Министерство здравоохранения Республики Беларусь

Учреждение образования «Витебский государственный ордена Дружбы народов медицинский университет»

Кафедра общей врачебной практики

|  |  |
| --- | --- |
| СОГЛАСОВАНОначальник отдела организации медицинской помощи главного управления по здравоохранению Тишина Елена Васильевна\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  | Утверждено на заседании кафедрыпротокол №1 от «28» августа 2024 г. |

**МЕТОДИЧЕСКИЕ УКАЗАНИЯ ОБУЧАЮЩИМСЯ**

**ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ КЛИНИЧЕСКИХ ПРАКТИЧЕСКИХ ЗАНЯТИЙ**

**ПО ДИСЦИПЛИНЕ “ВНУТРЕННИЕ БОЛЕЗНИ"**

**СПЕЦИАЛЬНОСТИ 1-79 01 01 «Лечебное дело»**

**V КУРС ЛЕЧЕБНЫЙ ФАКУЛЬТЕТ 10 семестр**

**ОЧНАЯ ФОРМА ОБРАЗОВАНИЯ**

**Тема занятия:** Болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани. Острая ревматическая лихорадка. Хроническая ревматическая болезнь сердца. Приобретенные пороки сердца. Пролабирование створок митрального клапана. Малые аномалии сердца.

**Продолжительность:** 6 часов

Составители:

Л.Р. Выхристенко, зав. кафедрой, д.м.н., профессор

К.Г. Шилина, ассистент

Витебск, 2024 г.

**ТЕМА 1.** Болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани. Острая ревматическая лихорадка. Хроническая ревматическая болезнь сердца. Приобретенные пороки сердца. Пролабирование створок митрального клапана. Малые аномалии сердца.

**Цель занятия**

Формирование клинического мышления и приобретение научных знаний об этиологии, патогенезе, клинических проявлениях, методах диагностики, лечения и профилактики острой ревматической лихорадки, хронической ревматической болезни сердца, приобретенных пороков клапанов сердца и малых аномалий сердца.

**Воспитательные цели**

Ознакомление сдостижениями Республики Беларусь в области кардиологии, организацией медицинской помощи пациентам с острой ревматической лихорадкой и приобретенными пороками сердца, нормами профессиональной деятельности при ведении пациентов кардиологического, ревматологического профилей с учётом этики и деонтологии.

**Задачи занятия**

Приобретение академических компетенций и формирование социально-личностных и профессиональных компетенций, основа которых заключается в знании и применении:

* методов проведения индивидуального обследования пациентов;
* тактики установления диагноза и проведения дифференциальной диагностики;
* методики составления плана обследования пациента и оценки результатов лабораторных и инструментальных методов исследования;
* методов и лекарственных средств терапевтического лечения заболеваний внутренних органов;
* методов профилактики заболеваний внутренних органов;
* принципов медицинской экспертизы и программ медицинской реабилитации пациентов с заболеваниями внутренних органов;
* методов оказания неотложной медицинской помощи при основных заболеваниях внутренних органов.

**Мотивационная характеристика необходимости изучения темы**

«Внутренние болезни» являются основополагающей учебной дисциплиной, вырабатывающей диагностические навыки, знания и умения для оказания медицинской помощи пациентам. В процессе изучения учебной дисциплины студенты приобретают исследовательские навыки, умение работать самостоятельно над алгоритмами дифференциальной диагностики симптомосходных заболеваний, используя приемы сравнительного анализа.

**Вопросы для самоподготовки:**

1. Достижения Республики Беларусь в области кардиологии.
2. Острая ревматическая лихорадка: определение, этиология, патогенез, классификация, клинические проявления. Диагностика и диагностические критерии острой ревматической лихорадки, дифференциальная диагностика. Этика и деонтология при взаимодействии с пациентами с острой ревматической лихорадкой.
3. Лечение острой ревматической лихорадки. Особенности назначения антибактериальной терапии пациентам с острой ревматической лихорадкой. Выбор и оценка эффективности антибактериальной терапии. Исходы острой ревматической лихорадки. Первичная и вторичная профилактика острой ревматической лихорадки. Эпидемиологическая безопасность при оказании медицинской помощи пациентам с острой ревматической лихорадкой.
4. Хроническая ревматическая болезнь сердца. Определение, диагностика. Тактика ведения пациентов. Особенности течения хронической ревматической болезни сердца у пациентов пожилого и старческого возраста. Особенности терапевтической тактики. Медицинская реабилитация пациентов с хронической ревматической болезнью сердца: виды, показания, противопоказания.
5. Приобретенные пороки сердца: недостаточность митрального клапана, митральный стеноз, недостаточность аортального клапана, аортальный стеноз. Этиология, патогенез нарушений гемодинамики. Клинические проявления, прямые и косвенные признаки недостаточности митрального клапана. Осложнения приобретенных пороков сердца. Причины декомпенсации пороков сердца. Прогноз приобретенных пороков сердца.
6. Сочетанные и комбинированные пороки сердца: особенности клинической картины, определение преобладания порока, диагностика, течение, осложнения, прогноз. Относительная и абсолютная недостаточность клапанов.
7. Значение инструментальных методов в диагностике пороков сердца (ЭКГ, ЭхоКГ, рентгенография сердца, МРТ). Принципы лечения пороков сердца, показания к оперативному лечению. Особенности врачебной тактики ведения пациентов с протезированными клапанами.
8. Малые аномалии сердца, диагностика, значение ЭКГ и ЭхоКГ, течение, осложнения, прогноз, принципы терапевтического лечения, показания к оперативному лечению. Пролабирование створок митрального клапана. Определение. Причины развития первичного и вторичного пролапса митрального клапана. Классификация, диагностика пролапса митрального клапана. Принципы терапевтического лечения, показания к оперативному лечению пролапса митрального клапана.
9. Неотложная помощь при отёке лёгких, инфаркте миокарда, пароксизмальной форме фибрилляции предсердий, тромбоэмболии лёгочной артерии.

**Вопросы для аудиторного контроля знаний:**

1. Этика и деонтология при взаимодействии с пациентами с острой ревматической лихорадкой.
2. Острая ревматическая лихорадка. Определение, этиология, патогенез, классификация.
3. Клинические проявления острой ревматической лихорадки.
4. Диагностика и диагностические критерии острой ревматической лихорадки.
5. Дифференциальная диагностика острой ревматической лихорадки.
6. Лечение острой ревматической лихорадки. Особенности назначения антибактериальной терапии пациентам с острой ревматической лихорадкой. Выбор и оценка эффективности антибактериальной терапии.
7. Исходы острой ревматической лихорадки. Первичная и вторичная профилактика острой ревматической лихорадки.
8. Эпидемиологическая безопасность при оказании медицинской помощи пациентам с острой ревматической лихорадкой.
9. Хроническая ревматическая болезнь сердца. Определение, диагностика. Тактика ведения пациентов.
10. Приобретенные пороки сердца: недостаточность митрального клапана. Этиология, патогенез нарушений гемодинамики. Клинические проявления, прямые и косвенные признаки недостаточности митрального клапана.
11. Приобретенные пороки сердца: митральный стеноз. Этиология, патогенез нарушений гемодинамики. Клинические проявления, прямые и косвенные признаки митрального стеноза.
12. Приобретенные пороки сердца: недостаточность аортального клапана. Этиология, патогенез нарушений гемодинамики. Клинические проявления, прямые и косвенные признаки недостаточности аортального клапана.
13. Приобретенные пороки сердца: аортальный стеноз. Этиология, патогенез нарушений гемодинамики. Клинические проявления, прямые и косвенные признаки аортального стеноза.
14. Значение инструментальных методов в диагностике пороков сердца (ЭКГ, ЭхоКГ, рентгенография сердца, МРТ).
15. Сочетанные и комбинированные пороки сердца: особенности клинической картины, определение преобладания порока, диагностика, течение, осложнения, прогноз. Относительная и абсолютная недостаточность клапанов.
16. Осложнения приобретенных пороков сердца. Причины декомпенсации пороков сердца. Прогноз приобретенных пороков сердца.
17. Принципы лечения пороков сердца, показания к оперативному лечению. Особенности врачебной тактики ведения пациентов с протезированными клапанами.
18. Малые аномалии сердца, диагностика, значение ЭКГ и ЭхоКГ, течение, осложнения, прогноз, принципы терапевтического лечения, показания к оперативному лечению.
19. Пролабирование створок митрального клапана. Определение. Причины развития первичного и вторичного пролапса митрального клапана. Классификация, диагностика пролапса митрального клапана. Принципы терапевтического лечения, показания к оперативному лечению пролапса митрального клапана.
20. Достижения Республики Беларусь в области кардиологии.
21. Медицинская реабилитация пациентов с хронической ревматической болезнью сердца: виды, показания, противопоказания.
22. Особенности течения хронической ревматической болезни сердца у пациентов пожилого и старческого возраста. Особенности терапевтической тактики.
23. Неотложная помощь при отёке лёгких, инфаркте миокарда, пароксизмальной форме фибрилляции предсердий, тромбоэмболии лёгочной артерии.

ХОД ЗАНЯТИЯ

Теоретическая часть

 Всю необходимую информацию для подготовки к занятию можно найти в системе дистанционного обучения ВГМУ (Факультеты→Лечебный факультет→Кафедра общей врачебной практики→Внутренние болезни (ЛФ 5 курс).

Изложение теоретического материала должно быть ёмким, последовательным в соответствии с перечнем контрольных вопросов по теме занятия. Ссылки на используемые источники указывать в процессе их упоминания согласно списку используемой литературы.

При изложении вопросов, касающихся диагностики и лечения, рекомендуется акцентировать внимание на современных методах и рекомендациях (согласно клиническим протоколам Министерства здравоохранения Республики Беларусь, национальным и международным клиническим рекомендациям).

Практическая часть

**Клинические кейсы:**

**Инструкция по работе с кейсами по теме занятия**

1. Разделитесь на две равные по количеству человек подгруппы.
2. Каждая из подгрупп работает со своим клиническим кейсом (подгруппа №1 работает с кейсом №1, подгруппа №2 – с кейсом №2).
3. Ознакомьтесь с условием клинического кейса.
4. Выставьте предварительный диагноз, исходя из предоставленной в кейсе информации. Подготовьте аргументы в пользу выставленного диагноза, перечислите диагностические критерии данного заболевания.
5. Составьте необходимый план обследования для подтверждения диагноза, используя клинические протоколы Министерства здравоохранения Республики Беларусь, международные клинические рекомендации по ведению пациентов с подозреваемой патологией.
6. Назначьте индивидуализированную схему лечения данного заболевания в случае подтверждения вашего диагноза (согласно клиническим протоколам Министерства здравоохранения Республики Беларусь, в том числе с использованием международных клинических рекомендаций по ведению пациентов с подозреваемой Вами патологией.

Время самостоятельной работы с клиническим кейсом – 20 минут. Далее один из членов каждой подгруппы в ходе открытого выступления выносит на обсуждение варианты решения клинического кейса. В рамках групповой дискуссии обсуждаются разные точки зрения, при помощи преподавателя выбирается лучший алгоритм действий в конкретной клинической ситуации. После этого преподаватель подводит итоги работы и помогает разобраться с вопросами, возникшими в ходе решения кейса.

**Кейс №1.**

Пациент Б., 18 лет, жалуется на боль, припухание правого локтевого сустава, коленных суставов, левого голеностопного сустава, дискомфорт в области сердца, перебои в работе сердца, одышку при физической нагрузке, повышение температуры тела до 38 0С.

Анамнез: считает себя больным около 1 недели, когда впервые появилась боль в правом голеностопном суставе. Через несколько дней боль в левом голеностопном суставе исчезла, но появилась боль и припухание обоих коленных суставов, левого голеностопного сустава, повысилась температура тела до 37,8 0С. В течение последней недели стал замечать усталость, дискомфорт в области сердца, перебои в работе сердца, появление и постепенное нарастание одышки. Самостоятельно не лечился. Отмечает, что в прошлом месяце находился на больничном листе по поводу острого фарингита.

Объективно: дефигурация правого локтевого сустава, коленных суставов, левого голеностопного сустава за счёт скопления выпота, локальная гипертермия над ними. При проведении аускультации сердца: ослабление I-го тона, тахикардия, единичные экстрасистолы.

**Кейс №2.**

Пациент Д., 40 лет, жалуется на одышку, сердцебиение, кашель.

Анамнез: незначительную одышку и периодическое ощущение сердцебиения отмечает в течение 5 лет. Около двух недель назад заболел ангиной с появлением высокой температуры, кашля. В ночь перед обращением к врачу не мог спать из-за выраженной одышки, усиливающейся в горизонтальном положении. В подростковом возрасте часто болел ангинами, на фоне которых беспокоила боль в крупных суставах. Наблюдался у невролога по поводу хореи.

Объективно: ортопноэ, акроцианоз, отёки нижних конечностей. Аускультация лёгких: в нижних отделах лёгких выслушиваются мелкопузырчатые хрипы. ЧД - 28 в минуту. При перкуссии сердца – расширение границ сердца. При аускультации сердца – аритмия с отсутствием периодов правильного ритма. На верхушке трёхчленная мелодия с низким глухим дополнительным компонентом, акцент II тона над лёгочной артерией. Трёхчленная мелодия выслушивается в точке Боткина. Систолический и протодиастолический шум на верхушке. Систолический шум на верхушке усиливается на выдохе, проводится в аксиллярную область. ЧСС – 110 в минуту. Артериальное давление - 100/60 мм рт. ст. Печень увеличена, слегка болезненна при пальпации.

**«Мозговой штурм»**

Формат «мозгового штурма» проводится в рамках открытой дискуссии между студентами учебной группы под наблюдением преподавателя.

**Инструкция по изучению темы занятия методом «мозгового штурма»**

1. В рамках предложенной клинической ситуации ознакомьтесь с условием проблемы, которую необходимо решить.
2. Предложите наиболее рациональный с Вашей точки зрения алгоритм решения проблемы, вынесите его на открытую дискуссию.

В рамках групповой дискуссии обсуждаются предложенные алгоритмы решения проблемы, путём открытого голосования выбирается лучший из них. После этого преподаватель подводит итоги работы и помогает разобраться с вопросами, возникшими в ходе решения проблемы.

**Клиническая ситуация.**

Вы – врач общей практики. К Вам на приём обратилась пациентка 55-и лет, недавно перенесшая операцию на сердце в связи с недостаточностью митрального клапана в рамках хронической ревматической болезни сердца (было произведено протезирование митрального клапана, установлен механический протез). Для профилактики тромбозов врачом-кардиологом был назначен варфарин. Пациентка от приёма вафарина отказывается. Ваша тактика действий?

**Контроль усвоения темы**

**Тесты для проверки уровня знаний**

1. Ревматическая лихорадка вызывается:

-1. Стафилококком

-2. Вирусом Эпштейна-Барр

-3. Пневмококком

+4. β-гемолитическим стрептококком группы А

-5. Возбудитель неизвестен

2. «Большими» критериями острой ревматической лихорадки являются:

-1. Ревмокардит, артралгии, малая хорея, узловатая эритема, ревматические узелки

-2. Ревмокардит, полиартрит, кольцевидная эритема, тофусы, узловатая эритема

-3. Вальвулит, артралгии, малая хорея, лихорадка, ревматические узелки

+4. Ревмокардит, полиартрит, малая хорея, ревматические узелки, кольцевидная эритема

-5. Эндокардит, полиартрит, ревматические узелки, малая хорея, лихорадка.

3. Развитию артрита, кардита и клапанных повреждений при ревматической лихорадке способствует:

+1. Молекулярная мимикрия антигенов ревматогенных штаммов стрептококков группы А с белками синовиальной оболочки, сердечной мышцы и клапанов сердца

-2. Прямое повреждающее действие бета-гемолитического стрептококка группы А на синовиальные оболочки, миокард и клапаны сердца

-3. Предшествующая патология сердца и суставов

-4. Развитие неспецифического мультиорганного поражения на фоне снижения иммунной реактивности с преимущественным воздействием на суставы, миокард и клапаны сердца

-5. Развивающееся ишемическое повреждение синовиальной оболочки, сердечной мышцы и клапанов сердца

4. При острой ревматической лихорадке наиболее распространёнными сердечными проявлениями являются:

+1. Недостаточность митрального клапана, сочетание эндокардита с очаговым миокардитом, сухой перикардит, иногда недостаточность аортального клапана

-2. Митральный и аортальный стенозы

-3. Митральный стеноз с недостаточностью трикуспидального клапана

-4. Миокардит

-5. Дилятационная кардиомиопатия

5. Пациентка 10 лет резко изменила своё поведение: стала смеяться в школе на уроках, раздражительна, капризна, может расплакаться во время игры со сверстниками или приёма пищи. Движения рук и ног стали резкими, появились частые нерегулярные подёргивания. Постоянно гримасничает. Речь пациентки скандирующая, взрывная, появилось лёгкое заикание. Подруги стали жаловаться на применение силы со стороны пациентки во время игр (может сильно схватить за руки). Резко снизились аппетит, потребление воды и соков. О чём говорит указанное поведение?

+1. Хорея Сиденхема

-2. Обсессивно-компульсивное поведение

-3. Тревожно-депрессивное расстройство

-4. Синдром дефицита внимания с гиперреактивностью

-5. Синдром Жиля де ля Туретта

6. Диагноз острой ревматической лихорадки основывается на:

+1. Применении модифицированных критериев Джонса к данным анамнеза и обследования (обследование на стрептококки группы А, ЭКГ, эхокардиография с допплером, СОЭ, уровень С-реактивного белка)

-2. Применении модифицированных критериев Джонса к данным анамнеза и обследования (ЭКГ, эхокардиография с допплером, СОЭ, уровень С-реактивного белка, биопсия ревматических узелков, рентгенография поражённых суставов, рентгенография органов грудной клетки)

-3. Клинических данных в сочетании с комплексным обследованием (общий анализ крови, общий анализ мочи, развёпнутый биохимический анализ крови, ЭКГ, эхокардиография, суточное мониторирование ЭКГ и АД, тредмил-тест, рентгенография поражённых суставов, рентгенография органов грудной клетки)

-4. Молифицированных критериях Джонса

-5. Клинических данных в сочетание с диспансерным обследованием

7. Постановка диагноза острой ревматической лихорадки по модифицированным критериям Джонса требует:

+1. Наличие 2 больших (основных) критериев или 1 большого и 2 малых (дополнительных) критериев в совокупности с доказательствами перенесенной стрептококковой инфекции

-2. Наличие 5 больших (основных) критериев и 1 малого (дополнительного) критерия

-3. Наличие 1 большого (основного) критерия и 1 малого (дополнительного) критерия в совокупности с доказательствами перенесенной стрептококковой инфекции

-4. Наличие 5 любых критериев

-5. Диагноз острой ревматической лихорадки не требует применения модифицированных критериев Джонса

8. Для долгосрочной антистрептококковой профилактики используется:

+1. Бензатина бензилпенициллин

-2. Доксициклин

-3. Левофлоксацин

-4. Метронидазол

-5. Канамицин

9. Пациент без кардита после острой ревматической лихорадки должен получать долгосрочную антистрептококковую профилактику:

+1. В течение 5 лет или до 21 года (как минимум)

-2. В течение 6 месяцев

-3. В течение 1 года

-4. Пожизненно

-5. До снижения СОЭ ниже 10 мм/час

10. Пациентам с острой ревматической лихорадкой и кардитом средней или тяжелой степени рекомендуется:

+1. Преднизолон 1 мг/кг/сутки перорально

-2. Ибупрофен 400 мг 3 раза в сутки перорально

-3. Смена перорального антибиотика на парентеральный

-4. Варфарин 2,5-5 мг/сутки перорально под контролем МНО

-5. Метопролол 25 мг/сутки парентерально

11. При хронической ревматической болезни сердца наиболее распространёнными сердечными проявлениями являются:

-1. Недостаточность митрального клапана, перикардит, иногда недостаточность аортального клапана

+2. Митральный стеноз, сочетаный аортальный порок и трикуспидальная недостаточность

-3. Расслоение аневризмы аорты

-4. Миокардит

-5. Дилятационная кардиомиопатия

12. Чем может проявляться застой в легочных венах у пациентов с митрально-аортальным пороком?

-1. Кашлем с отхождением ржавой мокроты.

-2. Появлением прожилок крови в мокроте.

-3. Приступами удушья с отхождением розоватой, пенистой мокроты.

+4. Всеми упомянутыми симптомами.

-5. Ни одним из упомянутых симптомов.

13. К причинам острой митральной недостаточности относится:

+1. Острая ревматическая лихорадка

-2. Гипертрофическая кардиомиопатия

-3. Констриктивный перикардит

-4. Легочная гипертензия

-5. Тромбоэмболия

14. У пациента с митральной регургитацией при аускультации сердца в области верхушки выслушивается:

-1. Чёткий средне-систолический щелчок, который лучше всего выслушивается в положении лёжа на левом боку

-2. Чёткий средне-систолический щелчок с поздним систолическим шумом, который усиливается при пробе Вальсальвы

+3. I сердечный тон (S1) может быть ослаблен или громким, появляется III тон (S3); пансистолический шум, который лучше всего выслушивается в положении лёжа на левом боку, а при пробе Вальсальвы уменьшается

-4. Громкий I сердечный тон (S1), нормально расщеплённый S2, ранний щелчок диастолического открытия и низкотональный декрещендо-крещендо грохочущий диастолический шум на пике выдоха, который усиливается при пробе Вальсальвы

-5. I сердечный тон (S1) и ранний щелчок диастолического открытия отсутствуют; после нормально-расщеплённого S2 – низкотональный декрещендо-крещендо грохочущий диастолический шум на пике выдоха, который усиливается при пробе Вальсальвы

15. Какая терапия наиболее оптимальна для пациента с митральной недостаточностью при наличии дилятации или дисфункции левого желудочка:

+1. Валсартан, сакубитрил, эплеренон, карведилол

-2. Лизиноприл, торасемид, индапамид, амлодипин, изосорбида мононитрат

-3. Лизиноприл, розувастатин, торасемид, спиронолактон

-4. Лизиноприл, дигоксин, торасемид, спиронолактон, ривароксабан

-5. Лозартан, лерканидипин, индапамид, розувастатин, ривароксабан,

16. У пациента с хронической митральной недостаточностью при рентгенографии органов грудной клетки можно выявить:

-1. Кальциноз створок аортального клапана (в боковой проекции), признаки сердечной недостаточности: размеры сердца нормальные или слегка увеличенные

+2. Расширение левого предсердия и левого желудочка, рентгенологические признаки легочного застоя

-3. Сглаживание талии и левой граница сердца из-за расширения ушка левого предсердия: может быть виден основной ствол легочной артерии, расширенные легочные вены верхних долей и линии Керли при выраженной легочной гипертензии, может определяться двойная тень увеличенного левого предсердия по правой границе сердца

-4. Увеличенный корень аорты и кардиомегалию, симптомы отёка лёгких при декомпенсации порока

-5. Нет типичных изменений

17. Нормальная площадь открытия митрального клапана при эхокардиографии:

+1. 4-5 см2

-2. 6-8 см2

-3. 2,5-4 см2

-2. 1,5-2,5 см2

-2. <1,5 cм2

18. При митральном стенозе на ЭКГ могут быть выявлены следующие изменения:

+1. Признаки увеличения левого предсердия: зубец P >0,12 мс с выраженным отрицательным отклонением в конце в V1; широкий, зазубренный зубец P в отведении II; отклонение электрической оси сердца вправо и высокие зубцы R в V1

-2. Признаки увеличения левого предсердия (зубец P >0,12 мс с выраженным отрицательным отклонением в конце в V1; широкий, зазубренный зубец P в отведении II; отклонение электрической оси сердца вправо и высокие зубцы R в V1) и гипертрофию левого желудочка с ишемией или без неё

-3. Изменения, характерные для гипертрофии левого желудочка с ишемическими изменениями сегмента ST и зубца Т или без них

-4. Нарушения реполяризации с изменениями или без них вольтажа комплекса QRS, характерных для гипертофии левого желудочка, признаки гипертрофии левого предсердия, и инверсия зубца Т с депрессией сегмента ST в грудных отведениях

-5. Нет значимых изменений на ЭКГ

19. У пациента с митральным стенозом и сильно кальцифицированным клапаном, который находится в неподвижном состоянии, при аускультации сердца в области верхушки выслушивается:

-1. Чёткий средне-систолический щелчок, который лучше всего выслушивается в положении лёжа на левом боку

-2. Чёткий средне-систолический щелчок с поздним систолическим шумом, который усиливается при пробе Вальсальвы

-3. I сердечный тон (S1) может быть ослаблен или громким, появляется III тон (S3); пансистолический шум, который лучше всего выслушивается в положении лёжа на левом боку, а при пробе Вальсальвы уменьшается

-4. Громкий I сердечный тон (S1), нормально расщеплённый S2, ранний щелчок диастолического открытия и низкотональный декрещендо-крещендо грохочущий диастолический шум на пике выдоха, который усиливается при пробе Вальсальвы

+5. I сердечный тон (S1) и ранний щелчок диастолического открытия отсутствуют; после нормально-расщеплённого S2 – низкотональный декрещендо-крещендо грохочущий диастолический шум на пике выдоха, который усиливается при пробе Вальсальвы

20. ЭКГ при аортальной недостаточности демонстрирует:

-1. Изменения, характерные для гипертрофии левого желудочка с ишемическими изменениями сегмента ST и зубца Т или без них

+2. Нарушения реполяризации с изменениями или без них вольтажа комплекса QRS, характерных для гипертофии левого желудочка, признаки гипертрофии левого предсердия, и инверсия зубца Т с депрессией сегмента ST в грудных отведениях

-3. Признаки увеличения левого предсердия: зубец P >0,12 мс с выраженным отрицательным отклонением в конце в V1; широкий, зазубренный зубец P в отведении II; отклонение электрической оси сердца вправо и высокие зубцы R в V1

-4. Признаки увеличения левого предсердия (зубец P >0,12 мс с выраженным отрицательным отклонением в конце в V1; широкий, зазубренный зубец P в отведении II; отклонение электрической оси сердца вправо и высокие зубцы R в V1) и гипертрофию левого желудочка с ишемией или без неё

-5. Нет значимых изменений на ЭКГ

21. Какой порок можно предположить у пациента по данным рентгенографии органов грудной клетки?



-1. Митральный стеноз

-2. Митральная регургитация (недостаточность митрального клапана)

-3. Аортальный стеноз

+4. Аортальная недостаточность

-5. Недостаточность трикуспидального клапана

22. Прогрессирующий аортальный стеноз без лечения в конечном счёте приводит к классической триаде. Какой?

+1. Обмороки, стенокардия, одышка (сердечная недостаточность и аритмии) при физической нагрузке

-2. Низкое артериальное давление, набухание шейных вен (асцит), отдалённые приглушенные тоны сердца (триада Бека)

-3. Низкое артериальное давление, пульсирующее образование в брюшной полости, боль в боку

-4. Артериальная гипертензия, брадикардия, брадипноэ (триада Кушинга)

-5. Отёки, гиперкоагуляция, повреждения сосудов (триада Вирхова)

23. Пациент 48 лет жалуется на возникшие во время физической нагрузки обмороки, боли в области сердца и одышку. Какое заболевание Вы заподозрите?

+1. Аортальный стеноз

-2. Аортальная недостаточность

-3. Митральный стеноз

-4. Митральная регургитация (недостаточность митрального клапана)

-5. Недостаточность трикуспидального клапана

24. Для профилактики тромбоэмболии пациенту с фибрилляцией предсердий на фоне митральной недостаточности используется:

-1. Профилактика тромбоэмболии у таких пациентов не проводится

-2. Ацетилсалициловая кислота 75 мг перорально вечером

-3. Клопидогрель 75 мг перорально вечером

-4. Надропарин 2600 Ед п/к 1 раз в сутки

+5. Ривароксабан 20 мг перорально вечером

25. Пролапс митрального клапана – это:

+1. Прогибание створок митрального клапана в полость левого предсердия во время систолы

-2. Несостоятельность митрального клапана, приводящая к возникновению тока крови из левого желудочка в левое предсердие в систолу

-3. Несостоятельность митрального клапана, приводящая к возникновению тока крови из левого желудочка в левое предсердие в диастолу

-4. Сужение митрального отверстия, препятствующее току крови из левого предсердия в левый желудочек

-5. Сужение митрального отверстия, приводящее к возникновению тока крови из левого желудочка в левое предсердие в диастолу

26. Самое распространёное осложнение пролапса митрального клапана:

+1. Митральная недостаточность

-2. Митральный стеноз

-3. Трикуспидальная недостаточность

-4. Стеноз выносящего тракта

-5. Тромбоэмболия

27. У пациента с пролапсом митрального клапана при рентгенографии органов грудной клетки можно выявить:

-1. Кальциноз створок аортального клапана (в боковой проекции), признаки сердечной недостаточности: размеры сердца нормальные или слегка увеличенные

-2. Расширение левого предсердия и левого желудочка, рентгенологические признаки легочного застоя

-3. Сглаживание талии и левой граница сердца из-за расширения ушка левого предсердия: может быть виден основной ствол легочной артерии, расширенные легочные вены верхних долей и линии Керли при выраженной легочной гипертензии, может определяться двойная тень увеличенного левого предсердия по правой границе сердца

-4. Увеличенный корень аорты и кардиомегалию, симптомы отёка лёгких при декомпенсации порока

+5. Нет типичных изменений

28. Хирургическое лечение пролапса митрального клапана:

-1. Не используется

+2. Показано при митральной недостаточности у пациентов с «молотящей» митральной створкой вследствие разрыва или удлинения сухожильных хорд

-3. Показано только при тяжёлой степени лёгочной гипертензии и фибрилляции предсердий

-4. Показано пациенткам, планирующим беременность

-5. Показано только при I степени пролапса митрального клапана пациентам с низким сердечно-сосудистым риском и определённых профессий (космонавтика)

29. Для снижения симпатикотонии (например, сердцебиений, мигреней, головокружения) и снижения риска опасных тахиаритмий пациентам с пролапсом митрального клапана могут быть назначены:

+1. Бета-блокаторы: например, атенолол 25-50 мг внутрь 1 раз в день

-2. Кардиопротективные средства: например, триметазидин 60 мг внутрь 1 раз в день курсами длительностью 2-4 недели, инициируемыми по требованию пациента

-3. Ингибиторы РААС: например, рамиприл 1,25 мг внутрь 1 раз в сутки длительно

-4. Диуретики с низким потолком дозы: например, индапамид 1,5 мг внутрь 1 раз в неделю

-5. Антиаритмические средства III класса: например, амиодарон, 200 мг/сутки внутрь под контролем ЭКГ

30. Прогноз при пролапсе митрального клапана определяется:

+1. Степенью митральной регургитации

-2. Жалобами и анамнезом пациента

-3. Полом и возрастом пациента

-4. Внешними факторами, воздействующими на пациента (профессия, условия жизни, вредные привычки)

-5. Группой и качеством диспансерного наблюдения пациента

**Список литературы**

**Основная:**

1. Внутренние болезни : учебник : в 2 т. Т. 1 / Р. А. Абдулхаков [и др.] ; под ред.: А. И. Мартынова, Ж. Д. Кобалава, С. В. Моисеева. – 4-е изд., перераб. – Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2021. – 784 с.
2. Внутренние болезни : учебник : в 2 т. Т. 2 / Р. А. Абдулхаков [и др.] ; под ред.: А. И. Мартынова, Ж. Д. Кобалава, С. В. Моисеева. – 4-е изд., перераб. – Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2021. – 704 с.
3. Внутренние болезни : учеб. для курсантов и студентов учреждений высш. образования по специальности «Лечебное дело» : в 2 ч. Ч. 1 / А. А. Бова [и др.] ; под ред. А. А. Бова. – Минск : Новое знание, 2018. – 703 с. : ил.
4. Внутренние болезни : учеб. для курсантов и студентов учреждений высш. образования по специальности «Лечебное дело» : в 2 ч. Ч. 2 / А. А. Бова [и др.] ; под ред. А. А. Бова. – 2-е изд., испр. – Минск : Новое знание, 2020. – 815 с. : ил., табл.

**Дополнительная:**

1. Алгоритм постановки диагноза заболеваний внутренних органов : пособие для студентов учреждений высш. образования, обучающихся по специальности 1-79 01 01 "Лечебное дело" / Л. Р. Выхристенко [и др.] ; М-во здравоохранения Республики Беларусь, УО "Витебский гос. ордена Дружбы народов мед. ун-т". - Витебск : [ВГМУ], 2022. - 221 с.
2. Внутренние болезни: учебник: в 2 т.: для студентов учреждений высш. проф. образования. Т. 1 : / М-во образования и науки РФ ; под ред. В. С. Моисеева, А. И. Мартынова, Н. А. Мухина. - 3-е изд., испр. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2018. - 960 с.
3. Общая врачебная практика : национальное руководство : в 2 т. - Т. 2 / под ред. О. Ю. Кузнецовой, О. М. Лесняк, Е. В. Фроловой. - 2-е изд., перераб. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 992 с. (Серия "Национальные руководства") - ISBN 978-5-9704-5521-0. - Текст : электронный // URL : https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970455210.html (дата обращения: 13.10.2021).

**Нормативные правовые акты:**

1. Клинический протокол «Клинический протокол оказания скорой (неотложной) медицинской помощи взрослому населению» : приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 30.09.2010 № 1030.
2. Клинический протокол «Клинический протокол диагностики и лечения пациентов (взрослое население) с ревматическими заболеваниями при оказании медицинской помощи в амбулаторных и стационарных условиях
районных, областных и республиканских организаций здравоохранения» : приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 10.05.2012 № 522.
3. Клинический протокол «Клинический протокол диагностики и лечения пациентов с нарушениями свёртывания крови в случае получения антикоагулянтной терапии» : приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 31.05.2012 № 662.
4. Клинические протоколы «Клинический протокол диагностики и лечения болезней, характеризующихся повышенным кровяным давлением», «Клинический протокол диагностики и лечения инфаркта миокарда, нестабильной стенокардии», «Клинический протокол диагностики и лечения тахикардии и нарушений проводимости», «Клинический протокол диагностики и лечения заболеваний, осложненных сердечной недостаточностью» : постановление Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 06.06.2017 № 59.
5. Клинический протокол «Оказание медицинской помощи пациентам в критических для жизни состояниях»: постановление Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 23.08.2021 № 99.
6. Клинический протокол «Фармакотерапия основных патологических симптомов (синдромов) при оказании паллиативной медицинской помощи пациентам (взрослое население) в стационарных, амбулаторных условиях и на дому» : постановление Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 07.09.2022 № 96.
7. Клинический протокол «Диагностика и лечение пациентов (взрослое население) со стенозом аортального клапана при оказании медицинской помощи в стационарных условиях» : постановление Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 21.12.2022 № 123.
8. Клинический протокол «Интенсивная терапия критических для жизни состояний (взрослое население)» : постановление Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 13.06.2023 № 100.
9. Инструкция «О порядке проведения диспансеризации взрослого и детского населения Республики Беларусь» : постановление Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 30.08.2023 № 125.

Министерство здравоохранения Республики Беларусь

Учреждение образования «Витебский государственный ордена Дружбы народов медицинский университет»

Кафедра общей врачебной практики

|  |  |
| --- | --- |
| СОГЛАСОВАНОначальник отдела организации медицинской помощи главного управления по здравоохранению Тишина Елена Васильевна\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  | Утверждено на заседании кафедрыпротокол №1 от «28» августа 2024 г. |

**МЕТОДИЧЕСКИЕ УКАЗАНИЯ ОБУЧАЮЩИМСЯ**

**ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ КЛИНИЧЕСКИХ ПРАКТИЧЕСКИХ ЗАНЯТИЙ**

**ПО ДИСЦИПЛИНЕ “ВНУТРЕННИЕ БОЛЕЗНИ"**

**СПЕЦИАЛЬНОСТИ 1-79 01 01 «Лечебное дело»**

**V КУРС ЛЕЧЕБНЫЙ ФАКУЛЬТЕТ 10 семестр**

**ОЧНАЯ ФОРМА ОБРАЗОВАНИЯ**

**Тема занятия:** Болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани. Заболевания суставов. Ревматоидный артрит. Остеоартрит. Подагра.

**Продолжительность:** 6 часов

Составители:

Л.Р. Выхристенко, зав. кафедрой, д.м.н., профессор

К.Г. Шилина, ассистент

Витебск, 2024 г.

**ТЕМА 2.** Болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани. Заболевания суставов. Ревматоидный артрит. Остеоартрит. Подагра.

**Цель занятия**

Формирование клинического мышления и приобретение научных знаний об этиологии, патогенезе, клинических проявлениях, методах диагностики, лечения и профилактики ревматоидного артрита, остеоартрита, подагры.

**Воспитательные цели**

Ознакомление сдостижениями Республики Беларусь в области ревматологии, организацией медицинской помощи пациентам с ревматологическими болезнями, нормами профессиональной деятельности при ведении пациентов ревматологического профиля с учётом этики и деонтологии.

**Задачи занятия**

Приобретение академических компетенций и формирование социально-личностных и профессиональных компетенций, основа которых заключается в знании и применении:

* методов проведения индивидуального обследования пациентов;
* тактики установления диагноза и проведения дифференциальной диагностики;
* методики составления плана обследования пациента и оценки результатов лабораторных и инструментальных методов исследования;
* методов и лекарственных средств терапевтического лечения заболеваний внутренних органов;
* методов профилактики заболеваний внутренних органов;
* принципов медицинской экспертизы и программ медицинской реабилитации пациентов с заболеваниями внутренних органов;
* методов оказания неотложной медицинской помощи при основных заболеваниях внутренних органов.

**Мотивационная характеристика необходимости изучения темы**

«Внутренние болезни» являются основополагающей учебной дисциплиной, вырабатывающей диагностические навыки, знания и умения для оказания медицинской помощи пациентам. В процессе изучения учебной дисциплины студенты приобретают исследовательские навыки, умение работать самостоятельно над алгоритмами дифференциальной диагностики симптомосходных заболеваний, используя приемы сравнительного анализа.

**Вопросы для самоподготовки**

1. Достижения Республики Беларусь в области ревматологии. Распространенность заболеваний суставов, социальная значимость, номенклатура заболеваний суставов. Этика и деонтология при взаимодействии с пациентами ревматологического профиля.
2. Ревматоидный артрит: определение, этиология, патогенез, классификация, клиническая картина, системные проявления ревматоидного артрита. Диагностические критерии, диагностика, критерии дифференциальной диагностики ревматоидного артрита.
3. Лечение ревматоидного артрита: базисное, патогенетическое, симптоматическое, немедикаментозные методы лечения, физическая реабилитация. Профилактика обострений ревматоидного артрита. Осложнения, прогноз. Эпидемиологическая безопасность при оказании медицинской помощи пациентам с ревматоидным артритом.
4. Остеоартрит: определение, этиология, патогенез. Факторы риска развития остеоартрита. Клинические проявления остеоартрита в зависимости от локализации процесса. Диагностика, дифференциальная диагностика остеоартрита.
5. Лечение остеоартрита: немедикаментозные методы, лекарственная терапия, физическая реабилитация. Профилактика прогрессирования остеоартрита. Прогноз.
6. Подагра: определение, этиология, предрасполагающие факторы. Причины первичной и вторичной гиперурикемии. Патогенез подагры. Классификация подагры. Клинические проявления внеприступного периода. Острый приступ подагры: провоцирующие факторы, клинические проявления. Диагностика, дифференциальная диагностика подагры.
7. Лечение подагры во внеприступный период. Рекомендации по питанию, физическая реабилитация. Показания для назначения антибактериальной терапии пациентам с подагрой. Выбор и оценка эффективности антибактериальной терапии. Неотложная помощь при остром приступе подагры. Профилактика подагры. Прогноз.
8. Медицинская реабилитация пациентов с ревматоидным артритом, остеоартритом, подагрой. Паллиативная помощь пациентам с болезнями костно-мышечной системы и соединительной ткани при утрате способности к самообслуживанию и наличием стойкого болевого синдрома. Особенности течения ревматоидного артрита, остеоартрита, подагры у пациентов пожилого и старческого возраста. Особенности терапевтической тактики.

**Вопросы для аудиторного контроля знаний**

1. Достижения Республики Беларусь в области ревматологии.
2. Этика и деонтология при взаимодействии с пациентами ревматологического профиля.
3. Распространенность заболеваний суставов, социальная значимость, номенклатура заболеваний суставов.
4. Ревматоидный артрит: определение, этиология, патогенез. Классификация ревматоидного артрита.
5. Клиническая картина, системные проявления ревматоидного артрита. Диагностические критерии ревматоидного артрита.
6. Диагностика, критерии дифференциальной диагностики ревматоидного артрита.
7. Лечение ревматоидного артрита: базисное, патогенетическое, симптоматическое, немедикаментозные методы лечения, физическая реабилитация.
8. Профилактика обострений ревматоидного артрита. Осложнения, прогноз.
9. Остеоартрит: определение, этиология, патогенез. Факторы риска развития остеоартрита.
10. Клинические проявления остеоартрита в зависимости от локализации процесса.
11. Диагностика, дифференциальная диагностика остеоартрита.
12. Лечение остеоартрита: немедикаментозные методы, лекарственная терапия, физическая реабилитация.
13. Профилактика прогрессирования остеоартрита. Прогноз.
14. Подагра: определение, этиология, предрасполагающие факторы. Причины первичной и вторичной гиперурикемии. Патогенез подагры.
15. Классификация подагры. Клинические проявления внеприступного периода.
16. Острый приступ подагры: провоцирующие факторы, клинические проявления.
17. Диагностика, дифференциальная диагностика подагры.
18. Лечение подагры во внеприступный период. Рекомендации по питанию, физическая реабилитация. Показания для назначения антибактериальной терапии пациентам с подагрой. Выбор и оценка эффективности антибактериальной терапии. Профилактика подагры. Прогноз.
19. Неотложная помощь при остром приступе подагры.
20. Медицинская реабилитация пациентов с ревматоидным артритом, остеоартритом, подагрой. Паллиативная помощь пациентам с болезнями костно-мышечной системы и соединительной ткани при утрате способности к самообслуживанию и наличием стойкого болевого синдрома.
21. Особенности течения ревматоидного артрита, остеоартрита, подагры у пациентов пожилого и старческого возраста. Особенности терапевтической тактики.
22. Эпидемиологическая безопасность при оказании медицинской помощи пациентам с ревматоидным артритом.

ХОД ЗАНЯТИЯ

Теоретическая часть

 Всю необходимую информацию для подготовки к занятию можно найти в системе дистанционного обучения ВГМУ (Факультеты→Лечебный факультет→Кафедра общей врачебной практики→Внутренние болезни (ЛФ 5 курс).

Изложение теоретического материала должно быть ёмким, последовательным в соответствии с перечнем контрольных вопросов по теме занятия. Ссылки на используемые источники указывать в процессе их упоминания согласно списку используемой литературы.

При изложении вопросов, касающихся диагностики и лечения, рекомендуется акцентировать внимание на современных методах и рекомендациях (согласно клиническим протоколам Министерства здравоохранения Республики Беларусь, национальным и международным клиническим рекомендациям).

В ходе аудиторного контроля знаний преподавателем будет использоваться метод перекрёстного опроса в малых группах. В рамках перекрёстного опроса будет сделан акцент на дифференцированном подходе к оценке суставного синдрома, специфических клинических симптомов со стороны других органов и систем.

Студенты учебной группы будут разделены преподавателем на 3 равноценных подгруппы. Студенты подгруппы №1 будут ответственны за ревматоидный артрит, подгруппа №2 – за остеоартрит, подгруппа №3 – за подагру. Преподаватель озвучивает вопрос и выбирает по одному человеку из каждой подгруппы, который будет отвечать на поставленный вопрос. В случае возникновения у студента затруднения в ходе ответа, он может обратиться за помощью к другим студентам своей подгруппы.

Практическая часть

**Клинические кейсы:**

**Инструкция по работе с кейсами по теме занятия**

1. Разделитесь на две равные по количеству человек подгруппы.
2. Каждая из подгрупп работает со своим клиническим кейсом (подгруппа №1 работает с кейсом №1, подгруппа №2 – с кейсом №2, подгруппа №3 – с кейсом №3).
3. Ознакомьтесь с условием клинического кейса.
4. Выставьте предварительный диагноз, исходя из предоставленной в кейсе информации. Подготовьте аргументы в пользу выставленного диагноза, перечислите диагностические критерии данного заболевания.
5. Составьте необходимый план обследования для подтверждения диагноза, используя клинические протоколы Министерства здравоохранения Республики Беларусь, международные клинические рекомендации по ведению пациентов с подозреваемой Вами патологией.
6. Назначьте индивидуализированную схему лечения данного заболевания в случае подтверждения вашего диагноза (согласно клиническим протоколам Министерства здравоохранения Республики Беларусь, в том числе с использованием международных клинических рекомендаций по ведению пациентов с подозреваемой Вами патологией.

Время самостоятельной работы с клиническим кейсом – 20 минут. Далее один из членов каждой подгруппы в ходе открытого выступления выносит на обсуждение варианты решения клинического кейса. В рамках групповой дискуссии обсуждаются разные точки зрения, при помощи преподавателя выбирается лучший алгоритм действий в конкретной клинической ситуации. После этого преподаватель подводит итоги работы и помогает разобраться с вопросами, возникшими в ходе решения кейса.

**Кейс №1.**

Пациентка А., 38 лет жалуется на боль, припухание мелких суставов кистей, лучезапястных, коленных, плечевых суставов, утреннюю скованность около часа, нарушение функции кистей.

Анамнез: Считает себя больной около года, когда впервые появилась боль в мелких суставах кистей. Боль связывала с постоянной длительной работой за компьютером. Для облегчения симптомов принимала НПВП по требованию, за помощью не обращалась. Стала замечать, что постепенно боль стала беспокоить не только в суставах кистей, появилось периодическое повышение температуры тела до 37,1-37,3 С, постоянная слабость. Состояние ухудшилось около 2-х недель назад, когда помимо боли появилось припухание мелких суставов кистей, лучезапястных, коленных и плечевых суставов, выраженная утренняя скованность в них.

Объективно: дефигурация мелких суставов кистей, лучезапястных суставов за счёт скопления выпота, локальная гипертермия над ними. Отмечается положительный симптом «поперечного сжатия» кистей, пациентка не может полностью сжать руки в кулак из-за боли и отёка пальцев кистей.

**Кейс №2.**

Пациент Н., 52 лет жалуется на остро возникшую выраженную боль в левом голеностопном суставе, его отёк и покраснение, невозможность опираться на левую стопу из-за боли.

Анамнез: Все вышеописанные жалобы появились сегодня ночью. Подобные эпизоды бывали и раньше, но в другом суставе (один из суставов большого пальца правой стопы) и не такие выраженные (обычно проходили после нескольких дней приёма нимесулида). Их появление ни с чем конкретным связать не мог. Из заболеваний имеет артериальную гипертензию, регулярно принимает назначенные препараты.

Объективно: пациент избыточной массы тела (ИМТ – 34.72 кг/м2). Температура тела 37,3 0С. В области левого голеностопного сустава кожа цианотичная, имеется отёк мягких тканей. При попытке дотронуться до сустава испытывает выраженную боль (на 9 баллов по ВАШ из 10). Объём активных движений в суставе значительно ограничен.

**Кейс №3.**

Пациентка О., 59 лет, обратилась с жалобами на умеренную боль в коленных и тазобедренных суставах (больше справа), утреннюю скованность в них около 5-10 минут, невозможность длительное время стоять/ходить без отдыха и опоры, значительную боль и дискомфорт при подъёме и спуске по лестнице.

Анамнез:

Со слов пациентки, периодическая боль в суставах беспокоит длительное время (около 6 лет). Ухудшение состояния отметила около года назад, когда стало сложнее выполнять работу на даче. Боль в суставах усиливается к вечеру, после рабочего дня. При усилении боли принимает НПВС (около 3-4 раз в неделю) с умеренным эффектом. Отмечает, что после наступления менопаузы набрала около 10 кг веса, с чем и связывает начало проблем с суставами. Имеет артериальную гипертензию, дислипидемию, все назначенные по этому поводу препараты принимает регулярно.

Объективно: пациентка избыточной массы тела (ИМТ – 37.04 кг/м2). Имеется невыраженная варусная деформация коленных суставов. Отмечает боль при пальпации ниже проекции медиальной части суставной щели правого коленного сустава. При совершении пассивных движений в тазобедренных суставах, отмечает усиление боли в паховой области. Объём движений в коленных и тазобедренных суставах ограничен умеренно.

**«Мозговой штурм»**

Формат «мозгового штурма» проводится в рамках открытой дискуссии между студентами учебной группы под наблюдением преподавателя.

**Инструкция по изучению темы занятия методом «мозгового штурма»**

1. В рамках предложенной клинической ситуации ознакомьтесь с условием проблемы, которую необходимо решить.
2. Предложите наиболее рациональный с Вашей точки зрения алгоритм решения проблемы, вынесите его на открытую дискуссию.

В рамках групповой дискуссии обсуждаются предложенные алгоритмы решения проблемы, путём открытого голосования выбирается лучший из них. После этого преподаватель подводит итоги работы и помогает разобраться с вопросами, возникшими в ходе решения проблемы.

**Клиническая ситуация №1.**

Вы – врач-ревматолог поликлиники. К Вам на приём обратилась пациентка 30-и лет, которая болеет ревматоидным артритом. В качестве средства базисной терапии использует раствор метотрексата для подкожного введения (15 мг/нед). Причина обращения – планирование беременности. Ваша тактика действий?

**Клиническая ситуация №2.**

Вы – врач общей практики. К Вам на приём обратился пациент 48-и лет, которому 2 месяца назад был выставлен диагноз «подагра», был начат подбор эффективной дозы аллопуринола. На данный момент принимает 300 мг аллопуринола в сутки, уровень мочевой кислоты сыворотки крови – 560 ммоль/л. От дальнейших повторных визитов в поликлинику для подборы дозы аллопуринола отказывается, ссылаясь на нехватку времени. Ваша тактика действий?

**Контроль усвоения темы**

**Тесты для проверки уровня знаний**

1. При манифестации ревматоидного артрита наиболее часто развивается:

+1. Двусторонний симметричный полиартрит

-2. Моноартрит крупных суставов

-3. Асимметричный олигоартрит

-4. Асимметричный полиартрит

-5. Мигрирующий полиартрит

1. В дебюте ревматоидного артрита чаще всего поражаются:

+1. Мелкие суставы кистей (пястно-фаланговые и проксимальные межфаланговые), лучезапястные суставы, мелкие суставы стоп)

-2. Плечевые суставы

-3. Дистальные межфаланговые суставы кистей

-4. Крупные суставы нижних конечностей (коленные и тазобедренные)

-5. Крестцово-подвздошные сочленения и поясничный отдел позвоночника

1. Пациента около 8 месяцев беспокоят симптомы ревматоидного артрита. Назовите клиническую стадию.

-1. Очень ранняя

+2. Ранняя

-3. Развёрнутая

-4. Поздняя

-5. Очень поздняя

1. Что такое серонегативный ревматоидный артрит?

-1. Ревматоидный артрит, не реагирующий на назначенную базисную терапию

-2. Сочетание полиартрита, спленомегалии и нейтрофильной лейкопении

+3. Одна из форм ревматоидного артрита, при которой в крови и синовиальной жидкости отсутствуют ревматоидный фактор и антитела к циклическому цитрулинированному пептиду

-4. Артрит в сочетании с лихорадкой, кожной сыпью, нейтрофильным лейкоцитозом, при отсутствии ревматоидного фактора и антител к циклическому цитрулинированному пептиду

-5. Ревматоидный артрит, при котором с отсутствуют типичные изменения на рентгенограммах суставов

1. На данном рентгеновском снимке пациентки 60 лет с ревматоидным артритом стрелкой обозначен один из ниже перечисленных признаков данного заболевания:

-1. Отёк мягких тканей вокруг пястно-фаланговых и проксимальных межфаланговых суставов

-2. Околосуставный остеопороз

-3. Симметричное сужение суставной щели в нескольких пястно-фаланговых и проксимальных межфаланговых суставах обеих кистей

+4. Слабовыраженные эрозии правого 3-го и правого и левого 4-х пястно-фаланговых суставов.

1. «Первая линия» терапии ревматоидного артрита:

-1. Адекватная паллиативная терапия хронического болевого синдрома с использованием адъювантных лекарственных средств

-2. Использование генно-инженерных биологических препаратов

-3. Сульфасалазин 1,5-3 г/сутки внутрь ежедневно перорально

-4. Метилпреднизолон 4-8 мг ежедневно перорально после лёгкого завтрака

+5. Метотрексат 10-15 мг 1 раз в неделю совместно с фолиевой кислотой (не менее 5 мг/нед)

1. При наличии побочных эффектов или непереносимости метотрексата в качестве базисной терапии ревматоидного артрита может быть назначен:

-1. Мелоксикам 15 мг перорально 1 раз в день

-2. Аллопуринол 100-900 мг ежедневно перорально

-3. Хондроитин сульфат 1000 мг ежедневно перорально

-4. Метилпреднизолон 4-16 мг ежедневно перорально после лёгкого завтрака

+5. Лефлуномид 20 мг перорально 1 раз в день

1. Что такое bridge-терапия в лечении ревматоидного артрита?

+1. Назначение глюкокортикостероидов в низких дозах коротким курсом для облегчения состояния пациента на период развития эффекта базисных противовоспалительных препаратов при инициации терапии

-2. Назначение генно-инженерных биологических лекарственных средств

-3. Назначение сразу нескольких базисных противовоспалительных препаратов

-4. Назначение комбинации нестероидных противовоспалительных препаратов и метотрексата

-5. Назначение пероральных глюкокортикостероидов в виде монотерапии

1. Показание для назначения пульс-терапии глюкокортикостероидами (парентеральная инфузия глюкортикостероидов в высоких дозах) при ревматоидном артрите:

-1. Неэффективность или непереносимость метотрексата

-2. После первой инфузии генно-инженерных лекарственных средств для усиления эффекта

-3. Отказ пациента принимать назначенные базисные противовоспалительные препараты

+4. Высокая активность заболевания с развитием системных проявлений

-5. Развитие остеопороза на фоне лечения базисными противовоспалительными препаратами

1. Какой препарат из предложенных может использоваться для лечения ревматоидного артрита у беременной женщины?

-1. Метотрексат

-2. Лефлунамид

+3. Сульфасалазин

-4. Тоцилизумаб

-5. Барицитиниб

1. Узелки Гебердена представляют собой выпуклости твердой (костной) ткани дистальных межфаланговых суставов, которые на этой фотографии лучше видны на 2-м и 3-м пальцах обеих рук. Для какого заболевания они характерны?

-1. Ревматоидный артрит

-2. Системная красная волчанка

-3. Подагра

+4. Остеоартрит

-5. Псориатический артрит

1. Чем может быть обусловлен резкий болевой синдром и внезапное прекращение возможности движения в суставе у пациентов с остеоартритом?

-1. Накоплением уратов в полости сустава

-2. Острым воспалительным процессом

+3.Отрывом участка хряща, который попадает в полость сустава и вызывает синдром «заклинивания»

-4. Усугубление дегенеративно-дистрофических изменений

-5. Все перечисленное верно

1. Какой тип суставных болей характерен для остеоартрита?

-1. «Стартовые» боли в начале движения

-2. Ночные «сосудистые» боли

-3. Боль «механического» типа, усиливающаяся к концу рабочего дня

+4. Все перечисленные типы характерны

-5. Все перечисленное типы не наблюдаются при остеоартрите

1. Какие суставы чаще всего поражаются при остеоартрите?

-1. Мелкие суставы стоп

-2. Плечевые

-3. Локтевые

+4. Суставы, несущие осевую нагрузку: коленные, тазобедренные; суставы кистей

-5. Лучезапястные

1. Рентгенологические признаки остеоартрита:

-1. Сужение суставной щели, околосуставной остеопороз, эрозии, вывихи и подвывихи в суставах;

+2. Субхондральный склероз, сужение суставной щели, краевые остеофиты

-3. «Штампованные» дефекты костной ткани, кальцинаты в мягких тканях

-4. Симптом «карандаш в стакане», околосуставной остеопороз, подвывихи в суставах

-5. Диффузный остеопороз, костные анкилозы, единичные эрозии

1. Может ли у пациента с остеоартритом присутствовать скованность в поражённых суставах?

-1. Да, более 1 часа

+2. Да, менее 30 минут

-3. Да, длительная, усиливается преимущественно в ночное время

-4. Да, длительная, одинаковой интенсивности в течение суток

-5. Нет, не может

1. Показания для эндопротезирования суставов при остеоартрите:

-1. Значительное нарушение функции сустава

-2. Выраженный болевой синдром, не поддающийся консервативному лечению

-3. Крайняя стадия асептического некроза

-4. Анкилоз сустава

+5. Всё перечисленное верно

1. Показание для внутрисуставного введения глюкокортикостероидов при остеоартрите:

-1. Болевой синдром

+2. Развитие синовита

-3. Уменьшение объёма движений в суставе

-4. Повреждение мениска

-5. При остеоартрите внутрисуставное введение глюкокортикостероидов противопоказано

1. С какой целью при наличии остеоартрита внутрисуставно вводятся производные гиалуроната?

-1. Для купирования синовита при обострении

-2. Это обязательный этап подготовки к эндопротезированию сустава

+3. Для уменьшения боли и улучшения функции сустава

-4. Для восстановления разрушенного хряща

-5. При остеоартрите внутрисуставное введение производных гиалуроната противопоказано

1. Показание для назначения антиконвульсантов при остеоартрите:

+1. Нейропатическая боль

-2. Мышечные спазмы

-3. Синовит

-4. Асептический некроз

-5. При остеоартрите данный препарат не назначается

1. Наиболее частая патогенетическая причина развития первичной гиперурикемии/подагры:

+1. Сниженная экскреция уратов

-2. Гиперпродукция уратов

-3. Повышенное потребление богатых уратами продуктов

-4. Наследственные ферментные нарушения

-5. Точная причина не известна

1. К проявлениям подагры относят:

-1. Артрит

-2. Нефропатию

-3. Нефролитиаз

-4. Отложения кристаллов моноурата натрия в тканях

+5. Всё перечисленное

1. Уровень мочевой кислоты сыворотки крови при остром подагрическом артрите:

-1 Всегда повышен

-2. Всегда снижен

-3. Обычно в пределах нормального диапазона

+4. Может быть как нормальным, так и повышенным

-5. Значительно повышен

1. Это фотография коленного сустава пациента 52 лет, находящегося в урологическом отделении с мочекаменной болезнью, который жалуется на боли в в правом коленном суставе. Что изображено на фотографии?

+1. Тофус

-2. Подкожный узелок

-3. Узловатая эритема

-4. Признаки воспаления правого коленного сустава

-5. Признаки ушиба и реактивного синовита

1. Какой типичный рентгенологический признак позволяет дифференцировать подагрический тофус от дефектов в структуре кости вследствие других причин?

-1. Неправильная форма дефекта.

+2. Дефект окружен рентгенпозитивной каймой.

-3. Внутри дефекта видны костные секвестры.

-4. Все перечисленное верно.

-5. Все перечисленное неверно.

1. Обнаружение каких кристаллов в синовиальной жидкости говорит о наличии у пациента подагры?

+1. Моноурата натрия

-2. Пирофосфата кальция

-3. Основного фосфата кальция

-4. Оксалата кальция

-5. Дигидрофосфата натрия

1. Что такое феномен «двойного контура», выявляемый при УЗИ суставов у пациента с подагрой?

-1. Линейное двустороннее отложение уратов в мягких тканях

+2. Наличие поверхностного гиперэхогенного слоя на поверхности хряща за счёт отложения уратов

-3. Точечное двустороннее отложение уратов в мягких тканях по контуру сустава

-4. Линейные гиперэхогенные включения в синовиальной жидкости

-5. Наличие поверхностного гиперэхогенного слоя на поверхности менисков за счёт отложения уратов

1. Какое лекарственное средство применяют для купирования острого подагрического артрита?

-1. Ацетилсалициловая кислота

-2. Аллопуринол

-3. Алендроновая кислота

+4. Колхицин

-5. Дибазол

1. Чему способствует аллопуринол при лечении подагры?

-1. Выведению мочевой кислоты из организма.

+2. Уменьшению образования мочевой кислоты.

-3. Уменьшению активности воспалительного процесса.

-4. Все перечисленное верно.

-5. Все перечисленное неверно.

1. Какой препарат может быть назначен пациенту с подагрой на постоянной основе при наличии нежелательных лекарственных реакций на фоне терапии аллопиуринолом или его неэффективности?

+1. Фебуксостат

-2. Метилпреднизолон

-3. Нимесулид

-4. Преднизолон

-5. Гидросихлорохин

**Список литературы**

**Основная:**

1. Внутренние болезни : учебник : в 2 т. Т. 1 / Р. А. Абдулхаков [и др.] ; под ред.: А. И. Мартынова, Ж. Д. Кобалава, С. В. Моисеева. – 4-е изд., перераб. – Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2021. – 784 с.
2. Внутренние болезни : учебник : в 2 т. Т. 2 / Р. А. Абдулхаков [и др.] ; под ред.: А. И. Мартынова, Ж. Д. Кобалава, С. В. Моисеева. – 4-е изд., перераб. – Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2021. – 704 с.
3. Внутренние болезни : учеб. для курсантов и студентов учреждений высш. образования по специальности «Лечебное дело» : в 2 ч. Ч. 1 / А. А. Бова [и др.] ; под ред. А. А. Бова. – Минск : Новое знание, 2018. – 703 с. : ил.
4. Внутренние болезни : учеб. для курсантов и студентов учреждений высш. образования по специальности «Лечебное дело» : в 2 ч. Ч. 2 / А. А. Бова [и др.] ; под ред. А. А. Бова. – 2-е изд., испр. – Минск : Новое знание, 2020. – 815 с. : ил., табл.
5. Аутоиммунные ревматические заболевания: принципы диагностики и лечения : пособие для студентов учреждений высш. образования, обучающихся по специальности 1-79 01 01 "Лечебное дело" / Л. Р. Выхристенко [и др.] ; М-во здравоохранения Республики Беларусь, УО "Витебский гос. ордена Дружбы народов мед.ун-т". - Витебск : ВГМУ, 2020. 141 с.

**Дополнительная:**

1. Алгоритм постановки диагноза заболеваний внутренних органов : пособие для студентов учреждений высш. образования, обучающихся по специальности 1-79 01 01 "Лечебное дело" / Л. Р. Выхристенко [и др.] ; М-во здравоохранения Республики Беларусь, УО "Витебский гос. ордена Дружбы народов мед. ун-т". - Витебск : [ВГМУ], 2022. - 221 с.
2. Внутренние болезни: учебник: в 2 т.: для студентов учреждений высш. проф. образования. Т. 1 : / М-во образования и науки РФ ; под ред. В. С. Моисеева, А. И. Мартынова, Н. А. Мухина. - 3-е изд., испр. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2018. - 960 с.
3. Общая врачебная практика : национальное руководство : в 2 т. - Т. 2 / под ред. О. Ю. Кузнецовой, О. М. Лесняк, Е. В. Фроловой. - 2-е изд., перераб. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 992 с. (Серия "Национальные руководства") - ISBN 978-5-9704-5521-0. - Текст : электронный // URL : https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970455210.html (дата обращения: 13.10.2021).
4. Национальные рекомендации по лечению и ведению пациентов с ревматическими заболеваниями / Н.А. Мартусевич [и др.] ; под ред. Л.Н. Гавриленко // Рецепт. – 2021. – № 24 (3). – С. 399–413.

**Нормативные правовые акты:**

1. Клинический протокол «Клинические протоколы диагностики и лечения больных с патологией системы кроветворения» : приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 19.05.2005 № 274.
2. Клинический протокол «Клинический протокол диагностики и лечения пациентов (взрослое население) с нефрологическими заболеваниями при оказании медицинской помощи в амбулаторных и стационарных условиях
районных, областных и республиканских организаций здравоохранения
Республики Беларусь» : приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 22.09.2011 № 920.
3. Клинический протокол «Клинический протокол диагностики и лечения пациентов (взрослое население) с ревматическими заболеваниями при оказании медицинской помощи в амбулаторных и стационарных условиях
районных, областных и республиканских организаций здравоохранения» : приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 10.05.2012 № 522.
4. Клинический протокол «Клинический протокол диагностики и лечения интерстициальных лёгочных болезней» : приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 05.07.2012 № 768.
5. Клинический протокол «Диагностика и лечение пациентов (взрослое население), с острыми гастродуоденальными кровотечениями при оказании медицинской помощи в стационарных условиях» : постановление Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 01.06.2017 № 46.
6. Клинический протокол «Диагностика и лечение пациентов с заболеваниями органов пищеварения» : постановление Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 01.06.2017 № 54.
7. Клинический протокол «Диагностика и лечение пациентов (взрослое население) с острым почечным повреждением» : постановление Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 02.08.2021 № 93.
8. Клинический протокол «Лечение осложнений, связанных с хронической болезнью почек 5 стадии у пациентов (взрослое население), находящихся на различных видах хронического диализа» : постановление Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 02.08.2021 № 93.
9. Клинические протоколы «Диагностика и лечение пациентов (взрослое население) с витамин-В12-дефицитной анемией», «Диагностика и лечение пациентов (взрослое население) с железодефицитной анемией», «Диагностика и лечение пациентов (взрослое население) с фолиеводефицитной анемией» : постановление Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 01.04.2022 № 23.
10. Клинический протокол «Фармакотерапия основных патологических симптомов (синдромов) при оказании паллиативной медицинской помощи пациентам (взрослое население) в стационарных, амбулаторных условиях и на дому» : постановление Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 07.09.2022 № 96.
11. Инструкция «О порядке медицинского применения крови и (или) ее компонентов в организациях здравоохранения» : постановление Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 19.05.2023 № 92.
12. Инструкция «О порядке организации оказания медицинской помощи пациентам, нуждающимся в эндопротезировании крупных суставов» : постановление Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 25.05.2023 № 95.
13. Инструкция «О порядке проведения диспансеризации взрослого и детского населения Республики Беларусь» : постановление Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 30.08.2023 № 125.
14. Методические рекомендации «О порядке назначения биотехнологических лекарственных препаратов пациентам (взрослое население) с ревматическими заболеваниями» : приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 29.09.2023 № 1419.

Министерство здравоохранения Республики Беларусь

Учреждение образования «Витебский государственный ордена Дружбы народов медицинский университет»

Кафедра общей врачебной практики

|  |  |
| --- | --- |
| СОГЛАСОВАНОначальник отдела организации медицинской помощи главного управления по здравоохранению Тишина Елена Васильевна\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  | Утверждено на заседании кафедрыпротокол №1 от «28» августа 2024 г. |

**МЕТОДИЧЕСКИЕ УКАЗАНИЯ ОБУЧАЮЩИМСЯ**

**ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ КЛИНИЧЕСКИХ ПРАКТИЧЕСКИХ ЗАНЯТИЙ**

**ПО ДИСЦИПЛИНЕ “ВНУТРЕННИЕ БОЛЕЗНИ"**

**СПЕЦИАЛЬНОСТИ 1-79 01 01 «Лечебное дело»**

**V КУРС ЛЕЧЕБНЫЙ ФАКУЛЬТЕТ 10 семестр**

**ОЧНАЯ ФОРМА ОБРАЗОВАНИЯ**

**Тема занятия:** Болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани. Системная красная волчанка. Системный склероз. Дерматомиозит/полимиозит.

**Продолжительность:** 6 часов

Составители:

Л.Р. Выхристенко, зав. кафедрой, д.м.н., профессор

К.Г. Шилина, ассистент

Витебск, 2024 г.

**ТЕМА 3.** Болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани. Системная красная волчанка. Системный склероз. Дерматомиозит/полимиозит.

**Цель занятия**

Формирование клинического мышления и приобретение научных знаний об этиологии, патогенезе, клинических проявлениях, методах диагностики, лечения системной красной волчанки, системного склероза, дерматомиозита и полимиозита.

**Воспитательные цели**

Ознакомление сорганизацией медицинской помощи пациентам с ревматологическими болезнями, нормами профессиональной деятельности при ведении пациентов ревматологического профиля с учётом этики и деонтологии.

**Задачи занятия**

Приобретение академических компетенций и формирование социально-личностных и профессиональных компетенций, основа которых заключается в знании и применении:

* методов проведения индивидуального обследования пациентов;
* тактики установления диагноза и проведения дифференциальной диагностики;
* методики составления плана обследования пациента и оценки результатов лабораторных и инструментальных методов исследования;
* методов и лекарственных средств терапевтического лечения заболеваний внутренних органов;
* методов профилактики заболеваний внутренних органов;
* принципов медицинской экспертизы и программ медицинской реабилитации пациентов с заболеваниями внутренних органов;
* методов оказания неотложной медицинской помощи при основных заболеваниях внутренних органов.

**Мотивационная характеристика необходимости изучения темы**

«Внутренние болезни» являются основополагающей учебной дисциплиной, вырабатывающей диагностические навыки, знания и умения для оказания медицинской помощи пациентам. В процессе изучения учебной дисциплины студенты приобретают исследовательские навыки, умение работать самостоятельно над алгоритмами дифференциальной диагностики симптомосходных заболеваний, используя приемы сравнительного анализа.

**Вопросы для самоподготовки**

1. Системная красная волчанка: эпидемиология, этиология, патогенез, классификация, клинические проявления, диагностические критерии. Диагностика, дифференциальная диагностика системной красной волчанки.
2. Принципы лечения системной красной волчанки. Течение, исходы системной красной волчанки. Осложнения, прогноз.
3. Системный склероз: определение, эпидемиология, этиология, патогенез, клинические проявления, диагностические критерии. Диагностика, дифференциальная диагностика системного склероза.
4. Принципы лечения системного склероза. Исходы, прогноз.
5. Дерматомиозит/полимиозит: определение, этиология, патогенез, клинические проявления, диагностические критерии. Первичный и вторичный дерматомиозит/полимиозит. Диагностика, дифференциальная диагностика дерматомиозита/полимиозита.
6. Медицинская реабилитация пациентов с системной красной волчанкой, системным склерозом, дерматомиозитом/полимиозитом: виды, показания, противопоказания.
7. Особенности течения системной красной волчанки, системного склероза, дерматомиозита/полимиозита у пациентов пожилого и старческого возраста. Особенности терапевтической тактики.
8. Неотложная медицинская помощь при анемии, агранулоцитозе, тромбозах и кровотечениях различных локализаций, отёке головного мозга, острых сердечно-сосудистых событиях.
9. Показания для антибиотикотерапии при системной красной волчанке, системном склерозе, дерматомиозите/полимиозите. Выбор и оценка эффективности антибактериальной терапии.
10. Эпидемиологическая безопасность при оказании медицинской помощи пациентам с системной красной волчанкой, системным склерозом, дерматомиозитом/полимиозитом.

**Вопросы для аудиторного контроля знаний**

1. Системная красная волчанка: эпидемиология, этиология, патогенез.
2. Классификация системной красной волчанки.
3. Клинические проявления системной красной волчанки. Диагностические критерии системной красной волчанки.
4. Диагностика, дифференциальная диагностика системной красной волчанки.
5. Принципы лечения системной красной волчанки.
6. Течение, исходы системной красной волчанки. Осложнения, прогноз.
7. Системный склероз: определение, эпидемиология, этиология, патогенез.
8. Клинические проявления системного склероза. Диагностические критерии системного склероза.
9. Диагностика, дифференциальная диагностика системного склероза.
10. Принципы лечения системного склероза. Исходы, прогноз.
11. Дерматомиозит/полимиозит: определение, этиология, патогенез.
12. Клинические проявления дерматомиозита/полимиозита. Диагностические критерии дерматомиозита/полимиозита.
13. Диагностика, дифференциальная диагностика дерматомиозита/полимиозита.
14. Первичный и вторичный дерматомиозит/полимиозит.
15. Медицинская реабилитация пациентов с системной красной волчанкой, системным склерозом, дерматомиозитом/полимиозитом: виды, показания, противопоказания.
16. Особенности течения системной красной волчанки, системного склероза, дерматомиозита/полимиозита у пациентов пожилого и старческого возраста. Особенности терапевтической тактики.
17. Неотложная медицинская помощь при анемии, агранулоцитозе, тромбозах и кровотечениях различных локализаций, отёке головного мозга, острых сердечно-сосудистых событиях.
18. Показания для антибиотикотерапии при системной красной волчанке, системном склерозе, дерматомиозите/полимиозите. Выбор и оценка эффективности антибактериальной терапии.
19. Эпидемиологическая безопасность при оказании медицинской помощи пациентам с системной красной волчанкой, системным склерозом, дерматомиозитом/полимиозитом.

ХОД ЗАНЯТИЯ

Теоретическая часть

 Всю необходимую информацию для подготовки к занятию можно найти в системе дистанционного обучения ВГМУ (Факультеты→Лечебный факультет→Кафедра общей врачебной практики→Внутренние болезни (ЛФ 5 курс).

Изложение теоретического материала должно быть ёмким, последовательным в соответствии с перечнем контрольных вопросов по теме занятия. Ссылки на используемые источники указывать в процессе их упоминания согласно списку используемой литературы.

При изложении вопросов, касающихся диагностики и лечения, рекомендуется акцентировать внимание на современных методах и рекомендациях (согласно клиническим протоколам Министерства здравоохранения Республики Беларусь, национальным и международным клиническим рекомендациям).

В ходе аудиторного контроля знаний преподавателем будет использоваться метод перекрёстного опроса в малых группах. В рамках перекрёстного опроса будет сделан акцент на дифференцированном подходе к оценке суставного синдрома, специфических клинических симптомов со стороны других органов и систем.

Студенты учебной группы будут разделены преподавателем на 3 равноценных подгруппы. Студенты подгруппы №1 будут ответственны за системную красную волчанку, подгруппа №2 – за системный склероз, подгруппа №3 – за дерматомиозит/полимиозит. Преподаватель озвучивает вопрос и выбирает по одному человеку из каждой подгруппы, который будет отвечать на поставленный вопрос. В случае возникновения у студента затруднения в ходе ответа, он может обратиться за помощью к другим студентам своей подгруппы.

Практическая часть

**Клинический кейс:**

Кейс по теме занятия решается студентами всей группы в ходе совместной работы.

**Инструкция по работе с кейсом по теме занятия**

1. Ознакомьтесь с условием клинического кейса.
2. Выставьте предварительный диагноз, исходя из предоставленной в кейсе информации. Подготовьте аргументы в пользу выставленного диагноза, перечислите диагностические критерии данного заболевания.
3. Составьте необходимый план обследования для подтверждения диагноза, используя клинические протоколы Министерства здравоохранения Республики Беларусь, международные клинические рекомендации по ведению пациентов с подозреваемой Вами патологией.
4. Назначьте индивидуализированную схему лечения данного заболевания в случае подтверждения вашего диагноза (согласно клиническим протоколам Министерства здравоохранения Республики Беларусь, в том числе с использованием международных клинических рекомендаций по ведению пациентов с подозреваемой Вами патологией.

Время самостоятельной работы с клиническим кейсом – 20 минут. В рамках групповой дискуссии обсуждаются разные точки зрения, при помощи преподавателя выбирается лучший алгоритм действий в конкретной клинической ситуации. После этого преподаватель подводит итоги работы и помогает разобраться с вопросами, возникшими в ходе решения кейса.

**Клинический кейс.**

Пациентка Т., 30 лет обратилась с жалобами на выпадение волос, боль и припухание мелких суставов кистей, отёки периорбитальной области, одышку, появление сыпи в области скул после пребывания на солнце, онемение стоп, общую слабость, регулярное повышение температуры тела до 37,1-37,3 0С.

Анамнез: Считает себя больной около полугода, когда впервые появилась боль и припухание в мелких суставах кистей, общая слабость. После обращения за амбулаторной помощью был выставлен диагноз «недифференцированный артрит» и назначен курс антибактериальных препаратов и НПВС – без значимого эффекта. Постепенно стала замечать избыточное выпадение волос, появление и нарастание онемения стоп, одышку, повышение температуры тела. Неделю назад после прогулки с ребёнком отметила появление сыпи на лице и отёков периорбитальной области.

Объективно: Температура тела 37,4 0С. АД 110/70 мм. рт. ст. ЧСС 86 в минуту. ЧД 24 в минуту. На коже лица в области скул имеется не зудящая сыпь в виде отдельных розовых пятен, не возвышающая над поверхностью кожи, без признаков шелушения. Отёки периорбитальной области. Дефигурация мелких суставов кистей за счёт отёка.

Лабораторные и инструментальные исследования амбулаторного этапа (особенности):

ОАК: СОЭ 50 мм/ч

ОАМ: следы белка

Б/Х крови: креатинин 0,090 ммоль/л

АЦЦП: отрицательно

Анти-dsDNA: 298,04 МЕ/мл (референтный интервал - <100.0)

УЗИ ОБП, почек: диффузные изменения паренхимы почек

УЗИ кистей: признаки энтезита, тендовагинита.

**«Мозговой штурм»**

Формат «мозгового штурма» проводится в рамках открытой дискуссии между студентами учебной группы под наблюдением преподавателя.

**Инструкция по изучению темы занятия методом «мозгового штурма»**

1. В рамках предложенной клинической ситуации ознакомьтесь с условием проблемы, которую необходимо решить.
2. Предложите наиболее рациональный с Вашей точки зрения алгоритм решения проблемы, вынесите его на открытую дискуссию.

В рамках групповой дискуссии обсуждаются предложенные алгоритмы решения проблемы, путём открытого голосования выбирается лучший из них. После этого преподаватель подводит итоги работы и помогает разобраться с вопросами, возникшими в ходе решения проблемы.

**Клиническая ситуация.**

Вы – врач-ревматолог поликлиники. К Вам на приём обратилась пациентка 40 лет, которая болеет системной красной волчанкой. В качестве базисной терапии около 10 лет принимает гидроксихлорохин 200 мг и метилпреднизолон 8 мг. Причина обращения – значительное снижение остроты зрения, изменение цветопередачи. Ваша тактика действий?

**Контроль усвоения темы**

**Тесты для проверки уровня знаний**

1. Для какого системного ревматического заболевания характерна фотосенсибилизация?

-1. Системный склероз

+2. Системная красная волчанка

-3. Эозинофильный гранулематоз с полиангиитом

-4. Гигантоклеточный артериит

-5. Дерматомиозит

1. Что такое артрит Жакку?



+1. Обратимая деформация суставов кистей (вследствие растяжения капсулы суставов, сухожилий, связок) у пациентов с системной красной волчанкой, визуально схожая с деформацией кистей при ревматоидном артрите

-2. Деформация суставов кистей при мутилирующем псориатическом артрите, визуально схожая с деформацией кистей при ревматоидном артрите

-3. Хронический подагрический полиартрит с деформацией суставов кистей

-4. Сочетание неэрозивного артрита мелких суставов кистей с индурацией кожи над ними у пациентов с системным склерозом

-5. Наследственная узелковая форма остеоартрита

1. Для какого синдрома, возникающего при системной красной волчанке, характерна патологическая склонность к тромбозам?

+1. Антифосфолипидный синдром.

-2. Синдром Шегрена.

-3. Синдром Рейно.

-4. Синдром Верльгофа.

-5. Синдром Жакку.

1. Какие аутоантитела не типичны для системной красной волчанки?

-1. Антитела к двухспиральной ДНК (анти-dsDNA)

-2. Против коротких ядерных РНК (анти-Sm).

+3. Против миелопероксидазы нейтрофилов (МПО-АНЦА).

-4. Против полипептидов рибонуклеопротеидов (анти-RNP).

-5. Антитела к фосфолипидам клеточных мембран

1. На этой фотографии пациентки 18 лет видна возвышенная, эритематозная сыпь на скулах по типу «бабочки» с распространением на переносицу, открытые для солнца участки над бровями. При этом носогубные складки интактны. Ваш предположительный диагноз?

+1. Системная красная волчанка

-2. Системный склероз

-3. Ревматоидный артрит

-4. Полимиозит

-5. Болезнь Рандю-Ослера

1. Какие рентгенологические изменения суставов типичны для системной красной волчанки?

+1. Умеренно выраженный околосуставной остеопороз без узурации, анкилозирования.

-2. Узуры суставных поверхностей.

-3. Сужение суставной щели, анкилозы.

-4. Все изменения типичны.

-5. Ни одно из указанных изменений не типично.

1. В качестве первой линии терапии всем пациентам с системной красной волчанкой при отсутствии противопоказаний назначается:

+1. Гидроксихлорохин

-2. Азатиоприн

-3. Циклофосфамид

-4. Метотрексат

-5. Микофенолата мофетил

1. Для лечения пациентов с системной красной волчанкой невысокой степени активности без поражения жизненно важных органов помимо гидроксихлорохина необходимо назначить:

+1. Низкие дозы пероральных глюкокортикостероидов

-2. Азатиоприн

-3. Циклофосфамид

-4. Метотрексат

-5. Микофенолата мофетил

1. В каких случаях для лечения системной красной волчанки используется циклофосфамид?

-1. При хроническом течении заболевания в качестве базисной терапии

-2. При наличии рецидивирующего артрита/артралгии

-3. Для инициации базисной терапии в случае минимальной активности при непереносимости гидроксихлорохина

+4. При высокой активности, прогрессирующем течении с поражением жизненно важных органов и систем и/или развитием системного васкулита

-5. При развитии алопеции

1. Что такое пульс-терапия глюкокортикостероидами?

+1. Внутривенная инфузия высоких доз глюкокортикостероидов на протяжении 1-3 дней

-2. Назначение глюкокортикостероидов в низких дозах коротким курсом для облегчения состояния пациента на период развития эффекта базисных противовоспалительных препаратов при инициации терапии системных ревматических заболеваний

-3. Назначение глюкокортикостероидов в среднетерапевтических дозах в сочетании с регулярным приёмом НПВС

-4. Сочетание низких доз пероральных глюкокортикостероидов с внутривенной инфузией циклофосфамида

-5. Назначение пероральных глюкокортикостероидов в виде монотерапии

1. Какие ограничения имеет пациент с системной красной волчанкой при пребывании на солнце?

-1. При низкой активности заболевания /ремиссии ограничений нет

-2. При появлении сыпи на все открытые участки кожи необходимо наносить солнцезащитный крем с высоким фактором SPF

+3. На все открытые участки кожи необходимо наносить солнцезащитный крем с высоким фактором SPF независимо от активности заболевания

-4. Пациент с системной красной волчанкой не имеет никаких ограничений относительно пребывания на солнце

-5. Пациентам с системной красной волчанкой категорически запрещено пребывание на солнце

1. С каким синдромом связано появление у пациентов системным склерозом сухости, отсутствия слюны во рту, появление рези в глазах, неспособность плакать?

-1. Синдром Рейно

+2. Синдром Шегрена

-3. Синдром Жакку

-4. Синдром Тибьерже-Вайссенбаха

-5. CREST-синдром

1. Что ведет к формированию псевдоартрита у пациентов с системным склерозом?

-1. Поражение фасций и связочного аппарата сустава

+2. Сращение капсулы сустава и сухожилий мышц со склерозированной кожей над суставом

-3. Эрозивные процессы на суставных поверхностях

-4. Все упомянутые патологические процессы

-5. Ни один из упомянутых патологических процессов

1. Какой из нижеперечисленных признаков не относится к CREST-синдрому?

-1. Наличие кальцинатов вблизи мест повышенной травматизации - кончики пальцев, локти, колени

-2. Синдром Рейно

-3. Эзофагит

-4. Склеродактилия

+5. Петехии

1. Какой иммунологический показатель специфичен для диффузной системной кожной склеродермии?

-1. Аутоантитела к центромерам

-2. Антитела к двуспиральной ДНК (анти-dsDNA)

+3. Аутоантитела к Scl-70

-4. Антитела к циклическому цитрулинированному пептиду (АЦЦП)

-5. Антитела к миелопероксидазе (анти-МПО)

1. Какие критерии позволяют дифференцировать системный склероз и ревматоидный артрит в пользу системного склероза?

-1. Эрозивный полиартрит мелких суставов кистей

-2. Выраженная утренняя скованность

+3. Сращение капсулы сустава, сухожилий с индуративно измененной кожей

-4. Все приведенные критерии позволяют сделать это

-5. Ни один из приведенных критериев нельзя использовать для дифференциальной диагностики

1. Какие результаты биопсии кожно-мышечного лоскута характерны для системного склероза?

+1. Облитерирующий васкулит мелких сосудов, фиброзно-склеротические изменения структуры тканей

-2. Гранулематозный васкулит мелких артерий, периваскулярная инфильтрация тканей

-3. Гигантоклеточный васкулит сосудов, тромбоз сосудов, периваскулярная инфильтрация

-4. Все упомянутые отклонения характерны

-5. Ни одно из упомянутых отклонений не характерно

1. Какая группа лекарственных средств противопоказана пациентам с системным склерозом при наличии лёгочной гипертензии?

+1. Ингибиторы АПФ

-2. Диуретики

-3. Сердечные гликозиды

-4. Глюкокортикостероиды

-5. Все перечисленные группы лекарственных средств противопоказаны

1. При интерстициальном заболевании лёгких у пациента с системным склерозом могут помочь все ниже перечисленные препараты, за исключением одного. Какого?

+1. Целекоксиб

-2. Ритуксимаб

-3. Микофенолата мофетил

-4. Циклофосфамид

-5. Тоцилизумаб

1. Для лечения синдрома Рейно при системном склерозе могут использоваться все ниже перечисленные препараты, за исключением одного. Какого?

+1. Бисопролол

-2. Нифедипин

-3. Бозентан

-4. Силденафил

-5. Алпростадил

1. На этой фотографии показан гиперкератоз и трещины на пальцах («руки механика») у пациента с лихорадкой и жалобами на одышку при минимальной нагрузке, слабость в мышцах плеч, сухой кашель, осиплость голоса, артралгии. Какое заболевание Вы заподозрите?

+1. Дерматомиозит

-2. Ревматоидный артрит

-3. Системная красная волчанка

-4. Острая ревматическая лихорадка

-5. Железодефицитная анемия

1. Антисинтетазный синдром – это:

+1. Наиболее тяжёлый подтип дерматомиозита/полимиозита, для которого характерны миозит в сочетании с интерстициальной болезнью лёгких, лихорадкой, поражением кожи ладоней и пальцев по типу «руки механика», феноменом Рейно, неэрозивными артритами и артралгиями

-2. Опасная аутоиммунная патология, при которой возникает сердечная, почечная или печеночная недостаточность, заболевания различных внутренних органов, происходит поражение ЦНС

-3. Патология, при которой страдают периферические сосуды в области стоп и кистей (преимущественно пальцев).

-4. Ограниченная форма системного склероза, представленная симптомокомплексом включающим кальциноз тканей, синдром Рейно, эзофагит, склеродактилию и телеангиоэктазии

-5. Форма ревматоидного артрита, характеризующаяся триадой симптомов – полиартритом, спленомегалией и нейтрофильной лейкопенией

1. Папулы Готтрона – это чешуйчатые, эритематозно-фиолетовые папулы на разгибательных поверхностях проксимальных межфаланговых и пястно-фаланговых суставов. Для какого заболевания они характерны?

+1. Дерматомиозит

-2. Ревматоидный артрит

-3. Системная красная волчанка

-4. Системный склероз

-5. Микроскропический полиангиит

1. Дерматомиозит/полимиозит диагностируется на основании:

+1. Клинико-лабораторных критериев и биопсии мышцы

-2. Клинических критериев и МРТ (КТ) поражённых мышц

-3. Клинических критериев, изменений биохимических показателей и сцинтиграфии

-4. УЗ-визуализации мышцы с её биопсией, изменений биохимических показателей и сцинтиграфии

-5. Рентгенографического исследования поражённых мышц

1. У пациентов с дерматомиозитом старше 40 лет необходимо провести:

+1. Онкоскрининг (обследование молочных желез, тазовых органов и прямой кишки, анализ кала на скрытую кровь, общий анализ крови, маммография, общий анализ мочи, рентгенограмма органов грудной клетки и другие тесты, соответствующие возрасту пациента)

-2. Скрининг сердечно-сосудистых заболеваний (липидный спектр крови, тонометрия, ЭКГ, суточное мониториование ЭКГ и АД, УЗИ магистральных артерий и вен, эхокардиоскопию, тредмил-тест, коронароангиографию, биопсию миокарда и другие тесты, соответствующие возрасту пациента)

-3. Скрининг заболеваний лёгких (спирографию с нагрузочными пробами, КТ органов грудной клетки, анализ мокроты общий анализ крови и другие тесты, соответствующие возрасту пациента)

-4. Скрининг эндокринных нарушений (гликемический профиль, липидный сектр крови, уровни паратгормона, Т3, Т4, тиреотропного гормона, гормонов надпочечников, УЗИ щитовидной железы, КТ области надпочечников и другие тесты, соответствующие возрасту пациента)

-5. Пациент в дополнительных исследованиях не нуждается

1. Для какого синдрома, возникающего при системной красной волчанке, системном склерозе, характерна спастическая реакция сосудов на холод с последующей постишемической вазодилятацией?

-1. Антифосфолипидный синдром

-2. Синдром Шегрена

+3. Синдром Рейно

-4. Синдром Верльгофа

-5. Синдром Жакку

1. Средством выбора для начала терапии при дерматомиозите/полимиозите являются:

+1. Кортикостероиды

-2. Нестероидные противовоспалительные средства

-3. Антиагреганты и/или антикоагулянты

-4. Ингибиторы ГМГ-КоА-редуктазы

-5. Селективные ингибиторы обратного захвата серотонина

1. Пациенту с дерматомиозитом/полимиозитом суточная доза преднизолона назначается из расчёта:

+1. 1 мг/кг массы тела

-2. 2 мг/кг массы тела

-3. 3 мг/кг массы тела

-4. 4 мг/кг массы тела

-5. 5 мг/кг массы тела

1. Отличительной особенностью миозита, ассоциированного с неоплазией (раком), является:

+1. Рефрактерность к кортикостероидам

-2. Выраженная эффективность кортикосероидов

-3. Отсутствие поражений кожи

-4. Более высокий уровень СОЭ

-5. Выраженная эффективность нестероидных противовоспалительных препаратов и адъювантных средств

1. В каком случае в схему лечения пациентов с дерматомиозитом/полимиозитом включается один из иммуносупрессивных лекарственных препаратов (метотрексат, азатиоприн, микофенолата мофетил, циклофосфамид, гидроксихлорохин)?

-1. Язвенно-некротический васкулит

-2. Умеренная и высокая степень активности заболевания

-3. Неэффективность монотерапии глюкокортикостероидами в течение 3-х месяцев

-4. Обострение заболевания при снижении дозы глюкокортикостероидов

+5. Всё перечисленное верно

**Список литературы**

**Основная:**

1. Внутренние болезни : учебник : в 2 т. Т. 1 / Р. А. Абдулхаков [и др.] ; под ред.: А. И. Мартынова, Ж. Д. Кобалава, С. В. Моисеева. – 4-е изд., перераб. – Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2021. – 784 с.
2. Внутренние болезни : учебник : в 2 т. Т. 2 / Р. А. Абдулхаков [и др.] ; под ред.: А. И. Мартынова, Ж. Д. Кобалава, С. В. Моисеева. – 4-е изд., перераб. – Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2021. – 704 с.
3. Внутренние болезни : учеб. для курсантов и студентов учреждений высш. образования по специальности «Лечебное дело» : в 2 ч. Ч. 1 / А. А. Бова [и др.] ; под ред. А. А. Бова. – Минск : Новое знание, 2018. – 703 с. : ил.
4. Внутренние болезни : учеб. для курсантов и студентов учреждений высш. образования по специальности «Лечебное дело» : в 2 ч. Ч. 2 / А. А. Бова [и др.] ; под ред. А. А. Бова. – 2-е изд., испр. – Минск : Новое знание, 2020. – 815 с. : ил., табл.
5. Аутоиммунные ревматические заболевания: принципы диагностики и лечения : пособие для студентов учреждений высш. образования, обучающихся по специальности 1-79 01 01 "Лечебное дело" / Л. Р. Выхристенко [и др.] ; М-во здравоохранения Республики Беларусь, УО "Витебский гос. ордена Дружбы народов мед.ун-т". - Витебск : ВГМУ, 2020. 141 с.

**Дополнительная:**

1. Алгоритм постановки диагноза заболеваний внутренних органов : пособие для студентов учреждений высш. образования, обучающихся по специальности 1-79 01 01 "Лечебное дело" / Л. Р. Выхристенко [и др.] ; М-во здравоохранения Республики Беларусь, УО "Витебский гос. ордена Дружбы народов мед. ун-т". - Витебск : [ВГМУ], 2022. - 221 с.
2. Внутренние болезни: учебник: в 2 т.: для студентов учреждений высш. проф. образования. Т. 1 : / М-во образования и науки РФ ; под ред. В. С. Моисеева, А. И. Мартынова, Н. А. Мухина. - 3-е изд., испр. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2018. - 960 с.
3. Общая врачебная практика : национальное руководство : в 2 т. - Т. 2 / под ред. О. Ю. Кузнецовой, О. М. Лесняк, Е. В. Фроловой. - 2-е изд., перераб. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 992 с. (Серия "Национальные руководства") - ISBN 978-5-9704-5521-0. - Текст : электронный // URL : https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970455210.html (дата обращения: 13.10.2021).
4. Национальные рекомендации по лечению и ведению пациентов с ревматическими заболеваниями / Н.А. Мартусевич [и др.] ; под ред. Л.Н. Гавриленко // Рецепт. – 2021. – № 24 (3). – С. 399–413.

**Нормативные правовые акты:**

1. Клинический протокол «Клинические протоколы диагностики и лечения больных с патологией системы кроветворения» : приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 19.05.2005 № 274.
2. Клинический протокол «Клинический протокол оказания скорой (неотложной) медицинской помощи взрослому населению» : приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 30.09.2010 № 1030.
3. Клинический протокол «Клинический протокол диагностики и лечения пациентов (взрослое население) с нефрологическими заболеваниями при оказании медицинской помощи в амбулаторных и стационарных условиях
районных, областных и республиканских организаций здравоохранения
Республики Беларусь» : приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 22.09.2011 № 920.
4. Клинический протокол «Клинический протокол диагностики и лечения пациентов (взрослое население) с ревматическими заболеваниями при оказании медицинской помощи в амбулаторных и стационарных условиях
районных, областных и республиканских организаций здравоохранения» : приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 10.05.2012 № 522.
5. Клинический протокол «Клинический протокол диагностики и лечения пациентов с диссеминированным внутрисосудистым свёртыванием крови» : приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 31.05.2012 № 662.
6. Клинический протокол «Клинический протокол диагностики и лечения пациентов с нарушениями свёртывания крови в случае получения антикоагулянтной терапии» : приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 31.05.2012 № 662.
7. Клинический протокол «Клинический протокол диагностики и лечения интерстициальных лёгочных болезней» : приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 05.07.2012 № 768.
8. Клинический протокол «Диагностика и лечение пациентов (взрослое население), с острыми гастродуоденальными кровотечениями при оказании медицинской помощи в стационарных условиях» : постановление Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 01.06.2017 № 46.
9. Клинический протокол «Ранняя диагностика интенсивная терапия острого респираторного дистресс-синдрома у пациентов с тяжелыми пневмониями вирусно-бактериальной этиологии» : постановление Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 01.06.2017 № 48.
10. Клинический протокол «Диагностика и лечение пациентов с заболеваниями органов пищеварения» : постановление Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 01.06.2017 № 54.
11. Клинические протоколы «Клинический протокол диагностики и лечения болезней, характеризующихся повышенным кровяным давлением», «Клинический протокол диагностики и лечения инфаркта миокарда, нестабильной стенокардии», «Клинический протокол диагностики и лечения тахикардии и нарушений проводимости», «Клинический протокол диагностики и лечения заболеваний, осложненных сердечной недостаточностью» : постановление Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 06.06.2017 № 59.
12. Клинический протокол «Диагностика и лечение пациентов (взрослое население) с острым почечным повреждением» : постановление Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 02.08.2021 № 93.
13. Клинический протокол «Лечение осложнений, связанных с хронической болезнью почек 5 стадии у пациентов (взрослое население), находящихся на различных видах хронического диализа» : постановление Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 02.08.2021 № 93.
14. Клинический протокол «Оказание медицинской помощи пациентам в критических для жизни состояниях»: постановление Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 23.08.2021 № 99.
15. Клинический протокол «Диагностика и лечение пациентов (взрослое население) с тромбозом глубоких вен» : постановление Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 22.03.2022 № 17.
16. Клинические протоколы «Диагностика и лечение пациентов (взрослое население) с витамин-В12-дефицитной анемией», «Диагностика и лечение пациентов (взрослое население) с железодефицитной анемией», «Диагностика и лечение пациентов (взрослое население) с фолиеводефицитной анемией» : постановление Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 01.04.2022 № 23.
17. Клинический протокол «Фармакотерапия основных патологических симптомов (синдромов) при оказании паллиативной медицинской помощи пациентам (взрослое население) в стационарных, амбулаторных условиях и на дому» : постановление Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 07.09.2022 № 96.
18. Клинический протокол «Оказание медицинской помощи пациентам (взрослое и детское население) с антифосфолипидным синдромом» : постановление Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 09.03.2023 № 40.
19. Инструкция «О порядке медицинского применения крови и (или) ее компонентов в организациях здравоохранения» : постановление Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 19.05.2023 № 92.
20. Клинический протокол «Трансплантация гемопоэтических стволовых клеток (взрослое население)» : постановление Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 13.06.2023 № 31.
21. Клинический протокол «Трансплантация почки (взрослое население)» : постановление Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 13.06.2023 № 31.
22. Клинический протокол «Интенсивная терапия критических для жизни состояний (взрослое население)» : постановление Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 13.06.2023 № 100.
23. Инструкция «О порядке проведения диспансеризации взрослого и детского населения Республики Беларусь» : постановление Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 30.08.2023 № 125.
24. Методические рекомендации «О порядке назначения биотехнологических лекарственных препаратов пациентам (взрослое население) с ревматическими заболеваниями» : приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 29.09.2023 № 1419.

Министерство здравоохранения Республики Беларусь

Учреждение образования «Витебский государственный ордена Дружбы народов медицинский университет»

Кафедра общей врачебной практики

|  |  |
| --- | --- |
| СОГЛАСОВАНОначальник отдела организации медицинской помощи главного управления по здравоохранению Тишина Елена Васильевна\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  | Утверждено на заседании кафедрыпротокол №1 от «28» августа 2024 г. |

**МЕТОДИЧЕСКИЕ УКАЗАНИЯ ОБУЧАЮЩИМСЯ**

**ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ КЛИНИЧЕСКИХ ПРАКТИЧЕСКИХ ЗАНЯТИЙ**

**ПО ДИСЦИПЛИНЕ “ВНУТРЕННИЕ БОЛЕЗНИ"**

**СПЕЦИАЛЬНОСТИ 1-79 01 01 «Лечебное дело»**

**V КУРС ЛЕЧЕБНЫЙ ФАКУЛЬТЕТ 10 семестр**

**ОЧНАЯ ФОРМА ОБРАЗОВАНИЯ**

**Тема занятия:** Болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани. Системные васкулиты.

**Продолжительность:** 6 часов

Составители:

Л.Р. Выхристенко, зав. кафедрой, д.м.н., профессор

К.Г. Шилина, ассистент

Витебск, 2024 г.

**ТЕМА 4.** Болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани. Системные васкулиты.

**Цель занятия**

Изучить этиологию, патогенез, диагностику, дифференциальную диагностику, лечение системных васкулитов.

**Воспитательные цели**

Ознакомление сорганизацией медицинской помощи пациентам с ревматологическими болезнями, нормами профессиональной деятельности при ведении пациентов ревматологического профиля с учётом этики и деонтологии.

**Задачи занятия**

Приобретение студентами академических компетенций и формировании у студентов социально-личностных и профессиональных компетенций, основа которых заключается в знании и применении:

* методов проведения индивидуального обследования пациентов;
* тактики установления диагноза и проведения дифференциальной диагностики;
* методики составления плана обследования пациента и оценки результатов лабораторных и инструментальных методов исследования;
* методов и лекарственных средств терапевтического лечения заболеваний внутренних органов;
* методов профилактики заболеваний внутренних органов;
* принципов медицинской экспертизы и программ медицинской реабилитации пациентов с заболеваниями внутренних органов;
* методов оказания неотложной медицинской помощи при основных заболеваниях внутренних органов.

**Мотивационная характеристика необходимости изучения темы**

«Внутренние болезни» являются основополагающей учебной дисциплиной, вырабатывающей диагностические навыки, знания и умения для оказания медицинской помощи пациентам. В процессе изучения учебной дисциплины студенты приобретают исследовательские навыки, умение работать самостоятельно над алгоритмами дифференциальной диагностики симптомосходных заболеваний, используя приемы сравнительного анализа.

**Вопросы для самоподготовки**

1. Системные васкулиты: этиология, патогенез. Классификация системных васкулитов. Особенности течения системных васкулитов у пациентов пожилого и старческого возраста. Особенности терапевтической тактики.
2. Общие принципы диагностики и лечения системных васкулитов. Показания для антибиотикотерапии при системных васкулитах. Выбор и оценка эффективности антибактериальной терапии. Эпидемиологическая безопасность при оказании медицинской помощи пациентам с системными васкулитами. Медицинская реабилитация пациентов с системными васкулитами: виды, показания, противопоказания. Неотложная медицинская помощь при гипертоническом кризе, стабильной стенокардии напряжения, инфаркте миокарда, остром почечном повреждении, тромбоэмболии лёгочной артерии.
3. Васкулиты с преимущественным поражением сосудов мелкого калибра: пурпура Шенлейн-Геноха (IgA-васкулит), гранулематоз с полиангиитом. Клиническая картина, варианты течения, диагностика, лечение пурпуры Шенлейн-Геноха (IgA-васкулита), гранулематоза с полиангиитом.
4. Васкулиты с преимущественным поражением сосудов среднего калибра: узелковый полиартериит. Клиническая картина, варианты течения, диагностика, лечение узелкового полиартериита.
5. Васкулиты с преимущественным поражением крупных сосудов: неспецифический аортоартериит, височный артериит. Клиническая картина, варианты течения, диагностика, лечение неспецифического аортоартериита. Диагностические критерии ревматической полимиалгии.

**Вопросы для аудиторного контроля знаний**

1. Системные васкулиты: этиология, патогенез. Классификация системных васкулитов.
2. Общие принципы диагностики и лечения системных васкулитов.
3. Показания для антибиотикотерапии при системных васкулитах. Выбор и оценка эффективности антибактериальной терапии.
4. Неотложная медицинская помощь при гипертоническом кризе, стабильной стенокардии напряжения, инфаркте миокарда, остром почечном повреждении, тромбоэмболии лёгочной артерии, диссеминированном внутрисосудистом свёртывании крови.
5. Эпидемиологическая безопасность при оказании медицинской помощи пациентам с системными васкулитами.
6. Особенности течения системных васкулитов у пациентов пожилого и старческого возраста. Особенности терапевтической тактики.
7. Медицинская реабилитация пациентов с системными васкулитами: виды, показания, противопоказания.
8. Васкулиты с преимущественным поражением сосудов мелкого калибра: пурпура Шенлейн-Геноха (IgA-васкулит). Клиническая картина, варианты течения пурпуры Шенлейн-Геноха (IgA-васкулита).
9. Диагностика, лечение пурпуры Шенлейн-Геноха (IgA-васкулита).
10. Васкулиты с преимущественным поражением сосудов мелкого калибра: гранулематоз с полиангиитом. Клиническая картина, варианты течения гранулематоза с полиангиитом.
11. Диагностика, лечение гранулематоза с полиангиитом.
12. Васкулиты с преимущественным поражением сосудов среднего калибра: узелковый полиартериит. Клиническая картина, варианты течения узелкового полиартериита.
13. Диагностика, лечение узелкового полиартериита.
14. Васкулиты с преимущественным поражением крупных сосудов: неспецифический аортоартериит. Клиническая картина, варианты течения неспецифического аортоартериита.
15. Диагностика, лечение неспецифического аортоартериита.
16. Васкулиты с преимущественным поражением крупных сосудов: височный артериит. Клиническая картина, варианты течения височного артериита.
17. Диагностика, лечение височного артериита.
18. Диагностические критерии ревматической полимиалгии.

ХОД ЗАНЯТИЯ

Теоретическая часть

 Всю необходимую информацию для подготовки к занятию можно найти в системе дистанционного обучения ВГМУ (Факультеты→Лечебный факультет→Кафедра общей врачебной практики→Внутренние болезни (ЛФ 5 курс).

Изложение теоретического материала должно быть ёмким, последовательным в соответствии с перечнем контрольных вопросов по теме занятия. Ссылки на используемые источники указывать в процессе их упоминания согласно списку используемой литературы.

При изложении вопросов, касающихся диагностики и лечения, рекомендуется акцентировать внимание на современных методах и рекомендациях (согласно клиническим протоколам Министерства здравоохранения Республики Беларусь, национальным и международным клиническим рекомендациям).

В ходе аудиторного контроля знаний преподавателем будет использоваться метод перекрёстного опроса в малых группах. В рамках перекрёстного опроса будет сделан акцент на дифференцированном подходе к клинической симптоматике васкулитов разного калибра.

Студенты учебной группы будут разделены преподавателем на 3 равноценных подгруппы. Студенты подгруппы №1 будут ответственны за васкулиты с преимущественным поражением крупных сосудов, подгруппа №2 – за васкулиты с преимущественным поражением сосудов среднего калибра, подгруппа №3 – за васкулиты с преимущественным поражением сосудов мелкого калибра. Преподаватель озвучивает вопрос и выбирает по одному человеку из каждой подгруппы, который будет отвечать на поставленный вопрос. В случае возникновения у студента затруднения в ходе ответа, он может обратиться за помощью к другим студентам своей подгруппы.

Практическая часть

**Клинический кейс:**

Кейс по теме занятия решается студентами всей группы в ходе совместной работы.

**Инструкция по работе с кейсом по теме занятия**

1. Ознакомьтесь с условием клинического кейса.
2. Выставьте предварительный диагноз, исходя из предоставленной в кейсе информации. Подготовьте аргументы в пользу выставленного диагноза, перечислите диагностические критерии данного заболевания.
3. Составьте необходимый план обследования для подтверждения диагноза, используя клинические протоколы Министерства здравоохранения Республики Беларусь, международные клинические рекомендации по ведению пациентов с подозреваемой Вами патологией.
4. Назначьте индивидуализированную схему лечения данного заболевания в случае подтверждения вашего диагноза (согласно клиническим протоколам Министерства здравоохранения Республики Беларусь, в том числе с использованием международных клинических рекомендаций по ведению пациентов с подозреваемой Вами патологией.

Время самостоятельной работы с клиническим кейсом – 20 минут. В рамках групповой дискуссии обсуждаются разные точки зрения, при помощи преподавателя выбирается лучший алгоритм действий в конкретной клинической ситуации. После этого преподаватель подводит итоги работы и помогает разобраться с вопросами, возникшими в ходе решения кейса.

**Клинический кейс**

Пациентка В., 73 лет, жалуется на выраженную головную боль в височной области, боль в нижней челюсти при жевании, боль в области мышц плеч, общую слабость повышение температуры тела до 37,9 0С

Анамнез: считает себя больной около пяти дней, когда впервые появилась внезапная выраженная головная боль в височной области, общая слабость, повышение температуры тела до 37,5 0С. На следующий день стала отмечать боль в нижней челюсти при пережёвывании твёрдой пищи. За помощью не обращалась, так как посчитала, что «приболела» после ухода за маленькими внуками. Несколько дней назад стала ощущать боль в области мышц плеч, усиление головной боли, стало невозможно касаться кожи височной области из-за боли. Обратилась в приёмный покой больницы в связи с ухудшением самочувствия.

Объективно: боль при пальпации скальпа. Височные артерии при пальпации болезненны, уплотнены, их пульсация снижена. Боль при пальпации мышц плеч с обеих сторон.

**«Мозговой штурм»**

Формат «мозгового штурма» проводится в рамках открытой дискуссии между студентами учебной группы под наблюдением преподавателя.

**Инструкция по изучению темы занятия методом «мозгового штурма»**

1. В рамках предложенной клинической ситуации ознакомьтесь с условием проблемы, которую необходимо решить.
2. Предложите наиболее рациональный с Вашей точки зрения алгоритм решения проблемы, вынесите его на открытую дискуссию.

В рамках групповой дискуссии обсуждаются предложенные алгоритмы решения проблемы, путём открытого голосования выбирается лучший из них. После этого преподаватель подводит итоги работы и помогает разобраться с вопросами, возникшими в ходе решения проблемы.

**Клиническая ситуация.**

Вы – врач-ревматолог поликлиники. К Вам на приём обратилась пациентка 68 лет, которая болеет гигантоклеточным артериитом 1,5 года. В качестве базисной терапии принимала метилпреднизолон 32 мг/сут. на протяжение 1 года, далее после постепенного снижения дозировки стала принимать 4 мг/сут. Причина обращения – выявленный врачом общей практики генерализованный остеопороз, осложнённый переломом поясничного позвонка. Ваша тактика действий?

**Контроль усвоения темы**

**Тесты для проверки уровня знаний**

1. Классификация васкулитов основана на размерах наиболее пораженных сосудов. Какой из перечисленных васкулитов преимущественно поражает сосуды крупного калибра?

+1. Гигантоклеточный артериит

-2. Узелковый полиартериит

-3. Микроскопический полиангиит

-4. Гранулематоз с полиангиитом

-5. IgA-ассоциированный васкулит

2. Классификация васкулитов основана на размерах наиболее пораженных сосудов. Какой из перечисленных васкулитов преимущественно поражает сосуды мелкого калибра?

+1. Гранулематоз с полиангиитом

-2. Гигантоклеточный артериит

-3. Артериит Такаясу

-4. Узелковый полиартериит

-5. Болезнь Кавасаки

3. Какой системный васкулит обусловлен появлением антинейтрофильных цитоплазматических антител к миелопероксидазе?

-1. IgA-ассоциированный васкулит

-2. Гигантоклеточный артериит (болезнь Хортона)

-3. Узелковый полиартериит

+4. Микроскопический полиангиит

-5. Артериит Такаясу (неспецифический аортоартериит)

4. Каковы особенности кожной сыпи у пациентов с IgA-ассоциированным васкулитом (геморрагическим васкулитом Шенлейна-Геноха)?

-1. Сыпь сочетается с диффузным гиперкератозом

-2. Сыпь сочетается с отеками

-3. Сыпь сочетается с зудом кожи

+4. Сыпь возникает преимущественно на коже дистальных отделов нижних конечностей, симметричная, в виде пальпируемой пурпуры

-5. Ничего из перечисленного

5. Какая из приведенных ниже формулировок соответствует определению гранулематоза с полиангиитом?

-1. Системное воспалительное гранулематозное заболевание из группы васкулитов, поражающее крупные артерии эластического типа – аорту, её ветви и легочные артерии

-2. Системное воспалительное заболевание из группы некротизирующих васкулитов, поражающее мышечные артерии среднего, иногда мелкого размера, что приводит к образованию микроаневризм и вторичной ишемии тканей

+3. Системное воспалительное гранулематозное заболевание из группы васкулитов, поражающее сосуды мелкого и среднего калибра – капилляры, венулы, артериолы и артерии – с вовлечением органов дыхания, глаз, почек и других органов

-4. Системное воспалительное заболевание из группы васкулитов, поражающее с главным образом мелкие сосуды, в основе которого лежит асептическое воспаление стенок микрососудов и множественное микротромбообразование

-5. Системное воспалительное гранулематозное заболевание из группы васкулитов, поражающее преимущественно грудную аорту, её крупные ветви и экстракраниальные ветви сонных артерий

6. Какие патогенетические механизмы присущи гранулематозу с полиангиитом?

-1. Появление антинуклеарных антител

+2. Появление антинейтрофильных цитоплазматических антител, специфичных к протеиназе-3

-3. Появление антинейтрофильных цитоплазматических антител, специфичных к миелопероксидазе

-4. Все упомянутые механизмы имеют патогенетическое значение при данном заболевании

-5. Ни один из упомянутых механизмов не играет патогенетической роли при данном заболевании

7. Для индукции ремиссии при гранулематозе с полиангиитом, опасном для жизни или органов, используют:

+1 Высокие дозы глюкокортикостероидов с циклофосфамидом или ритуксимабом

-2. Высокие дозы нестероидных противовоспалительных средств

-3. Лечебные дозы парентеральных антикоагулянтов

-4. Высокие дозы производных 5-аминосалициловой кислоты

-5. Антиаритмические средства в комбинации с ингибиторами ГМГ-КоА-редуктазы

8. Какие клинические проявления типичны для узелкового полиартериита?

-1. Кожные покровы «мраморного» вида с эритематозными, папулезными, уртикарными высыпаниями

-2. Некрозы кожи с изъязвлениями, образованием тканевых дефектов

-3. Появление расположенных по ходу сосудистых стволов болезненных узелков

-4. Гангрена пальцев стопы

+5. Все упомянутые признаки типичны для данного заболевания

9. В лечении узелкового полиартериита используют все нижеперечисленные препараты, за исключением:

+1. Алендроновая кислота

-2. Метилпреднизолон

-3. Азатиоприн

-4. Метотрексат

-5. Циклофосфамид

10. Назовите клинические особенности артериита Такаясу:

-1. Височные артерии плотные, пульсирующие, безболезненные, при УЗИ - с пристеночными очагами, выступающими в просвет сосуда

-2. Боли, скованность в мышцах плечевого пояса, не деструктивный полиартрит лопаточно-ключичных и грудино-ключичных суставов

+3. Асимметричность давления и пульса на лучевых артериях с одной или обеих сторон

-4. Несколько ослаблен пульс на артериях тыла стопы

-5. По ходу подкожных артерий плотные, болезненные, пульсирующие узелки

11. Диагноз артериита Такаясу основывается на проведении:

+1. Магнитно-резонансной ангиографии, или КТ-ангиографии, или аортальной артериографии

-2. Иммуноблота антинейтрофильных цитоплазматических антител

-3. Общего анализа крови, биохимического анализа крови, общего анализа мочи, коагулограммы

-4. Эхокардиоскопии

-5. Денситометрии

12. Какие нарушения характерны для гигантоклеточного артериита?

+1. Поражение грудной аорты, крупных ветвей аорты, экстракраниальных ветвей сонных артерий

-2. Поражение артерий мелкого и среднего калибра

-3. Поражение сосудов микроциркуляторного русла (артериол, капилляров, венул)

-4. Все перечисленные сдвиги характерны

-5. Все перечисленные сдвиги не характерны

13. Какой метод диагностики является самым надежным для верификации диагноза гигантоклеточного артериита?

-1. Электроэнцефалограмма

-2. УЗИ брахиоцефальных артерий

-3. МРТ головного мозга

+4. Биопсия височной артерии.

-5. Биопсия кожно-мышечного лоскута

14. Около половины пациентов с гигантоклеточным артериитом страдают от симптомов другого заболевания. Какого?

+1. Ревматической полимиалгии

-2. Ревматоидного артрита

-3. Хронической ревматической болезни сердца

-4. Острой ревматической лихорадки

-5. Сахарного диабета

15. Лечение гигантоклеточного артериита основано на применении:

+1. Высоких доз глюкокортикостероидов, при рефрактерном течении – тоцилизумаба или метотрексата

-2. Высоких доз нестероидных противовоспалительных средств

-3. Антикоагулянтов и/или антиагрегантов в сочетании с ингибиторами ГМГ-КоА-редуктазы

-4. Терапевтических доз ингибиторов РААС в сочетании с противомигренозными средствами

-5. Нефропротективной, церебропротективной и кардиопротективной терапии

16. В каком возрасте обычно развивается ревматическая полимиалгия?

-1. В любом возрасте

-2. В подростковом возрасте

-3. В возрасте от 18 до 30 лет

-4. В возрасте от 30 до 50 лет

+5. В возрасте старше 50 лет

17. Какие изменения в общем анализе крови наиболее типичны для ревматической полимиалгии?

+1. Резкое увеличение СОЭ >50 мм/час

-2. Выраженный нейтрофильный лейкоцитоз

-3. Гипохромная анемия

-4. Эозинофилия

-5. Все перечисленное типично для данного заболевания

18. Пациентов с ревматической полимиалгией беспокоят:

+1. Интенсивные боли и скованность в проксимальных мышцах без мышечной слабости и атрофии

-2. Интенсивные боли в крупных суставах нижних конечностей с развивающейся атрофией мышц нижних конечностей и мышечной слабостью

-3. Интенсивные боли в крупных суставах верхних конечностей с развивающейся атрофией мышц верхних конечностей и мышечной слабостью

-4. Интенсивные боли и скованность в дистальных мышцах конечностей с мышечной слабостью и атрофией

-5. Болезненные судороги и фасцикуляции мышц с прогрессирующей атрофией

19. При отсутствии поражённой ткани, доступной для биопсии, диагноз узелкового полиартериита подтверждается данными:

+1. Артериографии, которая показывает типичные аневризмы артерий среднего калибра

-2. Рентгенографии органов грудной клетки, которая показывает типичную для заболевания аневризму аорты

-3. Сцинтиграфии, которая выявляет типичные расширения и узелки артерий среднего калибра

-4. УЗИ органов брюшной полости, которое выявляет типичные расширения и узелки артерий среднего калибра

-5. Исследования вызванных потенциалов, которое выявляет типичные нарушения нервной системы

20. На данной фотографии показан распад переносицы, вызванный хондритом носа. Для какого из перечисленных заболеваний характерно данное повреждение?



+1. Гранулематоз с полиангиитом

-2. IgA-ассоциированный васкулит

-3. Микроскопический полиангиит

-4. Ревматоидный артрит

-5. Системная красная волчанка

21. Что из приведенного ниже не типично для гранулематоза с полиангиитом, но встречается при узелковом полиартериите?

-1. Поражение слизистой носа и придаточных пазух

-2. Поражение легких с инфильтрацией и формированием полостей

-3. Гранулемы в биоптатах пораженных органов

+4. Болезненные узелки вблизи разветвлений подкожных артерий

-5. Антинейтрофильные цитоплазматические антитела к протеиназе-3

22. Лечение IgA-ассоциированного васкулита (геморрагического васкулита Шенлейна-Геноха) с быстропрогрессирующим поражением почек:

+1. Пульс-терапия метилпреднизолоном внутривенно с последующим назначением внутрь преднизолона и иммунодепрессантов (циклофосфамида)

-2. Программный гемодиализ

-3. Метотрексат 15 мг перорально 1 раз в неделю

-4. Эмпирическая парентеральная антибиотикотерапия и назначение поддерживающей симптоматической терапии (НПВС, омепразол, ингибиторы АПФ, антикоагулянты и антиагреганты)

-5. Эмпирическая парентеральная антибиотикотерапия с последующим назначением внутрь антибактериального препарата с учётом результатов посева на чувствительность к антибиотикам

23. Повышение содержания в крови какого иммуноглобулина типично для геморрагического васкулита Шенлейн-Геноха?

+1. IgA

-2. IgE

-3. IgG

-4. IgM

-5. Всех перечисленных

24. У кого чаще возникает IgA-ассоциированный васкулит (геморрагический васкулит Шенлейна-Геноха)?

+1. У детей и молодых людей

-2. У женщин в климактерическом периоде

-3. У пожилых людей

-4. У мужчин пожилого возраста

-5. Без различий в возрасте

25. Классификация васкулитов основана на размерах наиболее пораженных сосудов. Какой из перечисленных васкулитов преимущественно поражает сосуды мелкого калибра?

+1. Криоглобулинемический васкулит

-2. Гигантоклеточный васкулит

-3. Артериит Такаясу

-4. Узелковый полиартериит

-5. Болезнь Кавасаки

26. Диагноз узелкового полиартериита подтверждается данными:

+1. Биопсии поражённой ткани

-2. Рентгенографии органов грудной клетки

-3. Сцинтиграфии

-4. УЗИ органов брюшной полости

-5. Исследования вызванных потенциалов

27. Примерно у 20% пациентов с узелковым полиартериитом выявляется:

+1. Гепатит В

-2. Сахарный диабет I типа

-3. Псориаз

-4. Дилатационная кардиомиопатия

-5. Дисциркуляторная энцефалопатия

28. Артериит Такаясу возникает преимущественно:

-1. У детей

+2. У молодых женщин

-3. У людей среднего возраста

-4. У пожилых людей

-5. У мужчин

29. В большинстве случаев артериит Такаясу начинается с очаговой симптоматики, отражающей снижение кровотока в поражённом органе или конечности. Поражение устья коронарной артерии вследствие аортита или коронариита проявляется как:

+1. Стенокардия или инфаркт миокарда

-2. Головокружение и головные боли

-3. Синкопальные состояния и ортостатическая гипотония

-4. Перемежающаяся хромота

-5. Транзиторные ишемические атаки или инсульты

30. Гигантоклеточному артерииту могут быть присущи все перечисленные симптомы, за исключением:

-1. Выраженные головные боли (височные, затылочные, лобные или диффузные), сопровождающиеся болезненностью при прикосновении к коже в области скальпа

-2. Нарушения зрения с диплопией, скотомами, птозом, эпизодами потери зрения

-3. Интермиттирующие ишемические мышечные боли жевательных мышц и мышц языка

-4. Хронический подвывих нижней челюсти

+5. Функциональная диспепсия

**Список литературы**

**Основная:**

1. Внутренние болезни : учебник : в 2 т. Т. 1 / Р. А. Абдулхаков [и др.] ; под ред.: А. И. Мартынова, Ж. Д. Кобалава, С. В. Моисеева. – 4-е изд., перераб. – Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2021. – 784 с.
2. Внутренние болезни : учебник : в 2 т. Т. 2 / Р. А. Абдулхаков [и др.] ; под ред.: А. И. Мартынова, Ж. Д. Кобалава, С. В. Моисеева. – 4-е изд., перераб. – Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2021. – 704 с.
3. Внутренние болезни : учеб. для курсантов и студентов учреждений высш. образования по специальности «Лечебное дело» : в 2 ч. Ч. 1 / А. А. Бова [и др.] ; под ред. А. А. Бова. – Минск : Новое знание, 2018. – 703 с. : ил.
4. Внутренние болезни : учеб. для курсантов и студентов учреждений высш. образования по специальности «Лечебное дело» : в 2 ч. Ч. 2 / А. А. Бова [и др.] ; под ред. А. А. Бова. – 2-е изд., испр. – Минск : Новое знание, 2020. – 815 с. : ил., табл.
5. Аутоиммунные ревматические заболевания: принципы диагностики и лечения : пособие для студентов учреждений высш. образования, обучающихся по специальности 1-79 01 01 "Лечебное дело" / Л. Р. Выхристенко [и др.] ; М-во здравоохранения Республики Беларусь, УО "Витебский гос. ордена Дружбы народов мед.ун-т". - Витебск : ВГМУ, 2020. 141 с.

**Дополнительная:**

1. Алгоритм постановки диагноза заболеваний внутренних органов : пособие для студентов учреждений высш. образования, обучающихся по специальности 1-79 01 01 "Лечебное дело" / Л. Р. Выхристенко [и др.] ; М-во здравоохранения Республики Беларусь, УО "Витебский гос. ордена Дружбы народов мед. ун-т". - Витебск : [ВГМУ], 2022. - 221 с.
2. Внутренние болезни: учебник: в 2 т.: для студентов учреждений высш. проф. образования. Т. 1 : / М-во образования и науки РФ ; под ред. В. С. Моисеева, А. И. Мартынова, Н. А. Мухина. - 3-е изд., испр. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2018. - 960 с.
3. Общая врачебная практика : национальное руководство : в 2 т. - Т. 2 / под ред. О. Ю. Кузнецовой, О. М. Лесняк, Е. В. Фроловой. - 2-е изд., перераб. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 992 с. (Серия "Национальные руководства") - ISBN 978-5-9704-5521-0. - Текст : электронный // URL : https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970455210.html (дата обращения: 13.10.2021).
4. Национальные рекомендации по лечению и ведению пациентов с ревматическими заболеваниями / Н.А. Мартусевич [и др.] ; под ред. Л.Н. Гавриленко // Рецепт. – 2021. – № 24 (3). – С. 399–413.

**Нормативные правовые акты:**

1. Клинический протокол «Клинические протоколы диагностики и лечения больных с патологией системы кроветворения» : приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 19.05.2005 № 274.
2. Клинический протокол «Клинический протокол оказания скорой (неотложной) медицинской помощи взрослому населению» : приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 30.09.2010 № 1030.
3. Клинический протокол «Клинический протокол диагностики и лечения пациентов (взрослое население) с нефрологическими заболеваниями при оказании медицинской помощи в амбулаторных и стационарных условиях
районных, областных и республиканских организаций здравоохранения
Республики Беларусь» : приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 22.09.2011 № 920.
4. Клинический протокол «Клинический протокол диагностики и лечения пациентов (взрослое население) с ревматическими заболеваниями при оказании медицинской помощи в амбулаторных и стационарных условиях
районных, областных и республиканских организаций здравоохранения» : приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 10.05.2012 № 522.
5. Клинический протокол «Клинический протокол диагностики и лечения пациентов с диссеминированным внутрисосудистым свёртыванием крови» : приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 31.05.2012 № 662.
6. Клинический протокол «Клинический протокол диагностики и лечения пациентов с нарушениями свёртывания крови в случае получения антикоагулянтной терапии» : приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 31.05.2012 № 662.
7. Клинический протокол «Клинический протокол диагностики и лечения интерстициальных лёгочных болезней» : приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 05.07.2012 № 768.
8. Клинический протокол «Диагностика и лечение пациентов (взрослое население), с острыми гастродуоденальными кровотечениями при оказании медицинской помощи в стационарных условиях» : постановление Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 01.06.2017 № 46.
9. Клинический протокол «Ранняя диагностика интенсивная терапия острого респираторного дистресс-синдрома у пациентов с тяжелыми пневмониями вирусно-бактериальной этиологии» : постановление Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 01.06.2017 № 48.
10. Клинический протокол «Диагностика и лечение пациентов с заболеваниями органов пищеварения» : постановление Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 01.06.2017 № 54.
11. Клинические протоколы «Клинический протокол диагностики и лечения болезней, характеризующихся повышенным кровяным давлением», «Клинический протокол диагностики и лечения инфаркта миокарда, нестабильной стенокардии», «Клинический протокол диагностики и лечения тахикардии и нарушений проводимости», «Клинический протокол диагностики и лечения заболеваний, осложненных сердечной недостаточностью» : постановление Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 06.06.2017 № 59.
12. Клинический протокол «Диагностика и лечение пациентов (взрослое население) с острым почечным повреждением» : постановление Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 02.08.2021 № 93.
13. Клинический протокол «Лечение осложнений, связанных с хронической болезнью почек 5 стадии у пациентов (взрослое население), находящихся на различных видах хронического диализа» : постановление Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 02.08.2021 № 93.
14. Клинический протокол «Оказание медицинской помощи пациентам в критических для жизни состояниях»: постановление Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 23.08.2021 № 99.
15. Клинический протокол «Диагностика и лечение пациентов (взрослое население) с тромбозом глубоких вен» : постановление Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 22.03.2022 № 17.
16. Клинические протоколы «Диагностика и лечение пациентов (взрослое население) с витамин-В12-дефицитной анемией», «Диагностика и лечение пациентов (взрослое население) с железодефицитной анемией», «Диагностика и лечение пациентов (взрослое население) с фолиеводефицитной анемией» : постановление Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 01.04.2022 № 23.
17. Клинический протокол «Фармакотерапия основных патологических симптомов (синдромов) при оказании паллиативной медицинской помощи пациентам (взрослое население) в стационарных, амбулаторных условиях и на дому» : постановление Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 07.09.2022 № 96.
18. Клинический протокол «Оказание медицинской помощи пациентам (взрослое и детское население) с антифосфолипидным синдромом» : постановление Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 09.03.2023 № 40.
19. Инструкция «О порядке медицинского применения крови и (или) ее компонентов в организациях здравоохранения» : постановление Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 19.05.2023 № 92.
20. Клинический протокол «Трансплантация гемопоэтических стволовых клеток (взрослое население)» : постановление Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 13.06.2023 № 31.
21. Клинический протокол «Трансплантация почки (взрослое население)» : постановление Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 13.06.2023 № 31.
22. Клинический протокол «Интенсивная терапия критических для жизни состояний (взрослое население)» : постановление Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 13.06.2023 № 100.
23. Инструкция «О порядке проведения диспансеризации взрослого и детского населения Республики Беларусь» : постановление Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 30.08.2023 № 125.
24. Методические рекомендации «О порядке назначения биотехнологических лекарственных препаратов пациентам (взрослое население) с ревматическими заболеваниями» : приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 29.09.2023 № 1419.

Министерство здравоохранения Республики Беларусь

Учреждение образования «Витебский государственный ордена Дружбы народов медицинский университет»

Кафедра общей врачебной практики

|  |  |
| --- | --- |
| СОГЛАСОВАНОначальник отдела организации медицинской помощи главного управления по здравоохранению Тишина Елена Васильевна\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  | Утверждено на заседании кафедрыпротокол №1 от «28» августа 2024 г. |

**МЕТОДИЧЕСКИЕ УКАЗАНИЯ ОБУЧАЮЩИМСЯ**

**ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ КЛИНИЧЕСКИХ ПРАКТИЧЕСКИХ ЗАНЯТИЙ**

**ПО ДИСЦИПЛИНЕ “ВНУТРЕННИЕ БОЛЕЗНИ"**

**СПЕЦИАЛЬНОСТИ 1-79 01 01 «Лечебное дело»**

**V КУРС ЛЕЧЕБНЫЙ ФАКУЛЬТЕТ 10 семестр**

**ОЧНАЯ ФОРМА ОБРАЗОВАНИЯ**

**Тема занятия:** Энтеропатии. Заболевания толстого кишечника. Синдром раздражённого кишечника.

**Продолжительность:** 6 часов

Составители:

Л.Р. Выхристенко, зав. кафедрой, д.м.н., профессор

К.Г. Шилина, ассистент

Витебск, 2024 г.

**ТЕМА 5.** Энтеропатии. Заболевания толстого кишечника. Синдром раздражённого кишечника.

**Цель занятия**

На основе знаний анатомии, нормальной и патологической физиологии расширить и углубить знания о патогенезе, клинической картине хронических заболеваний кишечника. Изучить способы диагностики, основы построения диагноза, дифференциальной диагностики заболеваний толстого кишечника и синдрома раздраженного кишечника. Научиться составлять план обследования, лечения, профилактики воспалительных заболеваний кишечника, синдрома раздраженного кишечника.

**Воспитательные цели**

Ознакомление сдостижениями Республики Беларусь в области гастроэнтерологии, организацией медицинской помощи пациентам с гастроэнтерологическими болезнями, нормами профессиональной деятельности при ведении пациентов гастроэнтерологического профиля с учётом этики и деонтологии.

**Задачи занятия**

Приобретение студентами академических компетенций и формировании у студентов социально-личностных и профессиональных компетенций, основа которых заключается в знании и применении:

* методов проведения индивидуального обследования пациентов;
* тактики установления диагноза и проведения дифференциальной диагностики;
* методики составления плана обследования пациента и оценки результатов лабораторных и инструментальных методов исследования;
* методов и лекарственных средств терапевтического лечения заболеваний внутренних органов;
* методов профилактики заболеваний внутренних органов;
* принципов медицинской экспертизы и программ медицинской реабилитации пациентов с заболеваниями внутренних органов;
* методов оказания неотложной медицинской помощи при основных заболеваниях внутренних органов.

**Мотивационная характеристика необходимости изучения темы**

«Внутренние болезни» являются основополагающей учебной дисциплиной, вырабатывающей диагностические навыки, знания и умения для оказания медицинской помощи пациентам. В процессе изучения учебной дисциплины студенты приобретают исследовательские навыки, умение работать самостоятельно над алгоритмами дифференциальной диагностики симптомосходных заболеваний, используя приемы сравнительного анализа.

**Вопросы для самоподготовки**

1. Достижения Республики Беларусь в области гастроэнтерологии. Этика и деонтология при взаимодействии с пациентами гастроэнтерологического профиля.
2. Основные кишечные синдромы: синдром недостаточности пищеварения, синдром недостаточности всасывания, синдром экссудативной энтеропатии.
3. Энтеропатии: определение, этиология, патогенез. Роль избыточного бактериального роста в кишечнике при энтеропатиях. Методы диагностики энтеропатий: эндоскопические, морфологические, рентгенологические, функциональные методы исследования процессов всасывания. Изменения лабораторных показателей при энтеропатиях. Дифференциальная диагностика энтеропатий. Лечение энтеропатий (диета, антибактериальная терапия, пробиотики и пребиотики, ферментная терапия, регуляторы моторно-эвакуаторной функции кишечника). Энзимопатии: классификация. Клиническая картина энзимопатий.
4. Язвенный колит: определение, распространенность, этиология и патогенез, классификация, клиническая картина, внекишечные проявления. Критерии активности.
5. Болезнь Крона: определение, распространенность, этиология и патогенез, классификация, клинические проявления, внекишечные проявления. Критерии активности.
6. Инструментальные методы диагностики язвенного колита и болезни Крона: эндоскопический, морфологический, рентгенологический, ультразвуковой. Дифференциальная диагностика язвенного колита и болезни Крона.
7. Лечение язвенного колита и болезни Крона: диета, базисная (индукционная и поддерживающая) терапия в зависимости от протяженности и степени активности (производные 5-аминосалициловой кислоты, глюкокортикоиды, иммунодепрессанты, моноклональные антитела), симптоматические лекарственные средства. Показания для антибиотикотерапии при язвенном колите и болезни Крона. Выбор и оценка эффективности антибактериальной терапии. Эпидемиологическая безопасность при оказании медицинской помощи пациентам с язвенным колитом и болезнью Крона. Показания к хирургическому лечению. Неотложная медицинская помощь при кровотечениях из желудочно-кишечного тракта, электролитных нарушениях.
8. Синдром раздраженного кишечника: причины развития. Патогенез. Клиническая картина синдрома раздраженного кишечника. Диагностика, дифференциальная диагностика синдрома раздраженного кишечника. Лечение синдрома раздраженного кишечника.
9. Медицинская реабилитация пациентов с заболеваниями кишечника: виды, показания, противопоказания.
10. Особенности течения энтеропатий, энзимопатий, язвенного колита, болезни Крона, синдрома раздражённого кишечника у пациентов пожилого и старческого возраста. Особенности терапевтической тактики.

**Вопросы для аудиторного контроля знаний**

1. Достижения Республики Беларусь в области гастроэнтерологии.
2. Этика и деонтология при взаимодействии с пациентами гастроэнтерологического профиля.
3. Энтеропатии: определение, этиология, патогенез. Роль избыточного бактериального роста в кишечнике при энтеропатиях.
4. Энзимопатии: классификация. Клиническая картина энзимопатий.
5. Основные кишечные синдромы: синдром недостаточности пищеварения, синдром недостаточности всасывания, синдром экссудативной энтеропатии.
6. Методы диагностики энтеропатий: эндоскопические, морфологические, рентгенологические, функциональные методы исследования процессов всасывания. Изменения лабораторных показателей при энтеропатиях. Дифференциальная диагностика энтеропатий.
7. Лечение энтеропатий (диета, антибактериальная терапия, пробиотики и пребиотики, ферментная терапия, регуляторы моторно-эвакуаторной функции кишечника).
8. Язвенный колит: определение, распространенность, этиология и патогенез.
9. Язвенный колит: классификация, клиническая картина, внекишечные проявления. Критерии активности.
10. Болезнь Крона: определение, распространенность, этиология и патогенез.
11. Болезнь Крона: классификация, клинические проявления, внекишечные проявления. Критерии активности.
12. Инструментальные методы диагностики язвенного колита и болезни Крона: эндоскопический, морфологический, рентгенологический, ультразвуковой.
13. Дифференциальная диагностика язвенного колита и болезни Крона.
14. Лечение язвенного колита и болезни Крона: диета, базисная (индукционная и поддерживающая) терапия в зависимости от протяженности и степени активности (производные 5-аминосалициловой кислоты, глюкокортикоиды, иммунодепрессанты, моноклональные антитела), симптоматические лекарственные средства. Показания к хирургическому лечению.
15. Синдром раздраженного кишечника: причины развития. Патогенез.
16. Клиническая картина синдрома раздраженного кишечника.
17. Диагностика, дифференциальная диагностика синдрома раздраженного кишечника.
18. Лечение синдрома раздраженного кишечника.
19. Медицинская реабилитация пациентов с заболеваниями кишечника: виды, показания, противопоказания.
20. Показания для антибиотикотерапии при язвенном колите и болезни Крона. Выбор и оценка эффективности антибактериальной терапии.
21. Особенности течения энтеропатий, энзимопатий, язвенного колита, болезни Крона, синдрома раздражённого кишечника у пациентов пожилого и старческого возраста. Особенности терапевтической тактики.
22. Неотложная медицинская помощь при кровотечениях из желудочно-кишечного тракта, электролитных нарушениях.
23. Эпидемиологическая безопасность при оказании медицинской помощи пациентам с язвенным колитом и болезнью Крона.

ХОД ЗАНЯТИЯ

Теоретическая часть

 Всю необходимую информацию для подготовки к занятию можно найти в системе дистанционного обучения ВГМУ (Факультеты→Лечебный факультет→Кафедра общей врачебной практики→Внутренние болезни (ЛФ 5 курс).

Изложение теоретического материала должно быть ёмким, последовательным в соответствии с перечнем контрольных вопросов по теме занятия. Ссылки на используемые источники указывать в процессе их упоминания согласно списку используемой литературы.

При изложении вопросов, касающихся диагностики и лечения, рекомендуется акцентировать внимание на современных методах и рекомендациях (согласно клиническим протоколам Министерства здравоохранения Республики Беларусь, национальным и международным клиническим рекомендациям).

Практическая часть

**Клинический кейс:**

Кейс по теме занятия решается студентами всей группы в ходе совместной работы.

**Инструкция по работе с кейсом по теме занятия**

1. Ознакомьтесь с условием клинического кейса.
2. Выставьте предварительный диагноз, исходя из предоставленной в кейсе информации. Подготовьте аргументы в пользу выставленного диагноза, перечислите диагностические критерии данного заболевания.
3. Составьте необходимый план обследования для подтверждения диагноза, используя клинические протоколы Министерства здравоохранения Республики Беларусь, международные клинические рекомендации по ведению пациентов с подозреваемой Вами патологией.
4. Назначьте индивидуализированную схему лечения данного заболевания в случае подтверждения вашего диагноза (согласно клиническим протоколам Министерства здравоохранения Республики Беларусь, в том числе с использованием международных клинических рекомендаций по ведению пациентов с подозреваемой Вами патологией.

Время самостоятельной работы с клиническим кейсом – 20 минут. В рамках групповой дискуссии обсуждаются разные точки зрения, при помощи преподавателя выбирается лучший алгоритм действий в конкретной клинической ситуации. После этого преподаватель подводит итоги работы и помогает разобраться с вопросами, возникшими в ходе решения кейса.

**Клинический кейс**

Пациент О., 33 лет, жалуется на схваткообразную боль в животе, диарею с кровью около 5 раз за сутки, боль в коленных суставах, общую слабость.

Анамнез: считает себя больным около недели, когда впервые появилась диарея с примесью крови, боль в животе. Связывал это с возможным пищевым отравлением, самостоятельно принимал смекту. Спустя несколько дней интенсивность боли в животе усилилась, диарея участилась (до 5-6 раз за сутки), стал замечать значительное количество крови в стуле, появилась выраженная общая слабость, боль в коленных суставах. Обратился в приёмный покой больницы в связи с ухудшением самочувствия.

Объективно: кожа бледная. Боль при пальпации области сигмовидной и ободочной кишки. Область коленных суставов без особенностей.

**«Мозговой штурм»**

Формат «мозгового штурма» проводится в рамках открытой дискуссии между студентами учебной группы под наблюдением преподавателя.

**Инструкция по изучению темы занятия методом «мозгового штурма»**

1. В рамках предложенной клинической ситуации ознакомьтесь с условием проблемы, которую необходимо решить.
2. Предложите наиболее рациональный с Вашей точки зрения алгоритм решения проблемы, вынесите его на открытую дискуссию.

В рамках групповой дискуссии обсуждаются предложенные алгоритмы решения проблемы, путём открытого голосования выбирается лучший из них. После этого преподаватель подводит итоги работы и помогает разобраться с вопросами, возникшими в ходе решения проблемы.

**Клиническая ситуация.**

Вы – врач общей практики. К Вам на приём обратилась пациентка 39 лет, которая болеет синдромом раздражённого кишечника с диареей. Для лечения использовала назначенную гастроэнтерологом диету, для снижения болевого синдром использовала мебеверина гидрохлорид 200 мг х 2 раза/сут., при эпизодах диареи принимала лоперамид 2 мг, при вздутии живота – препараты на основе симетикона. Причина обращения – отсутствие эффекта от вышеописанного лечения (значительное учащение эпизодов диареи). Ваша тактика действий?

**Контроль усвоения темы**

**Тесты для проверки уровня знаний**

1. Клиническими критериями язвенного колита являются все нижеперечисленные, кроме:

+1. Запоры

-2. Диарея с кровью, тенезмы

-3. Общие признаки воспаления

-4. Внекишечные проявления (спондилоартропатии, узловая эритема, поражения глаз, афтозный стоматит, гангренозная пиодермия)

2. Эндоскопическими критериями язвенного колита в фазу обострения являются все нижеперечисленные, кроме:

+1. Признаки воспаления слизистой оболочки кишечной трубки (афты, язвы полигональной формы, щелевидные язвы, картина «булыжной мостовой», деформация просвета, стриктуры, псевдополипы, устья свищевых ходов)

-2. Признаки воспаления слизистой оболочки толстой кишки (отек, гиперемия, ослабление или исчезновение сосудистого рисунка, гранулярность, контактная или спонтанная кровоточивость, эрозии, язвы, налеты фибрина, псевдополипы)

-3. Непрерывный характер воспаления (начинается с прямой кишки и, при распространении в проксимальном направлении, последовательно вовлекает все анатомические сегменты кишечника)

-4. Диффузный характер воспаления (в пределах одного анатомического сегмента поражается вся слизистая оболочка)

3. Для оценки активности язвенного колита по шкале Мейо необходимо проанализировать:

+1. Частоту дефекаций

-2. Частоту приступов боли

-3. Уровень общего билирубина

-4. Уровень креатинина

-5. Данные мазка из прямой кишки (на патогенную микрофлору)

4. Язвенный колит классифицируется по течению воспалительного процесса в кишечнике. Какая форма из нижеперечисленных не соответствует данной классификации?

+1. Вторая атака язвенного колита

-2. Первая атака язвенного колита

-3. Рецидивирующее течение с редкими обострениями

-4. Рецидивирующее течение с частыми обострениями

-5. Непрерывное течение

5. К осложнениям язвенного колита относятся все нижеперечисленное, за исключением:

+1. Синдром раздраженного кишечника

-2. Кишечное кровотечение

-3. Токсическая дилатация толстой кишки

-4. Перфорация кишечника

-5. Колоректальный рак

6. Терапией первой линии при язвенном колите является:

+1. Месалазин

-2. Хлорамфеникол

-3. Дексаметазон

-4. Гидроксихлорохин

-5. Метотрексат

7. Выберите лекарственное средство для лечения язвенного колита:

+1. Сульфасалазин

-2. Сульфадиметоксин

-3. Сакубитрил

-4. Симетикон

-5. Сульпирид

8. В дополнение к терапии препаратами 5-аминосалициловой кислоты при язвенном колите используется:

+1. Преднизолон

-2. Хлорамфеникол

-3. Лоперамид

-4. Метронидазол

-5. Мизопростол

9. Какой препарат может использоваться для лечения язвенного колита при отсутствии клинического ответа на препараты 5-аминосалициловой кислоты и кортикостероиды:

+1. Инфликсимаб

-2. Хлорамфеникол

-3. Лоперамид

-4. Метронидазол

-5. Мебеверин

10. Какой препарат может использоваться для лечения язвенного колита при отсутствии клинического ответа на препараты 5-аминосалициловой кислоты и кортикостероиды:

+1. Азатиоприн

-2. Хлорамфеникол

-3. Лоперамид

-4. Метронидазол

-5. Мебеверин

11. Где чаще локализуется сегментарный гранулематозный воспалительный процесс при острой форме болезни Крона?

+1. В терминальном отделе подвздошной кишки

-2. В прямой кишке

-3. В перианальной зоне

-4. В любом из указанных мест

-5. Ни в одном из указанных мест

12. Для оценки клинической активности болезни Крона по индексу Беста необходимо расспросить пациента о приеме препарата:

-1. Дротаверина

-2. Верапамила

+3. Лоперамида

-4. Метформина

-5. Омепразола

13. Какой из иммунологических показателей может быть выявлен при болезни Крона?

-1. Антитела к двуспиральной ДНК

-2. Антинуклеарные антитела

+3. Антитела к пекарским дрожжам Saccharomyces cerevisiae

-4. Антитела к бокаловидным клеткам кишечника

-5. Все могут быть выявлены

14. Какие результаты ирригоскопии с бариевой клизмой типичны для язвенного колита?

-1. Сужение и укорочение кишки (феномен "водопроводной трубы")

-2. Сглаженность контуров слизистой

-3. Исчезновение гаустрации

-4. Язвенные ниши, дефекты наполнения в местах формирования псевдополипов

+5. Все перечисленное

15. Какие клинические проявления характерны для болезни Крона?

-1. Хроническая диарея (более 4 недель) с кровью или без крови и снижение массы тела

-2. Абдоминальная боль и общие признаки воспаления (повышение температура тела, снижение работоспособности, вялость, сонливость, слабость)

-3. Перианальные свищи

-4. Внекишечные проявления (артропатии, поражение глаз (ирит, иридоциклит), афтозный стоматит, гангренозная пиодермия)

+5. Все перечисленное

16. Эндоскопическими критериями язвенного колита в фазу обострения являются все нижеперечисленные, кроме:

+1. Непрерывный характер воспаления (начинается с прямой кишки и, при распространении в проксимальном направлении, последовательно вовлекает все анатомические сегменты кишечника)

-2. Признаки воспаления слизистой оболочки кишечной трубки (афты, язвы полигональной формы, щелевидные язвы, картина «булыжной мостовой», деформация просвета, стриктуры, псевдополипы, устья свищевых ходов)

-3. Прерывистый характер воспаления

-4. Очаговый характер воспаление (в пределах одного анатомического сегмента слизистая оболочка поражается не полностью; характерным является наличие язв на фоне неизмененной слизистой оболочки)

-5. Поражена подвздошная кишка и не поражена прямая кишка

17. При болезни Крона с илеоцекальным или толстокишечным поражением с лёгкой активностью рекомендуется:

-1. Преднизолон перорально 40 мг/сутки

+2. Месалазин перорально 4-4,5 г/сутки

-3. Сульпирид перорально 200 мг/сутки

-4. Метотрексат перорально 5 мг/сутки

-5. Метилпреднизолон перорально 32 мг/сутки

18. При болезни Крона с илеоцекальным или толстокишечным поражением с умеренной активностью рекомендуется:

-1. Месалазин перорально 2 г/сутки

+2. Преднизолон перорально 40 мг/сутки

-3. Сульпирид перорально 200 мг/сутки

-4. Метотрексат перорально 2,5 мг/сутки

-5. Пентоксифиллин перорально 200 мг/сутки

19. При болезни Крона с илеоцекальным или толстокишечным поражением с высокой активностью в отсутствие ответа на кортикостероиды рекомендуется сочетать терапию первой линии с иммуномодуляторами, перечисленными ниже, кроме:

+1. Хлорамфеникол

-2. Азатиоприн

-3. Меркаптопурин

-4. Метотрексат

-5. Инфликсимаб

20. Для лечения перианальных фистул при болезни Крона назначают:

+1. Метронидазол, ципрофлоксацин

-2. Висмута трикалия дицитрат

-3. Урсодезоксихолевая кислота, эссенциальные фосфолипиды

-4. Бисакодил, препараты сенны

-5. Мебеверин и нестероидные противовоспалительные препараты

21. У пациентов с синдромом раздражённого кишечника при выполнении лабораторных исследований, визуализации и биопсии:

+1. Не удаётся обнаружить анатомическую причину заболевания

-2. Выявляются анатомические причины заболевания

-3. Выявляются воспалительные изменения

-4. Выявляются инфекционные процессы

-5. Выявляются неопластические процессы

22. У пациентов с СРК часто выявляются все нижеперечисленные особенности, за исключением:

-1. Депрессия

-2. Тревожные расстройства

+3. Повышение уровня «печёночных маркеров» в крови

-4. Соматизированное расстройство

-5. Нарушения сна

23. Оценка клинической картины при СРК проводится на основе:

+1. Римских критериев

-2. Маастрихтского консенсуса

-3. Франко-американо-британской классификации

-4. Шкалы Глазго

-5. Консенсуса KDIGO

24. Обследование пациентов с предполагаемым СРК должно быть более интенсивным, если присутствуют перечисленные ниже симптомы тревоги, к которым не относится:

-1. Ректальное кровотечение

-2. Пожилой возраст

-3. Снижение веса

+4. Обсессивно-компульсивные расстройства

-5. Железодефицитная анемия

25. Какие клинические симптомы не характерны для синдрома раздраженного кишечника?

-1. Абдоминальная боль

-2. Кишечный дискомфорт

-3. Расстройство стула

+4. Кишечные кровотечения

-5. Все типичны

26. Какие особенности абдоминального болевого синдрома не типичны для синдрома раздраженного кишечника?

-1. Боли не беспокоят больных ночью

-2. Отхождение газов и стул могут уменьшать боли

-3. Эмоции усиливают боли

-4. Боли обычно ощущаются в нижних левых отделах живота

+5. Боли в животе сопровождаются тошнотой, иногда рвотой

27. Применение трициклических антидепрессантов способствует уменьшению диареи, боли в животе и вздутия у пациентов с СРК. Какое из нижеперечисленных лекарственных средств относится к трициклическим антидепрессантам?

-1. Фамотидин

-2. Кветиапин

-3. Аминазин

+4. Амитриптилин

-5. Ондансетрон

28. При метеоризме у пациентов с СРК можно использовать лекарственное средство:

-1. Симвастатин

-2. Сакубитрил

+3. Симетикон

-4. Силденафил

-5. Ситаглиптин

29. Какие из спазмолитиков можно применять для купирования боли у пациентов с синдромом раздраженного кишечника?

-1. Дротаверин

-2. Мебеверин

-3. Отилония бромид

-4. Гиосцина бутилбромид

+5. Все можно применять

30. В немедикаментозном лечении пациентов с СРК могут быть эффективны:

-1. Когнитивно-поведенческая терапия

-2. Стандартные методы психотерапии

-3. Гипнотерапия

-4. Мероприятия по коррекции питания и образа жизни

+5. Все перечисленные методы

**Список литературы**

**Основная:**

1. Внутренние болезни : учебник : в 2 т. Т. 1 / Р. А. Абдулхаков [и др.] ; под ред.: А. И. Мартынова, Ж. Д. Кобалава, С. В. Моисеева. – 4-е изд., перераб. – Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2021. – 784 с.
2. Внутренние болезни : учебник : в 2 т. Т. 2 / Р. А. Абдулхаков [и др.] ; под ред.: А. И. Мартынова, Ж. Д. Кобалава, С. В. Моисеева. – 4-е изд., перераб. – Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2021. – 704 с.
3. Внутренние болезни : учеб. для курсантов и студентов учреждений высш. образования по специальности «Лечебное дело» : в 2 ч. Ч. 1 / А. А. Бова [и др.] ; под ред. А. А. Бова. – Минск : Новое знание, 2018. – 703 с. : ил.
4. Внутренние болезни : учеб. для курсантов и студентов учреждений высш. образования по специальности «Лечебное дело» : в 2 ч. Ч. 2 / А. А. Бова [и др.] ; под ред. А. А. Бова. – 2-е изд., испр. – Минск : Новое знание, 2020. – 815 с. : ил., табл.

**Дополнительная:**

1. Алгоритм постановки диагноза заболеваний внутренних органов : пособие для студентов учреждений высш. образования, обучающихся по специальности 1-79 01 01 "Лечебное дело" / Л. Р. Выхристенко [и др.] ; М-во здравоохранения Республики Беларусь, УО "Витебский гос. ордена Дружбы народов мед. ун-т". - Витебск : [ВГМУ], 2022. - 221 с.
2. Внутренние болезни: учебник: в 2 т.: для студентов учреждений высш. проф. образования. Т. 1 : / М-во образования и науки РФ ; под ред. В. С. Моисеева, А. И. Мартынова, Н. А. Мухина. - 3-е изд., испр. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2018. - 960 с.
3. Общая врачебная практика : национальное руководство : в 2 т. - Т. 2 / под ред. О. Ю. Кузнецовой, О. М. Лесняк, Е. В. Фроловой. - 2-е изд., перераб. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 992 с. (Серия "Национальные руководства") - ISBN 978-5-9704-5521-0. - Текст : электронный // URL : https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970455210.html (дата обращения: 13.10.2021).

**Нормативные правовые акты:**

1. Клинический протокол «Клинические протоколы диагностики и лечения больных с патологией системы кроветворения» : приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 19.05.2005 № 274.
2. Клинический протокол «Клинический протокол оказания скорой (неотложной) медицинской помощи взрослому населению» : приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 30.09.2010 № 1030.
3. Клинический протокол «Диагностика и лечение пациентов (взрослое население), с острыми гастродуоденальными кровотечениями при оказании медицинской помощи в стационарных условиях» : постановление Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 01.06.2017 № 46.
4. Клинический протокол «Диагностика и лечение пациентов с заболеваниями органов пищеварения» : постановление Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 01.06.2017 № 54.
5. Клинический протокол «Оказание медицинской помощи пациентам в критических для жизни состояниях»: постановление Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 23.08.2021 № 99.
6. Клинические протоколы «Диагностика и лечение пациентов (взрослое население) с витамин-В12-дефицитной анемией», «Диагностика и лечение пациентов (взрослое население) с железодефицитной анемией», «Диагностика и лечение пациентов (взрослое население) с фолиеводефицитной анемией» : постановление Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 01.04.2022 № 23.
7. Клинический протокол «Фармакотерапия основных патологических симптомов (синдромов) при оказании паллиативной медицинской помощи пациентам (взрослое население) в стационарных, амбулаторных условиях и на дому» : постановление Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 07.09.2022 № 96.
8. Инструкция «О порядке медицинского применения крови и (или) ее компонентов в организациях здравоохранения» : постановление Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 19.05.2023 № 92.
9. Клинический протокол «Интенсивная терапия критических для жизни состояний (взрослое население)» : постановление Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 13.06.2023 № 100.
10. Инструкция «О порядке проведения диспансеризации взрослого и детского населения Республики Беларусь» : постановление Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 30.08.2023 № 125.

Министерство здравоохранения Республики Беларусь

Учреждение образования «Витебский государственный ордена Дружбы народов медицинский университет»

Кафедра общей врачебной практики

|  |  |
| --- | --- |
| СОГЛАСОВАНОначальник отдела организации медицинской помощи главного управления по здравоохранению Тишина Елена Васильевна\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  | Утверждено на заседании кафедрыпротокол №1 от «28» августа 2024 г. |

**МЕТОДИЧЕСКИЕ УКАЗАНИЯ ОБУЧАЮЩИМСЯ**

**ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ КЛИНИЧЕСКИХ ПРАКТИЧЕСКИХ ЗАНЯТИЙ**

**ПО ДИСЦИПЛИНЕ “ВНУТРЕННИЕ БОЛЕЗНИ"**

**СПЕЦИАЛЬНОСТИ 1-79 01 01 «Лечебное дело»**

**V КУРС ЛЕЧЕБНЫЙ ФАКУЛЬТЕТ 10 семестр**

**ОЧНАЯ ФОРМА ОБРАЗОВАНИЯ**

**Тема занятия:** Функциональные билиарные расстройства. Хронический панкреатит.

**Продолжительность:** 6 часов

Составители:

Л.Р. Выхристенко, зав. кафедрой, д.м.н., профессор

К.Г. Шилина, ассистент

Витебск, 2024 г.

**ТЕМА 6.** Функциональные билиарные расстройства. Хронический панкреатит.

**Цель занятия**

Изучить этиологию, патогенез, диагностику, дифференциальную диагностику, лечение, реабилитацию и профилактику функциональных билиарных расстройств, хронического панкреатита.

**Воспитательные цели**

Ознакомление сорганизацией медицинской помощи пациентам с гастроэнтерологическими болезнями, нормами профессиональной деятельности при ведении пациентов гастроэнтерологического профиля с учётом этики и деонтологии.

**Задачи занятия**

Приобретение студентами академических компетенций и формировании у студентов социально-личностных и профессиональных компетенций, основа которых заключается в знании и применении:

* методов проведения индивидуального обследования пациентов;
* тактики установления диагноза и проведения дифференциальной диагностики;
* методики составления плана обследования пациента и оценки результатов лабораторных и инструментальных методов исследования;
* методов и лекарственных средств терапевтического лечения заболеваний внутренних органов;
* методов профилактики заболеваний внутренних органов;
* принципов медицинской экспертизы и программ медицинской реабилитации пациентов с заболеваниями внутренних органов;
* методов оказания неотложной медицинской помощи при основных заболеваниях внутренних органов.

**Мотивационная характеристика необходимости изучения темы**

«Внутренние болезни» являются основополагающей учебной дисциплиной, вырабатывающей диагностические навыки, знания и умения для оказания медицинской помощи пациентам. В процессе изучения учебной дисциплины студенты приобретают исследовательские навыки, умение работать самостоятельно над алгоритмами дифференциальной диагностики симптомосходных заболеваний, используя приемы сравнительного анализа.

**Вопросы для самоподготовки**

1. Функциональные билиарные расстройства: определение, причины развития, патогенез, классификация, клиническая картина, диагностические критерии функциональных билиарных расстройств. Диагностика функционального расстройства желчного пузыря, функционального билиарного и панкреатического расстройства сфинктера Одди.
2. Лечение функциональных билиарных расстройств.
3. Хронический панкреатит: определение, этиологические факторы, патогенез, классификация, клиническая картина, критерии тяжести хронического панкреатита.
4. Лабораторные и инструментальные методы диагностики хронического панкреатита: динамика ферментов (р-амилазы, липазы, эластазы), копрологическое исследование, УЗИ, эндоскопическая ультрасонография, фиброгастродуоденоскопия, КТ, магнитно-резонансная холангиопанкреатография. Диагностические критерии хронического панкреатита, дифференциальная диагностика.
5. Лечение хронического панкреатита. Осложнения хронического панкреатита. Показания к хирургическому лечению.
6. Медицинская реабилитация пациентов с хроническим панкреатитом: виды, показания, противопоказания.
7. Особенности течения функциональных билиарных расстройств, хронического панкреатита у пациентов пожилого и старческого возраста. Особенности терапевтической тактики.

**Вопросы для аудиторного контроля знаний**

1. Функциональные билиарные расстройства: определение, причины развития, патогенез.
2. Классификация, клиническая картина функциональных билиарных расстройств.
3. Диагностические критерии функциональных билиарных расстройств. Диагностика функционального расстройства желчного пузыря, функционального билиарного и панкреатического расстройства сфинктера Одди.
4. Лечение функциональных билиарных расстройств.
5. Хронический панкреатит: определение, этиологические факторы, патогенез.
6. Классификация, клиническая картина, критерии тяжести хронического панкреатита.
7. Лабораторные и инструментальные методы диагностики хронического панкреатита: динамика ферментов (р-амилазы, липазы, эластазы), копрологическое исследование, УЗИ, эндоскопическая ультрасонография, фиброгастродуоденоскопия, КТ, магнитно-резонансная холангиопанкреатография.
8. Диагностические критерии хронического панкреатита, дифференциальная диагностика.
9. Лечение хронического панкреатита.
10. Осложнения хронического панкреатита. Показания к хирургическому лечению.
11. Медицинская реабилитация пациентов с хроническим панкреатитом: виды, показания, противопоказания.
12. Особенности течения функциональных билиарных расстройств, хронического панкреатита у пациентов пожилого и старческого возраста. Особенности терапевтической тактики.

ХОД ЗАНЯТИЯ

Теоретическая часть

 Всю необходимую информацию для подготовки к занятию можно найти в системе дистанционного обучения ВГМУ (Факультеты→Лечебный факультет→Кафедра общей врачебной практики→Внутренние болезни (ЛФ 5 курс).

Изложение теоретического материала должно быть ёмким, последовательным в соответствии с перечнем контрольных вопросов по теме занятия. Ссылки на используемые источники указывать в процессе их упоминания согласно списку используемой литературы.

При изложении вопросов, касающихся диагностики и лечения, рекомендуется акцентировать внимание на современных методах и рекомендациях (согласно клиническим протоколам Министерства здравоохранения Республики Беларусь, национальным и международным клиническим рекомендациям).

Практическая часть

**Клинический кейс:**

Кейс по теме занятия решается студентами всей группы в ходе совместной работы.

**Инструкция по работе с кейсом по теме занятия**

1. Ознакомьтесь с условием клинического кейса.
2. Выставьте предварительный диагноз, исходя из предоставленной в кейсе информации. Подготовьте аргументы в пользу выставленного диагноза, перечислите диагностические критерии данного заболевания.
3. Составьте необходимый план обследования для подтверждения диагноза, используя клинические протоколы Министерства здравоохранения Республики Беларусь, международные клинические рекомендации по ведению пациентов с подозреваемой Вами патологией.
4. Назначьте индивидуализированную схему лечения данного заболевания в случае подтверждения вашего диагноза (согласно клиническим протоколам Министерства здравоохранения Республики Беларусь, в том числе с использованием международных клинических рекомендаций по ведению пациентов с подозреваемой Вами патологией.

Время самостоятельной работы с клиническим кейсом – 20 минут. В рамках групповой дискуссии обсуждаются разные точки зрения, при помощи преподавателя выбирается лучший алгоритм действий в конкретной клинической ситуации. После этого преподаватель подводит итоги работы и помогает разобраться с вопросами, возникшими в ходе решения кейса.

**Клинический кейс**

Пациентка Д., 35 лет, жалуется на схваткообразную колющую боль в правом подреберье, усиливающуюся после употребления жирной еды, на фоне стресса.

Анамнез: считает себя больной около полугода, когда впервые возникла кратковременная боль в правом подреберье после сильного стресса. Постепенно (в течение нескольких месяцев) стала отмечать учащение подобных болевых приступов, стала отмечать связь с приёмами некоторых видов продуктов (острая, жирная пища). За медицинской помощью не обращалась около 3-х месяцев, так как боль достаточно быстро проходила. Обследовалась амбулаторно: выполнены общий и биохимический анализ крови, УЗИ органов брюшной полости, видеоэзофагогастродуоденоскопия – патологии не выявлено.

Объективно: без особенностей.

**«Мозговой штурм»**

Формат «мозгового штурма» проводится в рамках открытой дискуссии между студентами учебной группы под наблюдением преподавателя.

**Инструкция по изучению темы занятия методом «мозгового штурма»**

1. В рамках предложенной клинической ситуации ознакомьтесь с условием проблемы, которую необходимо решить.
2. Предложите наиболее рациональный с Вашей точки зрения алгоритм решения проблемы, вынесите его на открытую дискуссию.

В рамках групповой дискуссии обсуждаются предложенные алгоритмы решения проблемы, путём открытого голосования выбирается лучший из них. После этого преподаватель подводит итоги работы и помогает разобраться с вопросами, возникшими в ходе решения проблемы.

**Клиническая ситуация.**

Вы – врач общей практики. К Вам на приём обратился пациент 45 лет, который вчера выписался из ревматологического отделения после плановой госпитализации по поводу ревматоидного артрита. В ходе госпитализации было выполнено УЗИ органов брюшной полости в связи с наличием боли в верхнем отделе живота. Заключение УЗИ: диффузные изменения паренхимы поджелудочной железы. Хронический панкреатит? Очаговое образование поджелудочной железы? Рекомендовано: -консультация врача общей практики, хирурга в поликлинике по месту жительства. Ваша тактика действий?

**Контроль усвоения темы**

**Тесты для проверки уровня знаний**

1. Клиническим критерием дисфункции желчного пузыря является:

+1. Боль в правом подреберье или эпигастрии

-2. Горький привкус в полости рта

-3. Отрыжка горьким

-4. Боль в левом подреберье

-5. Боль в области пупка

2. При дисфункции желчного пузыря необходимо провести все перечисленные ниже диагностические мероприятия, за исключением:

+1. Коагулограмма

-2. Общий анализ крови, общий анализ мочи, биохимический анализ крови (АСТ, АЛТ, щелочная фосфатаза, ГГТП, глюкоза, амилаза, общий холестерин), ЭКГ

-3. Амилаза мочи

-4. УЗИ органов брюшной полости

-5. ФЭГДС с оценкой области фатерова соска

3. Оценка тяжести функциональных билиарных расстройств включает оценку показателя:

+1. Частота симптомов

-2. Выраженность биохимических отклонений

-3. Состав желчи

-4. Пульс, артериальное давление

-5. Симптомы тревоги

4. Оценка тяжести функциональных билиарных расстройств включает:

+1. Анализ влияния симптомов на повседневный ритм и активность пациента

-2. Анализ выраженности биохимических отклонений

-3. Анализ состава желчи и кишечного сока

-4. Оценку пульса и артериального давления

-5. Анализ выявленных эндоскопических изменений

5. Определение степени тяжести функциональных билиарных расстройств может основываться на оценке:

+1. Болевого синдрома по визуально-аналоговой шкале

-2. Индекса Харви-Брэдшоу

-3. Шкалы Мейо

-4. Индекса массы тела

-5. Индекса Беста

6. Чем обусловлена первичная дискинезия желчевыводящих путей?

-1. Стриктурой сфинктера Одди

-2. Язвенной деформацией двенадцатиперстной кишки

+3. Нарушением нейрогуморальной регуляции тонуса желчного пузыря и сфинктеров желчных ходов

-4. Воспалительным процессом в желчном пузыре

-5. Наличием конкрементов в желчном пузыре и/или во внепеченочных желчных протоках

7. Какие методы диагностики необходимо использовать для подтверждения диагноза гипертонической дискинезии желчевыводящих путей?

-1. Видеоэзофагогастродуоденоскопия

-2. УЗИ органов брюшной полости

-3. Фармакологическая проба с нитроглицерином

-4. Ничего из перечисленного

+5. Все перечисленные

8. В лечении функциональных билиарных расстройств эффективен желчегонный препарат с селективным спазмолитическим действием в отношении желчных протоков и сфинктера Одди. Он не снижает артериальное давление и перистальтику, уменьшает застой желчи и предупреждает развитие холестаза. Назовите его.

+1. Гимекромон

-2. Отилония бромид

-3. Мебеверин

-4. Тримебутин

-5. Гиосцина гидрохлорид

9. В лечении функциональных билиарных расстройств эффективен желчегонный препарат с селективным спазмолитическим действием в отношении желчных протоков и сфинктера Одди. Он не снижает артериальное давление и перистальтику, уменьшает застой желчи и предупреждает развитие холестаза. Назовите его.

+1. Гимекромон

-2. Гликлазид

-3. Глимепирид

-4. Габапентин

-5. Гиосцина гидрохлорид

10. В лечении функциональных билиарных расстройств можно использовать все нижеперечисленные препараты, за исключением:

+1. Кеторолак

-2. Отилония бромид

-3. Мебеверин

-4. Тримебутин

-5. Дротаверин

11. Для купирования приступа боли при спазме сфинктера Одди назначают:

+1. Нитроглицерин сублингвально

-2. Пропранолол перорально

-3. Кеторолак перорально

-4. Диклофенак парентерально

-5. Фентанил трансдермально

12. Для купирования приступа боли при спазме сфинктера Одди назначают:

+1. Нифедипин сублингвально

-2. Пропранолол перорально

-3. Кеторолак перорально

-4. Диклофенак парентерально

-5. Фентанил трансдермально

13. К факторам риска хронического панкреатита относятся все перечисленные, кроме:

+1. Артериальная гипертензия

-2. Злоупотребление алкоголем

-3. Курение

-4. Гиперкальциемия

-5. Гипертриглицеридемия

14. К факторам риска хронического панкреатита относятся все перечисленные, кроме:

+1. Ишемическая болезнь сердца

-2. Злоупотребление алкоголем

-3. Курение

-4. Аутоиммунные заболевания

-5. Рецидивы острого панкреатита

15. Риск развития хронического панкреатита связан с:

-1. Злоупотреблением алкоголем

-2. Гиперкальциемией

-3. Табакокурением

-4. Хроническим калькулезным холециститом

+5. Все перечисленные

16. Клинико-лабораторными признаками внешнесекреторной недостаточности поджелудочной железы при хроническом панкреатите являются:

-1. Боль в левой подвздошной области

+2. Диарея, стеаторея, снижение массы тела

-3. Гипергликемия

-4. Желтуха

-5. Увеличение селезенки

17. К клиническим критериям хронического панкреатита относятся все перечисленные, кроме:

+1. Изжога, отрыжка, метеоризм

-2. Наличие факторов риска хронического панкреатита

-3. Хроническая или рецидивирующая боль в верхней половине живота

-4. Синдром мальдигестии (хроническая диарея, полифекалия, стеаторея, снижение массы тела)

-5. Сахарный диабет или нарушение толерантности к глюкозе

18. К визуализационным диагностическим критериям хронического панкреатита при трансабдоминальном УЗИ в соответствии с модифицированной Кембриджской классификацией относятся все перечисленные изменения, за исключением:

+1. Диффузные изменения поджелудочной железы

-2. Увеличение размеров поджелудочной железы

-3. Расширение Вирсунгова протока более 2 мм

-4. Неоднородная структура с участками высокой и низкой эхогенности, гиперэхогенными септами

-5. Неровные контуры поджелудочной железы

19. К визуализационным диагностическим критериям хронического панкреатита при трансабдоминальном УЗИ в соответствии с модифицированной Кембриджской классификацией относятся все перечисленные изменения, за исключением:

+1. Воспалительные изменения поджелудочной железы

-2. Кисты, очаговые кальцинаты в поджелудочной железе

-3. Конкременты в протоке поджелудочной железы, неровный просвет протока, обструкция протока

-4. Опухолеподобное увеличение поджелудочной железы

-5. Тромбоз селезёночной вены

20. Нормальные размеры поджелудочной железы при УЗИ составляют:

+1. Головка – до 30 мм, тело – до 21 мм, хвост – до 28 мм

-2. Головка – до 25 мм, тело – до 15 мм, хвост – до 20 мм

-3. Головка – до 15 мм, тело – до 10 мм, хвост – до 20 мм

-4. Головка – до 45 мм, тело – до 35 мм, хвост – до 35 мм

-5. Головка – до 50 мм, тело – до 30 мм, хвост – до 40 мм

21. Для лечения болевого синдрома при хроническом панкреатите терапией первого выбора является:

+1. Парацетамол

-2. Прегабалин

-3. Пароксетин

-4. Преднизолон

-5. Пиридостигмина бромид

22. При наличии клинических признаков синдрома мальдигестии у пациента с хроническим панкреатитом применяется:

+1. Панкреатин из расчёта 25000-50000 ЕД липазы на приём пищи

-2. Вобэнзим 2-3 таблетки во время приёма пищи

-3. Омепразол 20 мг перорально 2 раза в день

-4. Фамотидин 20 мг перорально 2 раза в день

-5. Домперидон 10 мг перорально перед каждым приёмом пищи

23. При хронической диарее и прогрессирующем снижении массы тела у пациента с хроническим панкреатитом применяется:

+1. Панкреатин из расчёта 25000-50000 ЕД липазы на приём пищи

-2. Лоперамид 10 мг перорально перед каждым приёмом пищи

-3. Омепразол 20 мг перорально 2 раза в день

-4. Мельдоний в сочетании с лоперамидом перорально до 3 раз в день

-5. Домперидон 10 мг перорально перед каждым приёмом пищи

24. Показаниями к назначению ингибиторов ферментов при хроническом панкреатите являются:

-1. Прогрессирующая белково-энергетическая недостаточность

-2. Выраженная гипергликемия

+3. Выраженная гиперферментемия при отсутствии эффекта от лечения другими лекарственными средствами

-4. Копростаз

-5. Стойкая диарея

25. В случаях тяжёлого болевого синдрома и неэффективности НПВС купирование боли при хроническом панкреатите осуществляется трамадолом. В каких дозах?

+1. 50-100 мг 3-4 раза в сутки

-2. 5-10 мг 3-4 раза в сутки

-3. 10-20 мг 3-4 раза в сутки

-4. 20-40 мг 3-4 раза в сутки

-5. 250-500 мг 3-4 раза в сутки

**Список литературы**

**Основная:**

1. Внутренние болезни : учебник : в 2 т. Т. 1 / Р. А. Абдулхаков [и др.] ; под ред.: А. И. Мартынова, Ж. Д. Кобалава, С. В. Моисеева. – 4-е изд., перераб. – Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2021. – 784 с.
2. Внутренние болезни : учебник : в 2 т. Т. 2 / Р. А. Абдулхаков [и др.] ; под ред.: А. И. Мартынова, Ж. Д. Кобалава, С. В. Моисеева. – 4-е изд., перераб. – Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2021. – 704 с.
3. Внутренние болезни : учеб. для курсантов и студентов учреждений высш. образования по специальности «Лечебное дело» : в 2 ч. Ч. 1 / А. А. Бова [и др.] ; под ред. А. А. Бова. – Минск : Новое знание, 2018. – 703 с. : ил.
4. Внутренние болезни : учеб. для курсантов и студентов учреждений высш. образования по специальности «Лечебное дело» : в 2 ч. Ч. 2 / А. А. Бова [и др.] ; под ред. А. А. Бова. – 2-е изд., испр. – Минск : Новое знание, 2020. – 815 с. : ил., табл.

**Дополнительная:**

1. Алгоритм постановки диагноза заболеваний внутренних органов : пособие для студентов учреждений высш. образования, обучающихся по специальности 1-79 01 01 "Лечебное дело" / Л. Р. Выхристенко [и др.] ; М-во здравоохранения Республики Беларусь, УО "Витебский гос. ордена Дружбы народов мед. ун-т". - Витебск : [ВГМУ], 2022. - 221 с.
2. Внутренние болезни: учебник: в 2 т.: для студентов учреждений высш. проф. образования. Т. 1 : / М-во образования и науки РФ ; под ред. В. С. Моисеева, А. И. Мартынова, Н. А. Мухина. - 3-е изд., испр. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2018. - 960 с.
3. Общая врачебная практика : национальное руководство : в 2 т. - Т. 2 / под ред. О. Ю. Кузнецовой, О. М. Лесняк, Е. В. Фроловой. - 2-е изд., перераб. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 992 с. (Серия "Национальные руководства") - ISBN 978-5-9704-5521-0. - Текст : электронный // URL : https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970455210.html (дата обращения: 13.10.2021).

**Нормативные правовые акты:**

1. Клинический протокол «Диагностика и лечение пациентов с заболеваниями органов пищеварения» : постановление Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 01.06.2017 № 54.
2. Клинический протокол «Фармакотерапия основных патологических симптомов (синдромов) при оказании паллиативной медицинской помощи пациентам (взрослое население) в стационарных, амбулаторных условиях и на дому» : постановление Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 07.09.2022 № 96.
3. Инструкция «О порядке проведения диспансеризации взрослого и детского населения Республики Беларусь» : постановление Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 30.08.2023 № 125.