕТ 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) алгедрат+магния гидроксид
- В) метилурацил
- Г) сукралфат

**7. ПРИ РЕВМАТОИДНОМ АРТРИТЕ ЧАЩЕ ПОРАЖАЮТСЯ СУСТАВЫ**

- А) кистей
- Б) коленные
- В) крестцово-подвздошные
- Г) позвоночника

**8. ПРЕПАРАТОМ ВЫБОРА В ЛЕЧЕНИИ РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА ЯВЛЯЕТСЯ**

- А) метотрексат
- Б) гидроксихлорохин
- В) лефлуноמיד
- Г) сульфасалазин

**9. К РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИМ ПРИЗНАКАМ, НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫМ ДЛЯ РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА, ОТНОСЯТ**

- А) краевые костные эрозии эпифизов
- Б) подхрящевой остеосклероз
- В) остеофиты
- Г) пробойники

**10. НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ПРИ РЕВМАТОИДНОМ АРТРИТЕ ПОРАЖАЮТСЯ**

- А) проксимальные межфаланговые суставы
- Б) коленные суставы
- В) первые пястно-фаланговые суставы
- Г) суставы поясничного и шейного отделов позвоночника

**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 (НЕ ПОРАЖАЮТСЯ ПРИ ЭТОМ ЗАБОЛЕВАНИИ)**

- 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) системная красная волчанка
- 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 кожи над суставами

**19. НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМИ ОСЛОЖНЕНИЯМИ ТЕРАПИИ НПВП ЯВЛЯЮТСЯ**



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

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

- А) целекоксиб
- Б) кетопрофен
- В) ибупрофен
- Г) ацетилсалициловая кислота

2) обсуждение с обязательным объяснением материала - 35мин.

**IV. Вопросы для обсуждения и объяснения:**

1. Определение понятия РА
2. Патогенетические механизмы развития РА
3. Классификация РА
4. Диагностические критерии РА
5. Клинико-лабораторные и инструментальные проявления РА
6. Дифференциально-диагностический ряд при РА
7. Базисная терапия РА. Контроль эффективности и безопасности лечения
8. Терапия РА НПВП. Осложнения терапии НПВП
9. Терапия РА ГКС. Осложнения терапии ГКС
10. Осложнения ревматоидного артрита

**V. Клиническая работа:** курация больных - 1 ч 40 мин, разбор клинических случаев, решение ситуационных задач (при невозможности разобрать клинический случай) - 35 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

стоп; слабость в кистях; утреннюю скованность до обеда; субфебрильную температуру по вечерам, 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 появились боли и припухание в суставах кистей, стоп, в лучезапястных и голеностопных суставах, утренняя скованность в течение дня, субфебрильная температура тела. 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, ритм правильный. ЧСС – 78 ударов в минуту. АД - 120/70 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень у края рёберной дуги.

Локальный статус: II, III проксимальные межфаланговые суставы и II, III пястно-фаланговые суставы болезненные, припухшие. Болезненность в лучезапястных суставах, плечевых суставах. Хват кистей правой 80%, левой – 70%. Оценка самочувствия по визуально-аналоговой шкале – 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.

Биохимический анализ крови: глюкоза – 3,2 ммоль/л, общий билирубин – 15 мкмоль/л, креатинин – 54 мкмоль/л; общий белок – 76 г/л, альбумины - 50%, глобулины:  $\alpha_1$  – 6%,  $\alpha_2$  – 14%,  $\beta$  – 12%,  $\gamma$  - 17%, СРБ – 17,2 мг/л, фибриноген – 5,8 г/л, мочевая кислота – 240 мкмоль/л.

Ревматоидный фактор: ИФА - 62 МЕ/мл (в норме до 15 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, плюсне-фаланговых суставов, единичных кистовидных просветлений.

**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 2-3 часов. Какова Ваша дальнейшая лечебная тактика? Обоснуйте Ваш выбор.

### **Задача №2.**

Больная М. 30 лет обратилась в поликлинику с жалобами на выраженные боли и припухание 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 6 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. 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 баллотирования надколенника с обеих сторон. DAS 28 = 5,6.

В лёгких дыхание везикулярное 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 пилорoduоденальной 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 сыворотки крови: альбумины - 43,7%, глобулины:  $\alpha_1$  - 4,9%,  $\alpha_2$  - 12,8%,  $\beta$ - 12,4%,  $\gamma$ - 26,2%. СРБ - 54,7 мг/л,

ревматоидный фактор (РФ) – 22,1 ЕД/л (норма 0-40 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 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

### **Задача №3.**

Больная 42 лет, домохозяйка, обратилась к участковому врачу-терапевту со следующими жалобами: в течение нескольких лет периодически отмечала общую слабость, немотивированный подъем температуры до субфебрильных цифр. Месяц назад после ОРЗ появилась умеренная болезненность и припухлость II и III пястно-фаланговых суставов, II, III, IV проксимальных межфаланговых суставов обеих кистей, лучезапястных суставов; утренняя скованность в течение 3 часов. Суставной синдром сопровождался повышением температуры тела до 37,3°C. Домашнюю работу выполняет с трудом.

Объективно: кожные покровы обычной окраски, чистые. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Левая граница относительной сердечной тупости по срединноключичной линии. Тоны сердца ритмичные. АД - 130/80 мм рт. ст. Отмечается дефигурация вышеперечисленных суставов за счёт экссудативно-пролиферативных явлений, разлитая болезненность, активные и пассивные движения ограничены, болезненны.

Общий анализ крови: лейкоциты -  $9,0 \times 10^9$ /л, СОЭ - 35 мм/час.

Биохимическое исследование крови: ревматоидный фактор (РФ)

– 1:80. Антитела к АЦЦП – 375,8 Ед/мл.

Рентгенограмма суставов кистей: обнаружен околоуставной остеопороз, сужение суставной щели, единичные узурсы костей.

**Вопросы:**

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
4. Какой будет тактика лечения данного заболевания?
5. Какой базисный препарат целесообразно назначить в данном случае и почему?

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

**VII. Рекомендуемая литература:**

**Основная:**

1. Маколкин В.И. Внутренние болезни, учеб. для студентов учреждений высш. проф. образования "Лечеб. дело" / В.И. Маколкин, С.И. Овчаренко, В.А. Сулимов.- М.: Изд. группа "ГЭОТАР-Медиа", 2015.- 764с.
2. Внутренние болезни: учеб. для студентов учреждений высш. проф. образования: в 2 т.: [с прил. на компакт-диске] / под ред. В.С. Моисеева, А.И. Мартынова, Н.А. Мухина. - 3-е изд., испр. и доп. - М. : Изд. группа "ГЭОТАР-Медиа", 2012. - Т.1, 2.

**Дополнительная учебная литература:**

1. Ревматология [Текст] : учеб. пособие / под ред. Н.А. Шостак. - М. : Изд. группа "ГЭОТАР-Медиа", 2012. - 435 с.
2. Филоненко С.П. Боли в суставах: дифференциальная диагностика: руководство С.П./ Филоненко, С.С. Якушин.- М.:ГЭОТАР – Медиа,2010.-174с.
3. Основы ревматологии: учебное пособие для студентов обуч. по спец. «Лечебное дело» / С.С. Якушин [и др.]; Ряз.гос. мед. ун-т.- Рязань: РИО РязГМУ,2015. – 130с.

**Интернет – ресурсы:**

1. ЭБС «Консультант студента «ВПО и СПО»,  
www.studmedlib.ru и www.medcollegelib.ru соответственно.
2. Библиографическая и реферативная база данных Scopus,  
www.scopus.com.
3. Национальная электронная библиотека («НЭБ»);  
<http://нэб.рф/>.
4. Коллекция книг ЭБС "Юрайт", «Юрайт» biblio-online.ru
5. Polpred.com. Обзор СМИ. Д <http://polpred.com>.

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

**Цель занятия:** : Научить студентов диагностировать спондилоартропатии и на современном уровне осуществлять дифференцированную терапию этих заболеваний. Обучить студентов современной диагностической и лечебной тактике при БНЧС.

**Форма проведения:** клиническое практическое занятие.

**Время проведения занятия** (количество астрономических часов):6

**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:

#### **ПК-6:**

способность к определению у пациента основных патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем X пересмотра.

#### **ПК-8:**

способность к определению тактики ведения пациентов с различными нозологическими формами.

### **Расчет учебного времени**

- I. Вводная часть - 30 мин.**
- II. Клиническая конференция – 30 мин.**
- III. Обсуждение материала:**

1) контроль теоретической подготовки студентов - 35 мин

**Программированный контроль:**

**1.ПРИ ДЛИТЕЛЬНОМ ПРИЕМЕ НЕСТЕРОИДНЫХ ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ПРЕПАРАТОВ САМЫМ ЧАСТЫМ ОСЛОЖНЕНИЕМ ЯВЛЯЕТСЯ ОСТРАЯ**

- А) язва желудка
- Б) сердечно-сосудистая недостаточность
- В) дыхательная недостаточность
- Г) печеночная недостаточность

**2.ДЛЯ УРОГЕННОГО РЕАКТИВНОГО АРТРИТА ХАРАКТЕРНЫМ ЯВЛЯЕТСЯ**

- А) развитие гломерулонефрита
- Б) конъюнктивит
- 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. НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫМ ПРОЯВЛЕНИЕМ ПОРАЖЕНИЯ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ ПРИ УРЕТРО-ОКУЛО-СИНОВИАЛЬНОМ СИНДРОМЕ ЯВЛЯЕТСЯ**

- А) митральный стеноз
- Б) ИБС
- В) аортальная недостаточность
- Г) кардит

**6. ДЛЯ ПОДТВЕРЖДЕНИЯ АНКИЛОЗИРУЮЩЕГО СПОНДИЛИТА ЦЕЛЕСООБРАЗНО СДЕЛАТЬ РЕНТГЕНОГРАММЫ**

- А) илиосакральных суставов
- 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 В27-АНТИГЕНОВ HLA СВОЙСТВЕННО**

- А) анкилозирующему спондилиту
- Б) ревматоидному артриту
- В) синдрому Шегрена
- Г) дерматомиозиту

**9. К ЧАСТО ВСТРЕЧАЮЩЕМУСЯ ЛАБОРАТОРНОМУ ПРИЗНАКУ ПРИ АНКИЛОЗИРУЮЩЕМ СПОНДИЛИТЕ ОТНОСЯТ**

- А) HLA-B27
- Б) ревматоидный фактор
- В) антинейтрофильные антитела
- Г) антимиохондриальные антитела

**10. АНКИЛОЗИРУЮЩИЙ СПОНДИЛИТ ЧАЩЕ ВСТРЕЧАЕТСЯ У**

- А) молодых девушек
- Б) женщин после климакса
- В) пожилых мужчин
- Г) молодых мужчин

**11. ПРЕПАРАТОМ ВЫБОРА ДЛЯ СТАРТОВОЙ ТЕРАПИИ АНКИЛОЗИРУЮЩЕГО СПОНДИЛИТА ЯВЛЯЕТСЯ**

- А) нестероидное противовоспалительное средство в постоянном режиме
- Б) сульфасалазин
- В) лефлюнамид
- 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

- 2) обсуждение с обязательным объяснением материала – 35 мин.

**IV. Вопросы для обсуждения и объяснения:**

1. Общие признаки и перекрестные синдромы спондилоартропатий.
2. Клиника и диагностика анкилозирующего спондилита.
3. Клиника и диагностика реактивных артритов.
4. Клиника и диагностика псориатического артрита.
5. Дифференциальная диагностика при БНЧС. Лечебная тактика.

**V. Клиническая работа:** курация больных - 1 ч 40 мин, разбор клинических случаев, решение ситуационных задач (при невозможности разобрать клинический случай) - 35 мин.

#### Кейс – задачи:

##### **Задача №1.**

Больной Ю. 53 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, повышение температуры до 37-37,5°C.

Объективно: состояние удовлетворительное, положение активное. АД - 150/100 мм рт. ст. ЧСС - 74 удара в минуту. ЧДД - 18 в минуту. Температура тела 37,3°C. Отмечается выраженный грудной кифоз и шейный гиперлордоз, сглаженность поясничного лордоза, болезненность при пальпации по ходу позвоночника, околопозвоночным линиям и тазобедренных суставов. Активные и пассивные движения вызывают боль.

Пробы: симптом Кушелевского I, II - положительный, проба Томайера – 65 см, Форестье - 22 см, проба подбородок-грудина – 5 см, экскурсия грудной клетки - 4 см.

Рентгенограмма позвоночника и илеосакральных сочленениях: Деформирующий спондилез, двусторонний сакроилиит, стадия 3.

Общий анализ крови: эритроциты -  $4,2 \times 10^{12}/л$ , Hb - 122 г/л, тромбоциты -  $220 \times 10^9/л$ , лейкоциты -  $10 \times 10^9/л$ , палочкоядерные

нейтрофилы – 1%, сегментоядерные нейтрофилы – 63%, моноциты – 4%, эозинофилы – 2%, лимфоциты – 30%, СОЭ – 18 мм/ч.

Иммунологические тесты: С-реактивный белок – 5 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, инъецированность склер, гиперкератоз подошв, безболезненные язвы на слизистой оболочке мягкого неба.

По органам без особенностей.

В анализе крови СОЭ – 48 мм/час.

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

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

**VII. Рекомендуемая литература:**

### **Основная:**

1. Маколкин В.И. Внутренние болезни, учеб. для студентов учреждений высш. проф. образования "Лечеб. дело" / В.И. Маколкин, С.И. Овчаренко, В.А. Сулимов.- М.: Изд. группа "ГЭОТАР-Медиа", 2015. - 764с.
2. Внутренние болезни : учеб. для студентов учреждений высш. проф. образования: в 2 т.: [с прил. на компакт-диске] / под ред. В.С. Моисеева, А.И. Мартынова, Н.А. Мухина. - 3-е изд., испр. и доп. - М. : Изд. группа "ГЭОТАР-Медиа", 2012. - Т.1, 2.

### **Дополнительная учебная литература:**

1. Ревматология [Текст] : учеб. пособие / под ред. Н.А. Шостак. - М. : Изд. группа "ГЭОТАР-Медиа", 2012.- 435 с.
2. Филоненко С.П. Боли в суставах: дифференциальная диагностика: руководство / С.П. Филоненко, С.С. Якушин.- М.:ГЭОТАР – Медиа, 2010.-174с.
3. Основы ревматологии: учебное пособие для студентов обуч. по спец. «Лечебное дело» / С.С. Якушин [и др.]; Ряз.гос. мед. Ун-т.- Рязань: РИО РязГМУ, 2015. – 130с.

### **Интернет – ресурсы:**

1. ЭБС «Консультант студента «ВПО и СПО», [www.studmedlib.ru](http://www.studmedlib.ru) и [www.medcollegelib.ru](http://www.medcollegelib.ru) соответственно.
2. Библиографическая и реферативная база данных Scopus, [www.scopus.com](http://www.scopus.com).
3. Национальная электронная библиотека («НЭБ»); <http://нэб.рф/>.
4. Коллекция книг ЭБС "Юрайт", «Юрайт» [biblio-online.ru](http://biblio-online.ru)
5. Polpred.com. Обзор СМИ. Д <http://polpred.com>.

**Тема занятия: ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ СИСТЕМНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ (СИСТЕМНАЯ КРАСНАЯ ВОЛЧАНКА, СИСТЕМНАЯ СКЛЕРОДЕРМИЯ, ИДИОПАТИЧЕСКИЕ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ МИОПАТИИ, БОЛЕЗНЬ И СИНДРОМ ШЕГРЕНА). ПОНЯТИЕ О ГЛЮКОКОРТИКОИДНОМ ОСТЕОПОРОЗЕ**

**Цель занятия:** Научить студентов диагностировать системные болезни соединительной ткани (СБСТ): системную красную волчанку (СКВ), системную склеродермию (ССД), полимиозит-дерматомиозит (ПМ-ДМ) и болезнь Шегрена (БШ) и на современном уровне осуществлять дифференцированную терапию СБСТ, диагностировать глюкокортикоидный остеопороз и проводить его профилактику и лечение.

**Форма проведения:** клиническое практическое занятие.

**Время проведения занятия** (количество астрономических часов):6

**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:

**ПК-6:**

способность к определению у пациента основных патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем X пересмотра.

**ПК-8:**

способность к определению тактики ведения пациентов с различными нозологическими формами.

## Расчет учебного времени

- I. Вводная часть - 30 мин.
- II. Клиническая конференция – 30 мин.
- III. Обсуждение материала:
  - 1) контроль теоретической подготовки студентов - 35 мин.

### Программированный контроль:

**1. ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ МИАЛГИЙ, СУСТАВНОГО СИНДРОМА У БОЛЬНЫХ СИСТЕМНОЙ СКЛЕРОДЕРМИЕЙ С ЭРОЗИВНО-ЯЗВЕННЫМИ ПОРАЖЕНИЯМИ ПИЩЕВОДА, ЖЕЛУДКА, ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ 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. ДЛЯ СИСТЕМНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКИ ХАРАКТЕРНЫМ ЯВЛЯЕТСЯ**

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

**4. ОСТЕОЛИЗ НОГТЕВЫХ ФАЛАНГ КИСТЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ СИМПТОМОМ**

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

**5. 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

**6. 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 Кастла

**7. ДИСКОИДНАЯ КРАСНАЯ ВОЛЧАНКА ЛОКАЛИЗУЕТСЯ НА**

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

**8. СИНДРОМ РЕЙНО ЧАЩЕ ЯВЛЯЕТСЯ ПЕРВЫМ ПРОЯВЛЕНИЕМ**

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



**9. КРИТЕРИЕМ ДИАГНОЗА СИСТЕМНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКИ ЯВЛЯЕТСЯ**

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

**10. ДЛЯ СИСТЕМНОЙ СКЛЕРОДЕРМИИ ХАРАКТЕРНО НАЛИЧИЕ**

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

**11. 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

**12. ДЛЯ ПОРАЖЕНИЯ ПОЧЕК ПРИ СКВ НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫМ ЯВЛЯЕТСЯ РАЗВИТИЕ**

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

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

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

**14. ИЗ СИСТЕМНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ НЕФРОТИЧЕСКИЙ СИНДРОМ НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРЕН ДЛЯ**

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

**15. 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

**16. 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

**17. К ДОПОЛНИТЕЛЬНЫМ ДИАГНОСТИЧЕСКИМ ПРИЗНАКАМ СКЛЕРОДЕРМИИ ОТНОСЯТСЯ**

- А) телеангиэктазии
- Б) остеопороз
- В) узлы Бушара
- Г) параорбитальный отёк

**18. ГЕМАТОЛОГИЧЕСКИМ ИЗМЕНЕНИЕМ, ЯВЛЯЮЩИМСЯ ТИПИЧНЫМ ДЛЯ СИСТЕМНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКИ, ЯВЛЯЕТСЯ**

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

**19. CREST-СИНДРОМ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ РАЗВИТИЕМ**

- А) синдрома Рейно
- Б) миозита
- В) кардита
- Г) пиелонефрита

**20. ПАТОГНОМИЧНЫМ ПРИЗНАКОМ ПРИ ДЕРМАТОМИОЗИТЕ СЛЕДУЕТ СЧИТАТЬ**

- А) параорбитальный отек
- Б) васкулитную «бабочку»
- В) кольцевидную эритему
- Г) синдром Рейно

**21. 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

**22. 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

**23. CREST СИНДРОМ ЭТО**

- А) кальциноз, синдром Рейно, нарушение моторики пищевода, склеродактилия, телеангиэктазии
- Б) цереброваскулит,
- В) эозинофилия, синдром Титце
- Г) цитопения, ревматоидные узелки, тромбофилия

**24. 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

**25. ТЯЖЕЛЫЙ НЕКРОТИЗИРУЮЩИЙ МИОЗИТ С РАСПАДОМ МЫШЕЧНОЙ ТКАНИ ПАТОГНОМОНИЧЕН ДЛЯ**

- А) дерматомиозита
- Б) смешанного заболевания соединительной ткани
- В) синдрома Черджа-Стросс
- Г) диффузного (эозинофильного) фасциита

**26. 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

**27. 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

**28. 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

**29. К НАИБОЛЕЕ ЧАСТОЙ ЛОКАЛИЗАЦИИ ДИСКОИДНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКИ ОТНОСЯТ**

- А) лицо
- Б) предплечья, голени
- В) грудь
- Г) волосистая часть головы

**30. НАИЛУЧШУЮ ПЕРЕНОСИМОСТЬ С ВЫРАЖЕННЫМ КЛИНИЧЕСКИМ ЭФФЕКТОМ СОЧЕТАЕТ В СЕБЕ**

- А) метилпреднизолон
- Б) преднизолон
- В) триамцинолон
- Г) гидрокортизон

**31. ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ «ПУЛЬС ТЕРАПИИ» ИСПОЛЬЗУЕТСЯ ДОЗА ГЛЮКОКОРТИКОСТЕРОИДОВ (ПРЕДНИЗОЛОН) В \_\_\_\_\_ МГ**

- А) 1000
- Б) 80-100
- В) 500
- Г) 5000

**32. ЛАБОРАТОРНЫМ ПОКАЗАТЕЛЕМ СИСТЕМНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКИ ЯВЛЯЕТСЯ НАЛИЧИЕ**

- А) гемолитической анемии
- Б) лейкоцитоза
- В) гиперхромной анемии
- Г) абсолютной эозинофилии

**33. К ТИПИЧНЫМ ЛАБОРАТОРНЫМ ПРОЯВЛЕНИЯМ СИСТЕМНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКИ ОТНОСИТСЯ**

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

**34. ПОРАЖЕНИЕ КОЖИ ПРИ СИСТЕМНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКЕ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ ПОЯВЛЕНИЕМ**

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

**35.МАРКЕРОМ СИСТЕМНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКИ ЯВЛЯЕТСЯ**

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

**36.КЛИНИЧЕСКИМ ПРОЯВЛЕНИЕМ CREST-СИНДРОМА ЯВЛЯЕТСЯ**

- А) телеангиэктазия
- Б) проксимальная миопатия
- В) поражение кишечника
- Г) поражение почек

**37.ПРИЗНАКОМ ДЕРМАТОМИОЗИТА ЯВЛЯЕТСЯ**

- А) супраорбитальный отек и гиперемия кожи около глаз

- Б) «бабочка» на лице
- В) остеолит ногтевых фаланг
- Г) деформация суставов

**38. ДИАГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ПРИ ДЕРМАТОМИОЗИТЕ ИМЕЕТ**

- А) высокая активность креатинфосфокиназы
- Б) повышение уровня острофазовых белков
- В) умеренный лейкоцитоз
- Г) наличие гемолитической анемии

**39. ПРИ ЕЖЕДНЕВНОМ ИСПОЛЬЗОВАНИИ ГЛЮКОКОРТИКОСТЕРОИДОВ УГНЕТЕНИЕ ФУНКЦИИ НАДПОЧЕЧНИКОВ НАСТУПАЕТ ЧЕРЕЗ**

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

- 2) обсуждение с обязательным объяснением материала - 35мин.

**IV. Вопросы для обсуждения и объяснения:**

1. Клиника, диагностика и лечение СКВ.
2. Клиника, диагностика и лечение ССД.
3. Клиника, диагностика и лечение ПМ-ДМ.
4. Клиника, диагностика и лечение БШ.
5. Дифференциальная диагностика СБСТ.

**V. Клиническая работа:** курация больных - 1 ч 40 мин,  
разбор клинических случаев, решение ситуационных задач (при невозможности разобрать клинический случай) - 35 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 течении 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 °С. 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.

- Наиболее вероятный диагноз?

- А. Первичный амилоидоз.
- Б. Хронический гломерулонефрит.
- В. Системная красная волчанка.
- Г. Туберкулез.
- Д. Ревматоидный артрит.

• Какие лабораторные показатели могут подтвердить предполагаемый диагноз?

- А. Повышение уровня ангиотензинпревращающего фермента.
- Б. Гипергаммаглобулинемия.
- В. Ревматоидный фактор.
- Г. Антитела к нативной ДНК.

• Какие факторы играют роль в развитии основного заболевания?

- А. Вирусы.
- Б. Бактерии.
- В. Наследственность.
- Г. Злоупотребление алкоголем.
- Д. Половые гормоны.

• Какие препараты следует выбрать для лечения?

- А. Индометацин.
- Б. Плаквенил.
- В. Преднизолон 30 мг.

Г. Преднизолон 60 мг.

Д. Азатиоприн.

• Поражение каких органов наиболее часто определяет прогноз основного заболевания?

А. Сердце.

Б. Почки.

В. Печень.

Г. Центральная нервная система.

Д. Надпочечники.

### **Задача №3.**

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 1 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 остеолиз 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 №4.**

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  $232 \times 10^9/л$ ; СОЭ 18 мм/час.

Биохимический анализ крови: мочевина 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

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

**Рекомендуемая литература:**

**Основная:**

1. Маколкин В.И. Внутренние болезни, учеб. для студентов учреждений высш. проф. образования "Лечеб. дело" / В.И. Маколкин, С.И. Овчаренко, В.А. Сулимов.- М.: Изд. группа "ГЭОТАР-Медиа", 2015. - 764с.
2. Внутренние болезни : учеб. для студентов учреждений высш. проф. образования: в 2 т.: [с прил. на компакт-диске] / под ред. В.С. Моисеева, А.И. Мартынова, Н.А. Мухина. - 3-е изд., испр. и доп. - М. : Изд. группа "ГЭОТАР-Медиа", 2012. - Т.1, 2.

**Дополнительная учебная литература:**

1. Ревматология [Текст] : учеб. пособие / под ред. Н.А. Шостак. - М. : Изд. группа "ГЭОТАР-Медиа", 2012.- 435 с.
2. Филоненко С.П. Боли в суставах: дифференциальная диагностика: руководство / С.П. Филоненко, С.С. Якушин.- М.:ГЭОТАР – Медиа, 2010.-174с.
3. Основы ревматологии: учебное пособие для студентов обуч. по спец. «Лечебное дело» / С.С. Якушин [и др.]; Ряз.гос. мед. Ун-т.- Рязань: РИО РязГМУ, 2015. – 130с.

**Интернет – ресурсы:**

1. ЭБС «Консультант студента «ВПО и СПО», [www.studmedlib.ru](http://www.studmedlib.ru) и [www.medcollegelib.ru](http://www.medcollegelib.ru) соответственно.
2. Библиографическая и реферативная база данных Scopus, [www.scopus.com](http://www.scopus.com).
3. Национальная электронная библиотека («НЭБ»); <http://нэб.рф/>.
4. Коллекция книг ЭБС "Юрайт", «Юрайт» [biblio-online.ru](http://biblio-online.ru)
5. Polpred.com. Обзор СМИ. Д <http://polpred.com>.

## **Тема занятия: ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ СИСТЕМНЫХ ВАСКУЛИТОВ (УЗЕЛКОВЫЙ ПОЛИАРТЕРИИТ, МИКРОСКОПИЧЕСКИЙ ПОЛИАРТЕРИИТ, ГРАНУЛЕМАТОЗ С ПОЛИАНГИИТОМ ВЕГЕНЕРА, СИНДРОМ ЧЕРДЖА-СТРОСС, ГЕМОРРАГИЧЕСКИЙ ВАСКУЛИТ, НЕСПЕЦИФИЧЕСКИЙ АОРТОАРТЕРИИТ)**

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

**Форма проведения:** клиническое практическое занятие.

**Время проведения занятия** (количество астрономических часов):6

**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:

#### **ПК-6:**

способность к определению у пациента основных патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем X пересмотра.

#### **ПК-8:**

способность к определению тактики ведения пациентов с различными нозологическими формами.

### **Расчет учебного времени**

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

### **III. Обсуждение материала:**

- 1) контроль теоретической подготовки студентов - 35 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) пурпуру 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) ГЕМОРРАГИЧЕСКИЙ ВАСКУЛИТ.**

- А) а, б

Б) а, в, г

В) б, в

Г) а, г

2) обсуждение с обязательным объяснением материала - 35мин.

#### **IV. Вопросы для обсуждения и объяснения:**

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

**V. Клиническая работа:** курация больных - 1 ч 40 мин, разбор клинических случаев, решение ситуационных задач (при невозможности разобрать клинический случай) - 35 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:**

- а. Какой диагноз предполагаете?
- б. План лечебных мероприятий.
- в. Содержание иммуноглобулинов какого класса повышено при данном заболевании?
- г. Назовите калибр поражения сосудов при этом заболевании?
- д. 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  $38^{\circ}\text{C}$ , 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 голених 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  $320 \times 10^9$ /л, лейкоциты  $11.3 \times 10^9$ /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 12 ед/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  $3,9 \times 10^9/\text{л}$ , Нб 106г/л, лейкоциты- $10,9 \times 10^9/\text{л}$ , эозинофилы-1%, нейтрофилы-64%, лимфоциты-27%, моноциты-8%, тромбоциты- $532 \times 10^9/\text{л}$ , 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:

1. Маколкин В.И. Внутренние болезни, учеб. для студентов учреждений высш. проф. образования "Лечеб. дело" / В.И. Маколкин, С.И. Овчаренко, В.А. Сулимов.- М.: Изд. группа "ГЭОТАР-Медиа", 2015. - 764с.
2. Внутренние болезни: учеб. для студентов учреждений высш. проф. образования: в 2 т.: [с прил. на компакт-диске] / под ред. В.С. Моисеева, А.И. Мартынова, Н.А. Мухина. - 3-е изд., испр. и доп. - М. : Изд. группа "ГЭОТАР-Медиа", 2012.- Т. 1,2.

#### Дополнительная учебная литература:

1. Ревматология [Текст] : учеб. пособие / под ред. Н.А. Шостак. - М. : Изд. группа "ГЭОТАР-Медиа", 2012. - 435 с.
2. Филоненко С.П. Боли в суставах: дифференциальная диагностика: руководство / С.П. Филоненко, С.С. Якушин.- М.: ГЭОТАР – Медиа, 2010.-174с.

3. Основы ревматологии: учебное пособие для студентов обуч. по спец. «Лечебное дело» / С.С. Якушин [и др.]; Ряз.гос. мед. ун-т.-Рязань: РИО РязГМУ, 2015. – 130с.

#### **Интернет – ресурсы:**

1. ЭБС «Консультант студента «ВПО и СПО», [www.studmedlib.ru](http://www.studmedlib.ru) и [www.medcollegelib.ru](http://www.medcollegelib.ru) соответственно.

2. Библиографическая и реферативная база данных Scopus, [www.scopus.com](http://www.scopus.com).

3. Национальная электронная библиотека («НЭБ»); <http://нэб.рф/>.

4. Коллекция книг ЭБС "Юрайт", «Юрайт» [biblio-online.ru](http://biblio-online.ru)

5. Polpred.com. Обзор СМИ. Д <http://polpred.com>.

## **Тема занятия: ДИАГНОСТИКА, ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ МИКРОКРИСТАЛЛИЧЕСКИХ АРТРОПАТИЙ (ПАДАГРА, ПИРОФОСФАТНАЯ АРТРОПАТИЯ). ДИАГНОСТИКА, ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ОСТЕОАРТРИТА**

**Цель занятия:** изучить особенности диагностики и дифференциальной диагностики и лечения микрокристаллических артропатий и остеоартрита, тактику ведения больных в зависимости от индивидуальных особенностей пациентов.

**Форма проведения:** клиническое практическое занятие.

**Время проведения занятия** (количество астрономических часов):6

**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:

#### **ПК-6:**

способность к определению у пациента основных патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем X пересмотра.

#### **ПК-8:**

способность к определению тактики ведения пациентов с различными нозологическими формами.

### **Расчет учебного времени**

- I. Вводная часть - 30 мин.**
- II. Клиническая конференция – 30 мин.**
- III. Обсуждение материала:**

- 1) контроль теоретической подготовки студентов - 35 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 H<sub>2</sub>-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

2) обсуждение с обязательным объяснением материала - 35мин.

#### **IV. Вопросы для обсуждения и объяснения:**

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.

**V. Клиническая работа:** курация больных - 1 ч 40 мин, разбор клинических случаев, решение ситуационных задач (при невозможности разобрать клинический случай) - 35 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.

##### **Вопросы:**

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 дефигурация 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:**

Предполагаемый диагноз?

Какие дополнительные исследования следует назначить для уточнения диагноза?

Какие изменения на рентгенограмме вы ожидаете обнаружить?

Лечение.

### **Задача №3.**

Больной 54 лет, зубной техник.

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

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. АД130/80 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: мочеви́на 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:**



1.Маколкин В.И. Внутренние болезни, учеб. для студентов учреждений высш. проф. образования "Лечеб. дело" / В.И. Маколкин, С.И. Овчаренко, В.А. Сулимов.- М.: Изд. группа "ГЭОТАР-Медиа", 2015. - 764с.

2.Внутренние болезни : учеб. для студентов учреждений высш. проф. образования: в 2 т.: [с прил. на компакт-диске] / под ред. В.С. Моисеева, А.И. Мартынова, Н.А. Мухина. - 3-е изд., испр. и доп. - М. : Изд. группа "ГЭОТАР-Медиа", 2012. - Т.1, 2.

#### **Дополнительная учебная литература:**

1.Ревматология [Текст] : учеб. пособие / под ред. Н.А. Шостак. - М. : Изд. группа "ГЭОТАР-Медиа",2012.- 435 с.

2.Филоненко С.П. Боли в суставах: дифференциальная диагностика: руководство / С.П. Филоненко, С.С.Якушин.- М.:ГЭОТАР – Медиа, 2010.-174с.

3.Основы ревматологии: учебное пособие для студентов обуч. по спец. «Лечебное дело» / С.С. Якушин [и др.]; Ряз.гос. мед. Ун-т.- Рязань: РИО РязГМУ,2015. – 130с.

#### **Интернет – ресурсы:**

1. ЭБС «Консультант студента «ВПО и СПО», [www.studmedlib.ru](http://www.studmedlib.ru) и [www.medcollegelib.ru](http://www.medcollegelib.ru) соответственно.

2. Библиографическая и реферативная база данных Scopus, [www.scopus.com](http://www.scopus.com).

3. Национальная электронная библиотека («НЭБ»); <http://нэб.рф/>.

4. Коллекция книг ЭБС "Юрайт", «Юрайт» [biblio-online.ru](http://biblio-online.ru)

5. Polpred.com. Обзор СМИ. Д <http://polpred.com>.